

Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde

der Fakultät für Psychologie, Pädagogik und
Sportwissenschaft der Universität Regensburg

vorgelegt von

Simone Aicher aus

Traunstein

2017

Regensburg 2017

Gutachter/in (Betreuer/in): Prof. Dr. Hans Gruber

Gutachter/in: Prof. Dr. Hans Rott

Tag der mündlichen Prüfung: 19.12.2016

Inhalt

I Theorieteil: Autonomie in der Psychiatrie	6
1 Einleitung.....	6
1.1 Zur Relevanz des Themas der Selbstbestimmung in der Psychiatrie	7
1.2 Grenzen des Rechts auf Selbstbestimmung und der Selbstbestimmung	10
2 Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie aus der Medizinethik	14
2.1 Das Recht des Patienten über medizinische Behandlung zu entscheiden.....	14
2.2 Das Recht des Patienten als Person wahrgenommen zu werden	20
2.3 Das Recht des Patienten in sozialen Beziehungen zu leben und zu entscheiden.....	26
2.4 Zusammenfassung der Autonomie-Ansätze	30
3 Sonderfall Psychiatrie?.....	31
3.1 Kein Respekt vor der Autonomie von psychisch Kranken?	32
3.2 Psychische Krankheit: Was ist das?.....	34
3.2.1 Pathologie versus Lebenswelt	36
3.2.2 Grenzsituationen des Daseins.....	39
4 Sozialpsychiatrische Konzepte	44
4.1 Empowerment	44
4.2 Kränkung und Stigma	47
4.3 Trialog	49
4.4 Ex-In	50
4.5 Open Dialogue	53

II Empirischer Teil	55
1 Typologie durch Dokumentarische Methode und Narrationsanalyse	55
2 Rekrutierung der Probanden	61
2.1 Die „Betroffenen“	62
2.2 Die „Angehörigen“	62
2.3 Die „Profis“.....	63
2.4 Mehrere Rollen	63
3 Semistrukturierte Interviews.....	63
3.1 Der Leitfaden	64
3.2 Die narrative Fundierung	69
3.3 Themenverläufe	70
4 Durchführung und Auswertung der Interviews	75
4.1 Durchführung	75
4.2 Auswertung Profis	77
a) Drei Therapeuten im Vergleich.....	78
b) Drei (Sozial-)Pädagogen im Vergleich	102
4.3 Auswertung Angehörige	117
a) Vergleich von drei Angehörigen mit psychisch kranken Kindern.....	118
b) Vergleich von drei Angehörigen mit psychisch krankem Partner, Eltern, Kind ...	134
4.4 Auswertung Betroffene	148
a) Vergleich von drei betroffenen Frauen zwischen 40 und 50 Jahren	149
b) Vergleich von drei betroffenen Männern zwischen 28 und 49 Jahren	162

c) Vergleich von einem Ex-Inler, einer Frau mit mehreren Rollen (Betroffene und Profi) und einer Betroffenen	173
5 Schlussteil.....	187
5.1 Typiken	187
5.2 Interpretation der Ergebnisse	191
5.3 Grenzen der Studie.....	195
Literatur	196

I Theorieteil: Autonomie in der Psychiatrie

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit befindet sich mit ihrer ethischen Fragestellung nach der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen im Grenzbereich von Pädagogik und Medizin. Die beiden Disziplinen verbindet, dass sie einen traditionell paternalistischen Anspruch haben. Das Wohl des zu Erziehenden bzw. des Patienten liegt dem Pädagogen bzw. dem Arzt am Herzen. Es ist seine berufliche Pflicht, dieses bei der Ausübung seiner Profession zu berücksichtigen und entsprechend zu handeln. Das Problem dabei ist die Bevormundung von erwachsenen Personen. Oft wird ein Mensch gemäß den Grundsätzen des Paternalismus in seiner Freiheit beschränkt zu seinem eigenen, vermeintlichen Wohl. Obwohl paternalistisches Handeln in gewissen Situationen legitim ist, besteht die Gefahr, dass in nicht-legitimen Situationen paternalistisch gehandelt wird, etwa aufgrund einer Stigmatisierung von Menschen als psychisch Kranke. Daher wurden die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt. Man könnte sagen, ihr Status hat sich geändert mit der Änderung des Betreuungsrechtes, das keinen Vormund mehr kennt. Es ist nicht legitim psychisch Kranke wie unmündige Kinder zu behandeln, aber es ist legitim Erwachsene zu informieren, zu bilden und zu unterrichten. Dies kann ihre Fähigkeiten fördern, anstatt ihre Entwicklung etwa durch Bevormundung zu hemmen. Nordström (2009) geht von einer „weitgehende[n] Deckung der beiden Begriffe Mündigkeit und Autonomie [aus] [...]. Während der Begriff der Mündigkeit vorwiegend in pädagogischen Diskursen angesiedelt ist, findet sich der Begriff Autonomie in philosophischen und ethischen Diskursen“ (Ebd., 56).

Im Wort Selbstbestimmung, das hier synonym mit dem Wort Autonomie verwendet wird, befindet sich bereits der Bezug zu einer wichtigen Kategorie, nämlich der Identität. Das „Selbst“ eines jeden Menschen ist formbar, aber auch brüchig, es kann sich entwickeln, aber auch zerbrechen. Ein stabiles „Selbst“ ist die Grundlage, auf der Entscheidungen getroffen und Handlungen vollzogen werden. Autonomie bzw. Selbstbestimmung ist ein gradierbares Konzept, wie viele Philosophen argumentieren. Sie ist nicht entweder vorhanden oder nicht vorhanden, sondern kann in Abstufungen vorliegen. Eine psychisch kranke Person etwa kann im Hinblick auf ihre Wohnform autonom sein, aber im Hinblick auf ihre Finanzen einer starken Abhängigkeit unterliegen, zum Beispiel weil sie ihr Geld von einem Betreuer zugeteilt bekommt. Der Begriff der Abhängigkeit oder Dependenz (Nordström 2009, 50) ist nur *ein* möglicher Gegenbegriff zu dem der Autonomie. Wie später aus den Interviews

hervorgehen wird, gibt es eine ganze Reihe von Gegenbegriffen, die zugleich dem Begriff der Autonomie eine gewisse Form geben.

Autonomie ist in dieser Arbeit in Anlehnung an Nordström (2009) zugleich als Kompetenz, als Recht und als Wert zu verstehen (Ebd., 40ff.). Diese bedingen sich gegenseitig. Die Fähigkeit zur Autonomie muss gegeben sein, damit das Recht auf Autonomie ausgeübt und der Wert der Autonomie erkannt werden kann. „Wer für sich selber Autonomie will, respektive sich von anderen Personen erhofft, dass diese sich um die Entwicklung ihrer oder seiner Autonomie bemühen, manifestiert mit dieser Erwartung bereits autonomes Verhalten und damit einhergehend zugleich auch ein Bewusstsein seiner Abhängigkeit“ (Ebd., 99). Ergänzend kann hinzugefügt werden, dass es neben Autonomie als Kompetenz, Recht und Wert auch noch Autonomie als Ideal gibt. In vielen Theorien zur Autonomie wird diese als (regulative) Idee betrachtet und nicht als empirisch erreichbarer Zustand. Schließlich bleibt die Frage, wem oder was Autonomie zugeschrieben werden kann. Entscheidungen und Handlungen können mehr oder weniger autonom sein. Ebenso können Personen mehr oder weniger autonom sein. Sowohl die Fähigkeiten der Person als auch die äußeren Umstände und die Zuschreibungen von anderen Personen spielen dabei eine Rolle.

1.1 Zur Relevanz des Themas der Selbstbestimmung in der Psychiatrie

Psychisch kranke Menschen haben laut UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ein Recht auf Selbstbestimmung. Dieses Recht wird als ein Menschenrecht angesehen, das eine menschenunwürdige Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verhindern soll. „Psychische Beeinträchtigungen zu beschreiben ist nicht einfach, denn die Grenzen zwischen dem Zustand der psychischen Beeinträchtigung und dem ohne sind fließend. [...] Selbst wenn eine Abgrenzung schwierig und durchaus problematisch ist, nimmt ein Nicht-Zur-Kenntnis-Nehmen der Unterschiede und damit der daraus resultierenden Bedürfnisse Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder dem Umfeld, seien es Angehörige, Freunde/-innen oder Arbeitskollegen/-innen, die Möglichkeit, Barrieren zu erkennen und zu beseitigen“ (Grüber 2015, 113f.). Barrieren im Bereich der psychischen Behinderung sehen grundlegend anders aus als Barrieren für körperlich oder geistig behinderte Menschen. Oftmals können solche Barrieren nur am Einzelfall festgemacht werden.

In der Geschichte der Psychiatrie können eindeutige Menschenrechtsverletzungen gefunden werden, die aber auch heute noch an der Tagesordnung sind in vielen Psychiatrien weltweit. Bestimmte Behandlungsmethoden gleichen auch heute eher einer Folter als einer Maßnahme zur Heilung, etwa die Elektrokrampftherapie, die Fixierung oder Isolierung. Die Geschichte der Psychiatrie ist voller Greuelarten gegen Menschen, die eine psychiatrische Diagnose bekommen haben und in psychiatrischer „Behandlung“ waren (vgl. etwa Mürner & Sierck 2015). Nicht nur dass psychisch kranke Menschen seit jeher am Rande der Gesellschaft lebten und zum Teil weggesperrt oder versteckt wurden; während des Dritten Reiches wurden sie wie auch Juden und behinderte Menschen im Zuge der Euthanasieprogramme systematisch vernichtet. Noch bis nach der Psychiatriereform der 70er Jahre beruht „[d]er Umgang der bürgerlichen Gesellschaft mit physisch, geistig und psychisch kranken und beeinträchtigten Kindern und Erwachsenen [...] auf den Elementen der Einsperrung, der Abtrennung dieser Personengruppe von der restlichen Bevölkerung und ihrem Einschluss im Asyl auf der Grundlage eines Dualismus des Normalen und des Pathologischen. Mittels autoritärer, paternalistischer und direktiver Verfahren werden die Betroffenen normalisiert und zugleich stigmatisiert“ (Waldschmidt 2012, 43).

Das historische Unrecht, das an Menschen mit psychischen Erkrankungen vollbracht wurde und zum Teil bis heute in vielen Ländern vollbracht wird, ist nicht gutzumachen. Zudem „besteht nach wie vor kein selbstverständlicher Kontakt zwischen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Menschen ohne diese Beeinträchtigungen“ (Grüber 2015, 111). Grüber spricht hier von einer „Parallelwelt, in der es kaum zu Kontakten mit Menschen außerhalb des Netzes kommt“ (Ebd.). In dieser „Parallelwelt“ gibt es gewisse Erfahrungsräume, die von den Betroffenen und teilweise deren Angehörigen und Profis geteilt werden, die jedoch außerhalb des psychiatrischen Systems nicht oder kaum kommunizierbar sind, da es sich zum Teil um massive Menschenrechtsverletzungen und Gewalterfahrungen handelt.

Bis heute wird in der Psychiatrie mit Zwang und Gewalt (Henking & Vollmann 2014) gearbeitet, was dem Behandlungserfolg nicht gerade zuträglich ist und ihn erschwert. Die Behandlung weniger gewaltvoll und kooperativer zu gestalten ist das Ziel vieler Psychiater. Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung sollen reduziert und nur im akuten Notfall eingesetzt werden. Es gibt zudem zahlreiche Stellungnahmen und Maßnahmen zur Stärkung der Autonomie im Verlauf der letzten 40 Jahre, u.a. die Psychiatrie-Enquête von 1975, die Declaration of Hawaii der World Psychiatric Association von 1977, das überarbeitete

Betreuungsgesetz, das 1992 in Kraft trat, das sog. Patientenverfügungsgesetz von 2009, die UN-BRK (2006) und den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 über die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug (Borbé 2013). Es ist evident, dass gerade von einer psychischen Krankheit Betroffene gegen die Zwangsbehandlung aufbegehren und auf ihr Recht auf Selbstbestimmung pochen. Dabei meinen sie eine Möglichkeit sich gegen die von System und Staat veranlassten und durchgesetzten Maßnahmen zur Wehr zu setzen und ihre körperliche Unversehrtheit sowie ihre Menschenwürde zu schützen. Darüber hinaus wollen viele – trotz ihres angegriffenen gesundheitlichen Zustands – mit- oder gar selbstbestimmen, wie die Behandlung verläuft. Dieses Recht auf Selbstbestimmung ist eng verwandt mit dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten aus der Medizinethik. In der Drastik, in der es in der Psychiatrie eingefordert wird, wird es jedoch in keiner anderen Disziplin eingefordert.

Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten ist in anderen medizinischen Feldern bereits weitgehend umgesetzt, etwas in Form eines Shared-Decision-Makings oder der Informierten Einwilligung, die als Minimalkriterium der Patientenautonomie gilt: „The basic paradigm of autonomy in health care, research, politics, and other contexts is *express consent*“ (Beauchamp & Childress 2001, 107). In der Psychiatrie wird die Autonomie hingegen häufig stiefmütterlich behandelt bzw. von den Betroffenen politisiert. Eine Beziehung gegenseitigen Respekts zwischen Behandler und Behandelten ist in der Psychiatrie ohnehin schwierig, da die Diagnose oft eine persönliche Kränkung des Patienten bedeutet und eine Krankheits- und Behandlungseinsicht bisweilen nicht gegeben ist. Abgesehen von der persönlichen Kränkung und den Einschränkungen in der Autonomie ist zudem „auch das Verstehen als Voraussetzung für eine autonome Willensbildung [...] hier häufig nicht mehr gegeben“ (Borbé 2013, 193).

Ich argumentiere dafür, dass das in der Medizinethik wichtige handlungsleitende Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten auch in der Psychiatrie als einer Teildisziplin der Medizin Anwendung finden muss. Dabei gehe ich davon aus, dass das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten aus der Medizinethik (PRA) bei der Interpretation des Rechts auf Selbstbestimmung von psychisch kranken Menschen hilfreich ist, das in seiner Formulierung oft vage und als hohle begriffliche Forderung im Raum stehen bleibt.

Das Recht auf Selbstbestimmung wird häufig „politisch“ interpretiert und nicht auf den akuten Fall angewendet, in dem ein Patient behandelt und in seiner Autonomie missachtet

wird. Oft wird es auch mit dem Begriff der Partizipation (Beteiligung/ Mitbestimmung), der Inklusion (Einschluss in die Gesellschaft) oder der Teilhabe (an der Gesellschaft oder bestimmten Bereichen der Gesellschaft) verwechselt. Obwohl es wichtig ist, die Rechte von psychisch kranken Menschen in ihrer Gesamtheit als Gruppe zu stärken, setze ich primär beim Individuum an, das Behandlung erfährt gegen seinen Willen und somit in seiner Autonomie als Patient nicht respektiert wird. „In bioethics, and in particular in medical ethics, autonomy has most often been understood as a feature of individual persons“ (O’Neill 2002, 23).

Später werde ich auch von Autonomie in anderen Kontexten als dem der Behandlung sprechen. Zum Beispiel im Kontext von Arbeit, Wohnen und sozialen Beziehungen. Die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Verschiedene Definitionen der Begriffe werden – sowohl im theoretischen Teil wie auch im empirischen Teil der Arbeit – vorgestellt.

1.2 Grenzen des Rechts auf Selbstbestimmung und der Selbstbestimmung

Laut Waldschmidt (2012) werde Selbstbestimmung ohne „entsprechende Rahmenbedingungen [...] zum Drahtseilakt ohne Netz“, der vor allem „für behinderte Menschen gefährlich sein kann, denn sie benötigen stärker als andere die Solidarität der Gemeinschaft“ (Ebd., 49). Gerade bei psychisch kranken Menschen werden die *Grenzen des Rechts auf Selbstbestimmung* und *die der Selbstbestimmung* immer wieder sichtbar. Sie können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Das Recht auf Selbstbestimmung kann nur so weit gehen wie die Selbstbestimmung einer Person anderen Personen nicht schadet. Die Psychiatrie hat neben ihrer medizinischen Funktion auch die Aufgabe, dass die Öffentlichkeit geschützt wird vor Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Straftaten begehen. Begehen psychisch kranke Menschen Straftaten und werden dafür belangt, bekommen sie Behandlung in der Forensik. Die vorliegende Arbeit bezieht sich jedoch auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie und nicht der Forensik.
2. Das Recht auf Selbstbestimmung des psychisch kranken Menschen gerät auch dort an seine Grenzen, wo dieser sich selbst Schaden zufügt oder zufügen will. Neben der Fremdgefährdung ist auch die Selbstgefährdung ein Grund, warum Menschen (auch gegen

ihren Willen) in einer Psychiatrie untergebracht werden können. Die Einschränkung der Autonomie bzw. der Freiheit einer Person zu deren eigenem Wohlergehen wird Paternalismus genannt. Besonders der Philosoph John Stuart Mill ist in seiner Abhandlung *On Liberty* (1859) auf das Phänomen des Paternalismus eingegangen. Er unterscheidet zwischen weichem und hartem Paternalismus. Eine Aufklärung vor einer riskanten Handlung ist ein Fall von weichem Paternalismus, solange es dem Patienten freisteht selbst zu wählen, ob er handeln möchte. Wird der Patient aber aufgrund des hohen Risikos der Handlung von dieser abgehalten, ohne dass sein Wille Berücksichtigung findet, handelt es sich um harten Paternalismus. In der Psychiatrie kommt es oft zum Einsatz von sowohl weichem als auch hartem Paternalismus, um den Kranken vor sich selbst bzw. vor den Konsequenzen seines Handelns zu schützen. Daher gibt es verschiedene Maßnahmen, um die Handlungsfähigkeit des Patienten einzuschränken, z.B. Freiheitsentzug, Isolation, Fixierung oder Behandlung mit sedierenden Medikamenten.

3. Schließlich ist die Selbstbestimmung dort eingeschränkt, wo die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht oder nur teilweise gegeben ist, was bei vielen psychischen Erkrankungen zumindest zeitweise der Fall ist. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung ist die wichtigste Voraussetzung für Selbstbestimmung und kann gefördert werden zum Beispiel indem psychologische und gesellschaftliche Hindernisse beseitigt und bestimmte Kommunikationsweisen, Reflexions- und Entwicklungsprozesse angeregt werden. Bei eingeschränkter Fähigkeit zur Selbstbestimmung ist ein Abwagen von Fürsorge und Autonomie besonders wichtig. Die Willensfreiheit einer Person kann durch Krankheitssymptome beeinträchtigt sein, so dass der Kranke etwas will, das er eigentlich nicht will, weil es sich in einem Krankheitszustand befindet. Die Handlungsfreiheit einer Person ist dort eingeschränkt, wo es gesellschaftliche Barrieren gibt, die den Kranken an einem Handeln hindern.
4. Ein möglicher Gegenbegriff zur Autonomie ist die Heteronomie, die Fremdbestimmung des Willens. Psychisch kranke Menschen scheinen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands und der gesellschaftlichen Lage besonders häufig mit Fremdbestimmung konfrontiert:
 - a. Der Grund für die Fremdbestimmung kann darin liegen, dass sie unter ihren Krankheitssymptomen leiden, die sie nicht oder nur mit Mühe kontrollieren können und von denen sie in ihrem Alltag eingeschränkt werden, weil sie oft nicht so handeln können, wie sie es wünschen. Vor allem der Umgang mit Emotionen (Angst, Wut, Trauer, Freude) fällt

psychisch kranken Menschen oft schwer. Dies betrifft vor allem die Willensfreiheit. Es handelt sich hierbei um eine Einschränkung der Selbstbestimmung durch die Krankheit.

- b. Der Grund für die Fremdbestimmung kann aber auch in der Diskriminierung und Stigmatisierung von Seiten der Gesellschaft liegen, durch die die Chancen von psychisch kranken Menschen auf Teilhabe eingeschränkt oder nicht vorhanden sind, weil bestimmte Optionen für sie nicht zur Verfügung stehen (Arbeit, Geld, Auto, Haus, Partnerschaft etc.). Dies betrifft vor allem die Handlungsfreiheit. Es handelt sich hierbei um eine Einschränkung der Selbstbestimmung durch die Gesellschaft.
- c. Der Grund der Fremdbestimmung kann auch darin liegen, dass sie sich einer Behandlung unterziehen (müssen), deren Wirkungen und Nebenwirkungen ihr Leben und ihre Persönlichkeit beeinflusst und die häufig mit Manipulation, Druck und Zwang einhergeht (Schramme 2013). Zum Teil wird dabei stark in die Lebensgestaltung und Persönlichkeit des Menschen eingegriffen und nicht nur in körperliche Abläufe. Verhaltenstherapeutische Programme zum Beispiel legen den psychisch erkrankten Menschen nahe, dass sie ihr Verhalten, ihr Leben und sich selbst ändern müssen, um (in unserer Gesellschaft) funktionieren zu können. Es handelt sich hierbei um eine Einschränkung der Selbstbestimmung durch die Behandlung.

Während 1. und 2. sich mit Einschränkungen des *Rechts* auf Selbstbestimmung beschäftigen, geht es bei 3. und 4. um Einschränkungen der Selbstbestimmung selbst. Um ihr Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen zu können, müssen zunächst Einschränkungen der Selbstbestimmung speziell bei psychisch kranken Menschen thematisiert werden. Dies sind a) Einschränkungen der Selbstbestimmung durch die Krankheit, b) Einschränkungen der Selbstbestimmung durch die Gesellschaft und c) Einschränkungen der Selbstbestimmung durch die Behandlung.

Respekt vor der Autonomie psychisch kranker Menschen beinhaltet auch immer die Pflicht die Selbstbestimmung zu fördern und zu ermöglichen. Dabei wird deutlich, dass als Teil der Achtung der Autonomie eine Verpflichtung zur richtig verstandenen Fürsorge existiert. „Richtig verstandene Fürsorge ist [...] *von vornherein* nicht-paternalistisch orientiert, indem sie *zu jedem Zeitpunkt* dem Kranken, so weit es geht, autonome Selbstsorge bereits *im Umgang mit seiner Krankheit* ermöglicht“ (Rehbock 2005, 327). Der Umgang mit einer chronischen psychischen Erkrankung kann sehr unterschiedlich aussehen. Selbstbestimmt ist

er dann, wenn der Betroffene über Informationen verfügt hinsichtlich seiner Krankheit und Therapiemöglichkeiten und seinen Willen frei formen kann.

Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, ob und wie Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen gefördert werden kann. Die Teilfragen, die sich dabei stellen lauten: 1) Was bedeutet Autonomie in der (Sozial-)Psychiatrie? 2) Welche Autonomiekonzepte werden in der (Sozial-)Psychiatrie vertreten? 3) Wie kann Autonomie in der (Sozial-)Psychiatrie gefördert werden? Um diese Fragen zu beantworten, werde ich mich vor allem auf die empirischen Daten stützen, die ich im Zuge meiner Erhebung gesammelt habe. Ich werde jedoch zunächst, um die ersten beiden Fragen zu beantworten, die medizinethische Debatte zum Begriff der Autonomie und insbesondere zum Prinzip des Respekts vor der Autonomie (PRA) näher beleuchten. Dabei wird das Standardmodell, das sich auf die Autonomie von Entscheidungen und Handlungen bezieht, ergänzt durch Konzepte von personaler und relationaler Autonomie. Der Transfer in die sozialpsychiatrische Praxis erfordert zusätzliche Erweiterungen, die sich auf das Bedürfnis nach und die Möglichkeiten der konkreten Förderung und Entwicklung von Autonomie beziehen.

Auch wenn angesichts der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen gefordert wird Menschen mit Behinderung als Subjekte mit gleichen Rechten und Pflichten zu behandeln und nicht als „Objekte pädagogischen und medizinischen Handelns“ (Graumann 2011, 28), so muss doch betont werden, dass die individuellen Anlagen, Talente und Begabungen, die ein Mensch mitbringt, gefördert werden sollen. Auch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung muss immer wieder eingesetzt und trainiert oder sogar (neu) erlernt werden, um die Möglichkeit zu schaffen, vom Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch zu machen. So Knuf (2006): „Auch Selbstbestimmung will gelernt sein. Selbstbestimmungsfähigkeit erwerben Menschen vor allem durch Lernerfahrungen. Dazu ist es erforderlich, dass professionell Tätige ihren Klienten das Recht auf Irrtum und Risiko zugestehen“ (Ebd., 36). Was Menschen, die professionell in der (Sozial-)Psychiatrie tätig sind, die Betroffenen selbst und die Angehörigen tun können, um Autonomie bei den Betroffenen zu fördern und ihr Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen, ist Thema dieser Arbeit. Leider ist es bis heute so, dass „[n]icht alle Hilfsangebote [...] geeignet [sind], den Genesungsprozess zu unterstützen. Im Gegenteil. Weit verbreitetes Schubladendenken unter Fachpersonal wirkt als Hemmschuh. Einige Interventionen sind zu weitgehend und gefährden eine autonome Lebensführung“ (Jahnke 2015, 252).

2 Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie aus der Medizinethik

2.1 Das Recht des Patienten über medizinische Behandlung zu entscheiden

Autonomie in der medizinethischen Debatte

Unzweifelhaft wird in den aktuellen Debatten der Medizinethik über die Autonomie des Patienten viel diskutiert (vgl. etwa Schöne-Seifert 2007; Jennings 2007). Dabei wird der Begriff der Autonomie im Wesentlichen aus den Theorien zweier Philosophen hergeleitet, nämlich John Stuart Mill und Immanuel Kant. Während sich Mill vor allem mit der Situation des Einzelnen gegenüber dem Staat und der Gesellschaft beschäftigt und explizit Kritik am Paternalismus (Einschränkung der individuellen Freiheit zum Wohl des Individuums) übt, bezieht Kant sich mit dem Begriff der „Autonomie“ auf eine Eigenschaft des vernunftgeleiteten Willens, der im Gegensatz zum heteronomen (fremdbestimmten) Willen steht. Im Rahmen der Medizinethik stehen individuelle Entscheidungen im Mittelpunkt, die im Verhältnis zu anderen und zu sich selbst getroffen werden. Die Achtung der Autonomie ist ein selbstverständliches Gebot geworden. Das liegt auch daran, dass „das Selbstbestimmungsrecht [...] ein wesentlicher Bestandteil des demokratischen Wertehorizonts [ist] und [...] in vielen Ländern der Erde Verfassungsrang [genießt]“ (Schramme 2002, 23).

Wenn in medizinethischen Debatten von (Patienten-)Autonomie gesprochen wird, so ist damit meist eines der vier bioethischen Prinzipien, die von Beauchamp & Childress (2001) eingeführt wurden, gemeint: das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten (*principle of autonomy*). Dieses Prinzip steht neben den drei anderen Prinzipien, nämlich dem Prinzip der Schadensvermeidung (*principle of non-maleficence*), dem Prinzip der Fürsorge (*principle of beneficence*) und dem Prinzip der Gerechtigkeit (*principle of justice*). Das Verhältnis der vier Prinzipien zueinander ist umstritten, wobei sich Beauchamp und Childress in den neuen Auflagen ihres Standardwerks um eine genauere Verhältnisbestimmung und inhaltliche Klärung der Prinzipien bemühen. Die fehlende Verhältnisbestimmung hat nämlich Auswirkungen auf die medizinische Praxis: „Praktisch bedeutet dies, dass unter Berufung auf das Nichtschadens-Prinzip oder das Benefizenzprinzip das Autonomieprinzip relativiert werden kann. Wenn ein Patient von seiner Autonomie in einer Weise Gebrauch machen will, die der Auffassung seiner Ärzte von einer optimalen Therapie widerspricht, besteht z.B. die Versuchung, den Patienten zu pathologisieren, indem man eine depressive Verstimmung diagnostiziert, wegen der die Einsichtsfähigkeit des Patienten beeinträchtigt sei“ (Körtner

2014, 14). Als Begründung der Prinzipien wird eine „common morality“ angeführt, also ein Wertehorizont, der von vernünftigen Menschen (kulturübergreifend) miteinander geteilt wird. Dies ist allerdings eine schwache Begründung (vgl. Kipke 2014).

Der Ansatz der Prinzipienethik wurde von vielen Philosophen kritisch analysiert. So auch im deutschsprachigen Raum, wo kürzlich ein Sammelband zum Thema der „Patientenautonomie“ erschien, der sich an Beauchamp & Childress Ansatz orientiert. Einige der dort vertretenen Positionen sollen im weiteren Verlauf der Arbeit wiedergegeben werden. Ach & Schöne-Seifert (2013) weisen darauf hin, dass zunächst zwischen dem zugrundeliegenden Autonomiebegriff und dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie (PRA) notwendigerweise differenziert werden muss. Während die Frage nach dem Autonomiebegriff auf die Bedingungen abzielt, unter denen von Autonomie die Rede sein soll (in erster Linie geht es um Handlungen/ Entscheidungen von Patienten), fragt das PRA nach der Rolle der (wie auch immer definierten) Autonomie für Dritte (also etwa für Ärzte und anderes medizinisches Personal). Konkret geht es beim PRA darum, dass Ärzte Patientenentscheidungen, die Ausdruck eines autonomen Willens sind, zu respektieren haben. Dabei weisen die beiden Philosophen darauf hin, dass PRA mehr bedeutet als nur den Schutz des Patienten vor paternalistischen Übergriffen seitens des medizinischen Personals. Vielmehr gehe es darum unter dem PRA auch *autonomiebefähigende* Pflichten zu subsumieren.

Das PRA werde häufig einseitig und somit falsch interpretiert, so Ach & Schöne-Seifert (2013), da dieser Doppelcharakter vernachlässigt werde. Dabei gehe es weniger um Kritik am Begriff der Autonomie, sondern um eine Kritik an einer falschen Interpretation von PRA. Es muss darauf hingewiesen werden, dass „[e]in Verständnis von PRA, das sowohl die Respektierung als auch die Beförderung autonomen Entscheidens verlangt, [...] eine spezifische normative Begründung voraus[setzt]“ (Ebd., 45). Diese normative Begründung könnte zum Beispiel in dem später diskutiertem Ansatz von Martha Nussbaum (1999) zu finden sein, der die Fähigkeiten, die für ein gutes Leben nötig sind, in den Mittelpunkt rückt. Diese Fähigkeiten machen die Würde des Menschen, der über sie verfügt, aus. Allerdings könnte, wie später diskutiert, der Ansatz von Martha Nussbaum zu schwach sein, denn er betont nur die Fähigkeiten von Personen, nicht aber deren tatsächliche Umsetzung. Bei Beauchamp & Childress heißt es: „To respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their personal values and beliefs. Such respect involves respectful *action*, not merely a respectful *attitude*“ (Beauchamp & Childress 2001, 103).

Autonomie als informierte Einwilligung: Das Standardmodell

In der Medizinethik wird das Recht des Patienten über seine medizinische Behandlung zu entscheiden in erster Linie als Abwehrrecht verstanden insofern Patienten die Möglichkeiten haben müssen, ihre Zustimmung zur Behandlung durch den Arzt zu verweigern und der Arzt ohne diese informierte Zustimmung (*informed consent*) den Patienten nicht behandeln darf. Dieses Abwehrrecht ist Teil des Persönlichkeitsrechts und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit. Der Patient soll also gegen die Eingriffe des Arztes in seine körperliche Unversehrtheit geschützt werden. Dies hat einerseits historische Gründe (in Deutschland vor allem: Verbrechen des Nationalsozialismus, Nürnberger Prozesse), andererseits aber auch konzeptuelle: Selbst wenn das Ziel des medizinischen Handelns eindeutig wäre und darin bestünde die Gesundheit und das Wohl des Patienten zu befördern, so ist dennoch nicht abschließend zu klären 1) wie Gesundheit zu definieren ist, 2) wie mit normativen Implikationen des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs umgegangen werden soll, 3) was das Wohl für den Patienten ist, 4) wie ein Handeln, das das Wohl des jeweiligen Patienten befördert im Gesundheitssystem individuell umgesetzt werden könnte, 5) wie neben der Gesundheit andere Werte die Lebensqualität des Patienten beeinflussen und welche Gewichtung dem Wert der Gesundheit beigemessen werden soll (vgl. Schramme 2002, 28-31). Gesundheit als Wert wird in der Psychiatrie eine große Bedeutung beigemessen, man könnte beinahe von einer „Pflicht zur Gesundheit“ sprechen, die von den Betroffenen häufig mit der Forderung eines „Rechts auf Krankheit“ beantwortet wird. In der psychiatrischen Praxis ist es häufig nicht möglich, sich der Behandlung zu widersetzen, sodass eine Behandlung ohne informierte Einwilligung stattfindet und die Rechte des Patienten nicht gewahrt werden.

Die Notwendigkeit den Patienten vor dem Arzt zu schützen ergab sich außerdem zunehmend durch die wachsenden (technischen, therapeutischen, pharmakologischen) Möglichkeiten der modernen Medizin. Das Ziel medizinischen Handelns besteht längst nicht mehr nur in der Erhaltung und Wiederherstellung von Körperfunktionen, sondern auch in der Beförderung von Gesundheit und der Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit über den „Normalzustand“ hinaus, wie in den Debatten über Enhancement deutlich wird. Dies kann zu einer Forderung nach Anpassung von Individuen an eine „neue“ Gesellschaft durch medizinische Manipulationen führen. Auch im Hinblick auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit gibt es keine Grenze, sodass diese theoretisch immer weiter

verbessert werden könnte. Dabei gilt, dass die Verbesserung der psychischen Gesundheit eng mit der Lebensqualität der Betroffenen zusammenhängt.

Wichtig ist auch, dass durch die Verlagerung des Schwerpunkts der medizinethischen Debatte hin zur Patientenautonomie die traditionell auf Vertrauen gegründete Beziehung zwischen Arzt und Patient in Frage gestellt werden kann. Vertrauen zwischen Behandler und Behandeltem wird immer weniger selbstverständlich, obwohl es mindestens in demselben Maße notwendig und wichtig ist im Rahmen medizinischer Behandlung (O'Neill 2002). Während vormals die fachliche Kompetenz und der Expertenstatus des Arztes die Beziehung zwischen Arzt und Patient bestimmte und so ein Wissens- und Machtgefälle bestand, in das sich der Patient als blind Vertrauernder fügen musste und konnte, wird durch die zunehmende Mitbestimmung des Patienten bei der Auswahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen eine partnerschaftliche und dialogische Beziehung angestrebt. Entscheidungen werden zusammen getroffen, Vorschlägen des Arztes kann aber muss nicht zugestimmt werden. Obwohl die psychiatrische Praxis oft anders aussieht, ist der Arzt verpflichtet vor der Behandlung die informierte Einwilligung des Patienten einzuhören. Sicherzustellen, dass der Patient vor der Behandlung eine informierte Einwilligung gibt wird dabei häufig als Minimum des Respekts vor der Autonomie des Patienten verstanden.

Die Einwilligung des Patienten ist einerseits notwendig, damit es zu einer Behandlung kommen kann, andererseits muss nicht jede Entscheidung des Patienten als autonom respektiert werden. Nur eine hinreichend autonome informierte Einwilligung oder Ablehnung der Behandlung, verdiene Respekt (Faden & Beauchamp 1986). Diese müsse folgende Kriterien erfüllen:

- (1) Intentionalität/ Absichtlichkeit
- (2) Informiertheit und Verstehen
- (3) Keine Fremdkontrolle

Das Standardmodell (Faden & Beauchamp 1986, 238) beschreibt einen Begriff von Autonomie, der lokal (anstatt global), nicht substanzial (anstatt substanzial) und prozedural ist. Das heißt, dass die Inhalte der Entscheidung im Hinblick auf die Selbstbestimmung nicht relevant sind und es nur um die „Form“ geht, also den Entscheidungsprozess, der eine angemessene Qualität haben müsse. Diese ist oben skizziert: Sofern Intentionalität fehlt, der Patient nicht informiert ist oder nicht versteht, was ihm gesagt wird oder sofern Zwang und Kontrolle von extern vorliegen, sind die Voraussetzungen für einen *informed consent* nicht

erfüllt. Der Patient ist also nicht in der Lage, eine Entscheidung zu treffen, die für den Arzt als hinreichend autonom gilt. Es bleibt offen, ob damit auch die Minimalbedingung für Autonomie nicht gegeben ist oder nur der Respekt vor der Autonomie des Patienten nicht gewahrt werden kann. In jedem Fall wurde das Modell vielfältiger Kritik unterzogen, die im Folgenden genauer erläutert wird.

Vor- und Nachteile des Standardmodells

Das Standardmodell wurde vielfach erweitert und kritisiert. Alle drei Kriterien sind angreifbar. Zum Beispiel ist nicht klar, wie Intentionalität gemessen werden könnte (etwa mit Kompetenztests wie dem MacCat-T), wie viel Verstehen notwendig ist oder ab wann ein Einfluss von außen in Fremdkontrolle übergeht. Häufig wird in diesem Kontext von der Fähigkeit zur Einwilligung oder von Entscheidungskompetenz gesprochen (Buchanan & Brock 1990). Besonders problematisch halte ich wie Rehbock (2006) vor allem „die Bindung des Autonomieprinzips an die Kompetenz“ (Ebd., 314), da sie zu einem Machtverlust des Patienten und zu vermehrtem Paternalismus führt. „Aus dieser Bindung der Achtung der Autonomie an die Kompetenz resultiert das zugleich methodische und ethische Dilemma, das auf einer unaufhebbaren Diskrepanz zwischen der *moralischen* und *psychologischen* Bedeutung des Autonomiebegriffs beruht: Die moralische Bedeutung fordert, was die psychologische verbietet: *unbedingte Gültigkeit*. [...] All diese Dilemmata beruhen auf einer unkritischen Orientierung am Ideal wissenschaftlicher Objektivität“ (Ebd., 318). Ob und wie die Kompetenz Entscheidungen zu treffen gemessen werden kann, ist umstritten, aber in der Medizinethik von großer Relevanz: „Standards of competence feature mental skills or capacities closely connected to the attributes of autonomous persons, such as cognitive skills and independence of judgement“ (Beauchamp & Childress, 114). Trotz dieser Vorgaben führt Helmchen (2010) kritisch an: “[T]he competence of experts for assessing competence is not sufficiently defined yet. This applies to the medical as well as to the psychological and legal experts“ (Ebd., 224). Die Nähe zwischen Standardmodell der informierten Einwilligung und Ansätzen, die die Entscheidungskompetenz des Einzelnen zum Maßstab für Autonomie machen ist also sowohl aus praktischen als auch aus theoretischen Gründen nicht unproblematisch. Auf die Entscheidungskompetenz speziell von psychisch Kranken wird in Kapitel 3.1 noch genauer eingegangen.

Ein Vorteil des Standardmodells liegt sicherlich darin, dass die (vermeintlichen) Grenzen des Rechts über die eigene Behandlung zu bestimmen (Ach 2013) leicht sichtbar werden, wenn es um Entscheidungen im Hinblick auf manche Patienten mit mangelnder Einwilligungsfähigkeit geht, also etwa wenn der Patient im Koma liegt. In dieser Situation kann der Patient der Behandlung weder zustimmen noch kann er sie ablehnen, da er offensichtlich die Voraussetzungen für die informierte Einwilligung nicht erfüllt, selbst wenn sein natürlicher Wille durch einfache Signale wie Mimik zum Ausdruck gebracht würde, wäre dessen Gültigkeit und Reichweite umstritten. Die Entscheidung muss also auf einer anderen Grundlage getroffen werden. Entweder hat der Patient selbst für solche Situationen vorgesorgt und eine schriftliche Erklärung abgegeben, wie er in einem solchen Zustand behandelt werden möchte oder andere Personen müssen in der Situation die Entscheidung treffen (Betreuer, Angehörige).

Wie weit das Recht über die eigene Behandlung zu bestimmen reicht ist strittig, da die Einwilligungsfähigkeit in der medizinischen Praxis trotz vorhandener Instrumente nicht so einfach zu bestimmen ist (Vollmann 2008) und die Grenzen des Rechts auf Selbstbestimmung unklar sind. Eingeschränkte Entscheidungskompetenz kann zum Beispiel bei Kindern, Demenzkranken oder psychisch kranken Menschen in akuten Krisen vorliegen. Allerdings gilt: „Bei der Kompetenz handelt es sich aber um eine aufgabenspezifische nicht um eine generelle Eigenschaft von Personen. Selbst geistig behinderte Menschen, die in den Augen vieler inkompotent sind, können meist über verschiedene Bereiche ihres Lebens autonom entscheiden“ (Schramme 2002, 33). Welche Entscheidungen vom Patienten getroffen werden können und welche nicht, wäre nur durch komplexe Tests und Prüfverfahren herauszufinden.

Das Standardmodell vermittelt leicht den falschen Eindruck, dass nur die Einwilligung des Patienten in bestimmte Behandlungen und somit die Wahrnehmung seines Abwehrrechts von Bedeutung sei. Vielmehr ist jedoch zu betonen, dass die Entscheidungsfähigkeit in Grenzsituationen des menschlichen Wollens vom Arzt aktiv gefördert anstatt behindert werden soll (Schöne-Seifert 2007, 44), sodass der Patient in die Lage versetzt wird eine ausreichend autonome Entscheidung über seine Behandlung zu treffen. „Autonome Entscheidungen können daher in unterschiedlichem Grade autonom sein, weil sie auf einem unterschiedlichem Maß an Verstehen beruhen und unter unterschiedlichen Graden der manipulativen Einflussnahme zustande kommen“ (Quante 2002, 207). Autonomie ist somit wie auch Kompetenz graduell aufzufassen. Gerade im Hinblick auf die Definition und Feststellung der Kompetenz bzw. Einwilligungsfähigkeit wurde deren Ratiozentriertheit

kritisiert und eine Erweiterung des Kompetenzbegriffes um emotionale Fähigkeiten sowie Abstriche bei den Anforderungen an die kognitiven Mindestbedingungen gefordert (Ach & Schöne-Seifert 2013, 48).

Gegen das Standardmodell wurden weitere Einwände vorgebracht. Mit zwei dieser Einwände möchte ich mich nun in den folgenden beiden Kapitel beschäftigen. Erstens sei das im Standardmodell implizierte lokale Verständnis von Autonomie nicht hinreichend, da sich Autonomie nicht nur auf Entscheidungshandlungen, sondern immer auf die gesamte Person und deren Lebensplanung/ Identität (globales Verständnis von Autonomie) (Quante 2002) beziehe und zweitens berücksichtige das Autonomiekonzept des Standardmodells die soziale Eingebundenheit der Personen, die Entscheidungen treffen, nicht (mangelnde Relationalität).

2.2 Das Recht des Patienten als Person wahrgenommen zu werden

Personale Autonomie im Unterschied zur Handlungsautonomie

Autonomie in der biomedizinischen Ethik bezieht sich nicht nur auf (Behandlungs-)Entscheidungen in bestimmten Situationen, sondern muss auch im Hinblick auf die Person des Patienten verstanden werden, denn „Handlungen sind nicht generell qua Handlungstyp autonom, sondern nur relativ zur jeweiligen Persönlichkeit des Handelnden“ (Quante 2002, 213). Philosophen sprechen hier von „personaler Autonomie“ (globales Autonomiekonzept) im Gegensatz zur bloßen „Handlungsautonomie“ (lokales Autonomiekonzept).¹ Diese Unterscheidung zeigt sich analog in der Freiheitsdebatte, wo zwischen Handlungs- und Willensfreiheit differenziert wird. Während Handlungsfreiheit sich in erster Linie mit dem Kontext, in dem Entscheidungen getroffen und Handlungen ausgeführt werden, beschäftigt, geht es bei der Willensfreiheit vorrangig um Fragen der Willensbildung, also wie der Wille einer Person zustande kommt und ob die Person nicht nur in ihrem Handeln, sondern auch in ihrem Wollen frei ist.

Gerald Dworkin (1970) und Harry Frankfurt (1971) analysieren das Konzept der Willensfreiheit hierarchisch, d.h. erst wenn eine Person über ihre Wünsche auf einer höheren

¹ Personale Autonomie verlangt gemäß dem hierarchischen Modell, das auf Authentizität durch reflexive Identifikation abzielt, mehr als bloße Handlungsautonomie und wird von Faden & Beauchamp (1986) als zu anspruchsvolle Bedingung abgelehnt.

Ebene kritisch reflektieren und sich mit den Wünschen erster Stufe identifizieren sowie wünschen kann, dass diese Wünsche handlungsleitend werden, kann von Willensfreiheit gesprochen werden. Insbesondere Frankfurt weist darauf hin, dass der Personenstatus an die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Wünsche auf einer höheren Ebene und der Identifikation mit diesen Wünschen gebunden ist. Einzelne Entscheidungen und Handlungen können so mit der ganzen Person in Zusammenhang gebracht werden und sind nicht nur punktuelle, isolierte Phänomene (Authentizitätsbedingung). Obwohl gegen die hierarchische Analyse der Willensbildung zahlreiche Einwände vorgebracht wurden, ist sie dennoch ein Fundament, auf dem viele Theorien der Autonomie aufbauen. Den meisten dieser theoretischen Weiterentwicklungen geht es vor allem darum, das rein formale Modell von Dworkin und Frankfurt inhaltlich genauer zu bestimmen.

Die meiner Ansicht nach philosophisch wichtigste Darstellung von personaler Autonomie liefert Michael Quante (2002), der den Zusammenhang von Autonomie und Persönlichkeit genauer untersucht und in seiner Kritik Beauchamps (Ebd., 197-207) überzeugend darlegen konnte, „dass das in der biomedizinischen Ethik weitestgehend akzeptierte Prinzip des Respekts vor der Autonomie auf die evaluative Dimension personaler Identität, d.h. auf Persönlichkeit, verweist“ (Ebd., 159). Dabei spielen Erinnerungen und Antizipationen eine wichtige Rolle, weil sie dem synchronen hierarchischen Modell ein diachrones Element hinzufügen, indem sie aufzeigen, dass und wie eine Person sich mit früheren und zukünftigen Zuständen identifiziert (Ebd., 171). Persönlichkeit versteht Quante daher in Anlehnung an Christman (1991) als biografische Identität einer Person. „Durch die Hinzunahme der biografischen Dimension als Bedingung für personale Autonomie wird ein expliziter Bezug zwischen Autonomie und Persönlichkeit hergestellt, da einerseits die für die Personalität spezifischen Fähigkeiten unverzichtbar sind. Andererseits wird es aber auch von der jeweiligen Persönlichkeit und den weiteren Fähigkeiten des jeweiligen Individuums abhängen, was im Einzelfall als autonomieverhindernd gezählt werden muss“ (Quante 2002, 180f.) Quante betont zudem die Bedeutung von intersubjektiven Anerkennungsprozessen und dass der Mensch auf Erziehung und soziale Gemeinschaft angewiesen sei, da er ohne diese die für Autonomie notwendigen Fähigkeiten gar nicht ausbilden könnte. Er erklärt: „Sozialisationsprozesse, welche die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion ermöglichen und dann, wenn das Subjekt sie erkennt (bzw. erkennen würde), positiv bewertet werden (bzw. würden), können als autonomiefördernd oder als zumindest mit personaler Autonomie vereinbar angesehen werden“ (Ebd., 184).

Quante erweitert das hierarchische Modell außerdem dadurch, dass er zwischen reflexiver Authentizität und vorreflexiver Authentizität (Ebd., 192ff.) unterscheidet, wobei die kritische Reflexion von Wünschen und Überzeugungen und die Identifikation mit diesen bei ersterer notwendig vorhanden ist und bei letzterer fehlt. Vorreflexive Authentizität liegt vor, wenn eine Person zwar eine Persönlichkeit hat, aber keine personale Autonomie (Handlungen, Wünsche und Überzeugungen werden von der Person nicht im Hinblick auf ihr evaluatives Selbstbild kritisch bewertet, sondern – z.B. im Rahmen von Traditionen – unkritisch angenommen). Auch personale Autonomie kann in verschiedenen Graden vorliegen. In erster Linie ist es das „Wissen und das Verfügen über die zu dieser kritischen Reflexion notwendigen Fähigkeiten, die einer Person personale Autonomie zukommen lassen, nicht die permanente Reflexion selbst“ (Ebd., 195).

Personale Autonomie und Patientenverfügungen

Das Modell personaler Autonomie ermöglicht auch den Einsatz von Patientenverfügungen zu rechtfertigen und sie als ein Mittel der verlängerten (personalen) Autonomie des Patienten zu verstehen. Quante (2002) unterscheidet vier Fälle, „in denen biografische Identität und Patientenverfügungen auf unterschiedliche Weise miteinander verbunden sind“ (Ebd., 272), wobei der Fall D im Hinblick auf den psychiatrischen Bereich besonders relevant ist. Hierbei geht es nicht um einen irreversiblen Kompetenzverlust wie im Falle von Demenzerkrankungen (Fall C), sondern um Persönlichkeitsveränderungen, wobei die Kompetenz phasenweise verloren gehen oder auch durchgängig erhalten bleiben kann. Der Fall D bezieht sich daher anders als der Fall C (Demenzerkrankungen, irreversibler Kompetenzverlust) nicht auf die Reichweite und Grenzen personaler Autonomie, sondern auf einen Konflikt *innerhalb* personaler Autonomie, nämlich auf die Frage, ob die in der Patientenverfügung dokumentierte vergangene autonome Entscheidung oder die gegenwärtige (minimal) kompetente Verweigerung respektiert werden soll (Quante 2002, 287).

Hier unterscheidet Quante zwischen drei Unterarten des Fall D, bei der (D.1) der Kompetenzverlust reversibel ist, aber der medizinische Eingriff zu massiven Persönlichkeitsveränderungen führt, sodass nach der Behandlung eine zwar kompetente Person aber mit neuer Persönlichkeit vorliegt, (D.2) kein Kompetenzverlust stattfindet, aber eine Persönlichkeitsveränderung, die allerdings nach der Behandlung wieder verschwindet, sodass die frühere Persönlichkeit wieder hergestellt wird (der Fall der „Ulysses Contracts“)

laut Quante), (D.3) kein Kompetenzverlust stattfindet, aber eine Persönlichkeitsveränderung, wobei es nach der Behandlung zu einer neuen Persönlichkeit kommt (Installieren einer neuen Persönlichkeit statt Wiederherstellen). Quante erläutert den ethisch relevanten Unterschied zwischen den Fällen D.2 und D.3: „Man muss sich in D.3 wesentlich stärker auf allgemeine soziale Wertvorstellungen und die Interessen anderer stützen als im Fall D.2, wo das vormalige Wert- und Überzeugungsmuster des Patienten wiederhergestellt werden kann“ (Quante 2002, 294).

Gerade für den Bereich der Psychiatrie sind diese Unterscheidungen der personalen Autonomie von großer ethischer Relevanz, da die meisten psychiatrischen Behandlungen – vor allem wenn sie „erfolgreich“ sind – nicht nur zu Verhaltens- sondern auch zu Persönlichkeitsveränderungen führen können (und sollen), wobei die Übergänge zwischen Wiederherstellen und Installieren von Persönlichkeiten fließend sind. Ziel ist häufig die (Wieder-)Herstellung der Funktionsfähigkeit des psychisch Erkrankten (gemäß ICF), sodass dieser an der Gesellschaft teilhaben kann. Inwiefern die Persönlichkeitsveränderungen vom Patienten gewollt sind, wird dabei häufig ignoriert, weshalb es zu Schwierigkeiten in der Compliance kommen kann. Den Patienten als die Person, die er ist, anzunehmen und gemeinsam an der Veränderung bestimmter Verhaltensweisen zu arbeiten scheint mir eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg zu sein. Eine Behandlung, die mit dem Zweck einer Manipulation der Persönlichkeit durchgeführt wird, kann beim Patienten, sofern er Autonomie als einen für sich wichtigen Wert bestimmt, nur zu Widerstand und Non-Compliance führen. Dabei wird die autonome Haltung des Patienten gefördert, wenn gemeinsam an die biografische Identität angeknüpft und Vorsorge getroffen wird. Wie Quante (2002) zusammenfassend festhält: „Weil wir die Fehl- und Verführbarkeit unserer Rationalität kennen, benutzen wir Selbstbindungen und die Hilfe anderer, um unsere personale Autonomie auch in solche Situationen zu bewahren, in denen sie gefährdet ist. Die biografische Identität manifestiert sich in dieser Vorsorge für die eigene Zukunft“ (Ebd., 291).

Es ist also wichtig, nicht nur auf die Einwilligungsfähigkeit zu schauen, wenn es um Autonomie in der Psychiatrie geht, sondern das umfassendere Konzept der personalen Autonomie mit einzubeziehen, das mit der biografischen Identität eng verbunden ist. Die biografische Identität gibt dabei nicht nur Aufschluss darüber, wer wir sind und was wir tun, sondern auch, wer wir waren und was wir getan haben bzw. wer wir sein werden und was wir tun werden. Sie bezieht sich also nicht nur auf das Hier und Jetzt der Einwilligung, sondern auch auf früher Erlebtes, auf Erfahrungen und auf Zukünftiges. Vorsorge zu treffen fällt in der

Psychiatrie nicht leichter als in anderen medizinischen Bereichen, denn wer möchte schon vorab definieren, was in einer akuten psychischen Krise getan werden soll, wenn ich als Patient nicht mehr einwilligungsfähig bin. Um eine sinnvolle Vereinbarung abzuschließen, müssen auch die Vergangenheit und die Zukunft mit in den Blick genommen werden. Personale Autonomie in Form einer Patientenverfügung ist eng verbunden mit narrativer Identität, denn der Verfügende macht Angaben zu seiner Person, die aus Erzählungen über ihn selbst, seine Lebensumstände, seine Erfahrungen bestehen: “If one has self-regarding intentions that extend beyond the time when one has explicit narrative-telling capacity (roughly, robust self-awareness and decision-making capacity), one can autonomously make decisions for oneself in future times of nonautonomy” (DeGrazia 2005, 180).

Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen

Nun gibt es im Bereich der Psychiatrie zwar auch Patientenverfügungen, diese sind aber nicht so relevant wie zum Beispiel Behandlungsvereinbarungen. Der Grund liegt vor allem darin, dass Behandlungsvereinbarungen ein zweiseitiges Instrument der Willensbestimmung sind, während Patientenverfügungen nur vom Patienten selbst als einseitiges Instrument der Willensbestimmung unterzeichnet werden (Borbé 2013, 199). In Deutschland wurde vor allem in den 1990er Jahren viel über Behandlungsvereinbarungen diskutiert, die ausgehend von der Klinik in Bielefeld Bethel als „Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie“ (Dietz, Pörksen, & Voelzke 1998) angesehen wurden. Ziel war in erster Linie die Reduzierung von Zwang und die Chance der fairen Kommunikation mit dem Betroffenen, der sich nicht akut in einer psychischen Krise befindet, aber für die Zeit einer psychischen Krise Vorsorge treffen möchte. Besonders betont wurde die Änderung der Haltung gegenüber dem Patienten: „Patienten dürfen nicht mehr Objekt von Behandlung, Betreuung oder Erfolgskontrolle zur kurzfristigen Reduktion von Symptomen sein, sondern sie müssen als *Subjekt*, als ganzer Mensch wahrgenommen und in die Lage versetzt werden - soweit es eben möglich ist -, ihr Selbstbestimmungsrecht auszuüben“ (Voelzke 1998, 24).

Wichtig für die Behandlungsvereinbarung ist die Möglichkeit für die Betroffenen, ihre eigenen Erfahrungen mit der Krankheit und mit der Behandlung, die sie bislang sammeln konnten, mit einzubringen. Dies kann dann etwa wie folgt aussehen: „Ich hatte oftmals das Gefühl, daß das Grundrecht ‚Die Würde des Menschen ist unantastbar‘ in der geschlossenen Abteilung nicht bekannt ist. Ich wurde mehrfach menschenunwürdig behandelt und mir

wurden gegen meinen Willen Medikamente gespritzt, die ich nicht vertragen habe [...]. Ich habe mich zum Abschluß der Vereinbarung entschlossen, um nie wieder so ausgeliefert zu sein. Ich wollte selber an meiner Behandlung und Genesung mitwirken“ (Heller 1998, 77f.), so ein Betroffener. Der Patient gibt außerdem an, dass in der Behandlungsvereinbarung auch Raum für persönlich bedeutsame Informationen gelassen wird: „Auch meine soziale Situation ist in der Vereinbarung ersichtlich, damit schon im Voraus die Regelung von sozialen Angelegenheiten wie Wohnung, Tiere, Finanzen usw. besprochen und Nötiges veranlaßt wird“ (Heller 1998, 77). So wird die ganze Person mit einbezogen und die Behandlungsvereinbarung wirklich als Instrument der Selbstbestimmung genutzt.

Die persönliche Auseinandersetzung mit der schwierigen Lebenslage ist jedoch nicht alles. Auch die Reflexion auf frühere Zwangsbehandlungen und die Erinnerung daran gehören zum Abfassen einer Behandlungsvereinbarung, die die ganze Person des Patienten, sein Erleben und seine Erfahrungen miteinbezieht: „Für alle, die Erfahrungen gemacht haben mit Zwangsbehandlungen, ist die Aufforderung ganz wichtig, sich ihre Erinnerungen daran bewußt zu machen – auch wenn es schrecklich ist und anstrengend. Und dann versuchen sie der Vertrauensperson zu erzählen oder sie aufzuschreiben. Denn bei der Vorbeugung von Klinikaufenthalten sind die Erinnerungen unsere wichtigsten Verbündeten. [...] Als ich selbst die Vereinbarung abgeschlossen habe, ist mir noch mal ganz deutlich geworden, wie sehr sie die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Ängsten fördert und uns dazu bringt, drei wichtige Lernschritte zu üben: Erinnern, Entscheiden (Bewerten), Verwörtern. Dadurch wird ein Prozess in Gang gebracht, der uns hilft, aus der Opferrolle herauszukommen und mehr und mehr die Verantwortung für unser Leben zu übernehmen“ (Conraths 1998, 85).

Außerdem ist wichtig, dass nicht nur die Betroffenen Interesse an einer Behandlungsvereinbarung haben müssen, sondern besonders auch die Profis, die in der Regel als Vertrauenspersonen angesehen werden. „Die Initiative zum Abschluß einer Behandlungsvereinbarung geht in der Regel nicht von den Patienten aus, sondern von den Professionellen. Behandlungsvereinbarungen kommen also ohne Information, Motivation und Interesse der behandelnden Ärzte, Psychologen etc. nicht zustande“ (Zinkler 1998, 57). Die Behandlungsvereinbarung dient vor allem auch der Qualitätssicherung für die Profis: „Vor allem die Professionellen sind gut beraten, von den Erfahrungen der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu profitieren und sich darauf einzulassen, ihr Expertenwissen hinterfragen zu lassen und die Erfahrungen der anderen gleichzeitig in ihren Wissensschatz mit einzubeziehen“ (Tryba 1998, 124). So kann (personale) Autonomie mit Hilfe von

Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen gefördert und Vertrauen zwischen Betroffenen und Profis aufgebaut werden.

2.3 Das Recht des Patienten in sozialen Beziehungen zu leben und zu entscheiden

Vertrauen wird im Hinblick auf Autonomie in der Medizinethik eine wichtige Rolle beigemessen, zumal das vermehrte Streben des Patienten nach Selbstbestimmung leicht als Vertrauensbruch gegenüber dem Arzt wahrgenommen werden kann. Dabei muss ein Zuwachs an Autonomie auf Seiten des Patienten nicht mit einem Verlust von Vertrauen einhergehen, wie O'Neill darstellt (O'Neill 2002), denn vielmehr geht es um eine neue Herausforderung an die Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient als um einen Vertrauensbruch. „Trust belongs with relationships and (mutual) obligations; individual autonomy with rights and adversarial claims“ (Ebd., 25). Dies wurde besonders deutlich an den Ausführungen zur Behandlungsvereinbarung, die als vertrauensbildende Maßnahmen in der Psychiatrie eingeführt wurden.

Obwohl das Recht auf Selbstbestimmung immer mehr eingefordert und der Paternalismus immer mehr zurückgedrängt wird, befindet sich der Patient doch weiter in einer Abhängigkeit vom medizinischen Personal, auf dessen Rat und Tat er angewiesen ist. Eine kranke Person ist in ihrer Rolle als Patient besonders verletzlich und auf die Unterstützung des Umfelds, also des medizinischen Personals, der Familie und der Gesellschaft, angewiesen. Nur innerhalb dieses Rahmens kann sinnvoll Autonomie ausgeübt werden. Die Bedingungen der Autonomie und der Entscheidungen, die zu treffen sind, werden vom sozialen Umfeld des Patienten mitbestimmt. So heißt es bei Oshana (2006), einer Vertreterin der relationalen Autonomie: „Autonomy is a condition of persons constituted in large part by the social relations people find themselves in and by the absence of other social relations“ (Ebd., 49). Die Autonomie des Patienten kann durch das ihn umgebende soziale Umfeld sowohl ermöglicht und gefördert als auch eingeschränkt und verhindert werden. Nur wenn andere ihn als autonom betrachten, ist ein Akteur auch autonom im Sinne von Oshana (2006).

Das philosophische Konstrukt der „relationalen Autonomie“ (Mackenzie & Stoljar, 2000) ist besonders unklar und umstritten. Eine klare Abgrenzung von Selbst- und Fremdbestimmung (Autonomie versus Heteronomie) scheint schwierig. „The term ‚relational Autonomy‘, as we understand it, does not refer to a single unified conception of autonomy but is rather an

umbrella term, designating a range of related perspectives. These perspectives are premised on a shared conviction, the conviction that persons are social embedded and that agents' identities are formed within the context of social relationships and shaped by a complex of intersecting social determinants, such as race, class, gender, ethnicity. Thus the focus of relational approaches is to analyze the implications of the intersubjective and social dimensions of selfhood and identity for conceptions of individual autonomy and moral and political agency" (Ebd., 4).

Ach & Schöne-Seifert (2013) unterscheiden sechs Lesarten relationaler Autonomie, von denen drei ihrer Meinung nach keine Revision sondern nur Ergänzungen des Autonomiebegriffs, wie er im Standardmodell beschrieben wird, verlangen. Ausschließlich mit diesen drei Interpretationen relationaler Autonomie möchte ich mich hier beschäftigen und gehe davon aus, dass das Standardmodell einiger Ergänzungen und Interpretationshilfen bedarf, um der Komplexität der (sozialpsychiatrischen) Praxis gerecht zu werden.

Die erste Möglichkeit der Erweiterung des Autonomieverständnisses in relationaler Hinsicht bezieht sich auf „Befähigungspflichten“, die in der positiven Bestimmung des PRA enthalten sind, d.h. Patienten sollen befähigt werden autonome Entscheidungen zu treffen. Die Förderung von autonomen Entscheidungen ist bereits bei Beauchamp & Childress (2009, 104) erwähnt, wird aber häufig vernachlässigt (Ach & Schöne-Seifert 2013, 51). Bei der Förderung von autonomen Entscheidungen spielt Vertrauen (etwa in der Arzt-Patient- Beziehung) eine große Rolle, wobei der Zusammenhang von Vertrauen und Autonomie in der Bioethik bereits von O’Neill (2002) betont wurde:

„If we think back into the past, and look to that famous prototype of all professional relationships, the doctor-patient relationship, we have a paradigm of a relationship of trust. [...] Traditional doctor-patient-relationships, it has been said on countless occasions, have in fact nearly always been based on asymmetric knowledge and power. They institutionalize opportunities for abuse of trust. Doctor-patient relationships were viewed as relationships of trust only because a paternalistic view of medicine was assumed in which the dependence of patients on professionals was generally accepted. [...] A more adequate basis for trust required patients who were on a more equal footing with professional , and this meant that they would have to be better informed and less dependent. [...] The only trust that is well placed is given by those who understand what is proposed, and who are in a position to refuse or choose in the light of that understanding. [...] In this more sophisticated approach to trust,

autonomy is seen as a precondition of genuine trust. [...] What we now see is a relationship between equals: the patient too is a professional, dressed in a suit and sitting like an equal at the desk; the patient has heard a full explanation and is being offered a consent form; he is deciding whether to give his fully informed consent. Trust is properly combined with patient autonomy” (O’Neill 2002, 17ff.).

Dieser Ansatz, Autonomie als Bedingung von Vertrauen zu sehen, scheint einleuchtend. Die Expertise und Unabhängigkeit des Patienten wird betont, sodass dieser als gleichberechtigter Partner im Hinblick auf Behandlungsentscheidungen angesehen wird. Ergänzend kann mit Anderson (2013) die Position der Relationalisten dargestellt werden, dass „die ärztliche Pflicht, das autonome Entscheiden von Patienten zu respektieren, um die weitere Pflicht ergänzt [wird], Formen der Gemeinschaft zu schützen und zu fördern, in denen das gesellschaftlich konstituierte Selbst ich entfalten kann. Starke Beziehungen sind nicht nur Teil des eigenen Wohlergehens, sondern ein wesentlicher Bezugspunkt des Wissens davon, was man überhaupt genuin will“ (Ebd., 63). Der Arzt hilft dem Patienten seinen Willen zu formen und autonom zu entscheiden.

Die zweite Möglichkeit der Erweiterung des Autonomieverständnisses in relationaler Hinsicht bezieht sich auf die soziale Kontrolle, die u. U. auf den (autonom) Entscheidenden ausgeübt wird. Dabei ist wichtig zu berücksichtigen, dass soziale Bedingungen immer Auswirkungen auf die Möglichkeit der Realisierung von Autonomie haben. Kontrollierende soziale Zwänge können die Autonomie auf unzulässige Weise einschränken (Oshana 2006). Dennoch sind Menschen, um Autonomie ausüben zu können, angewiesen auf ein unterstützendes Umfeld, da bestimmte Fähigkeiten (etwa zu kritischer Reflexion, zu Dialog etc.), die für Autonomie nötig sind erst entwickelt oder gefördert werden müssen (Anderson 2013, 69f.). Hier ist vor allem unklar, welche Arten der Beeinflussung des Entscheiders durch andere Personen legitim sind und welche zu weit gehen. Wo etwa liegt die Grenze zwischen akzeptablem Überreden und nicht mehr akzeptablem physischen oder psychischem Zwang? (Ach & Schöne-Seifert 2013, 51f.) Relationalisten betonen zudem die große Bedeutung des Dialogs auf den Prozess der Selbsterkenntnis und Entscheidungsfindung. Der Versuch Autonomie ohne Einflüsse von Außen auszuüben, kann „verzerrende Auswirkungen auf den Prozess der Selbsterkenntnis haben [...]. Häufig befördert gerade der interpersonale Dialog das autonome Überlegen und den Prozess der Selbsterkenntnis“ (Anderson 2013, 65). Weiterhin betont Anderson (2013), „dass die Chance zu fruchtbare dialogischer Selbstreflexion die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten voraussetzt, die durch Ausübung gelernt, erhalten und verbessert werden. Ein

erweitertes Verständnis kritischer Reflexion verlangt von uns daher auch eine Bereitschaft, Kontexte genuin dialogischer Selbstreflexion zu fördern“ (Ebd., 66).

Eine dritte Möglichkeit der Erweiterung des Autonomieverständnisses in relationaler Hinsicht, die gleich daran anschließt, bezieht sich auf den Selbstwert einer (autonom) entscheidenden Person. Die Relation, um die es hierbei geht ist das Verhältnis der Person zu sich selbst. Demnach dürfen Entscheidungen um in relationaler Hinsicht autonom zu sein nicht auf einem Mangel an Selbstvertrauen oder Selbstschatzung basieren. Dies hat auch pädagogische Konsequenzen, etwa müsse man „dafür Sorge tragen, dass das Selbstvertrauen und die Selbstschatzung anderer nicht durch systematische Missachtung oder nachhaltige Demütigung verletzt oder zerstört werden“ (Ach & Schöne-Seifert 2013, 53). Eine anspruchsvollere Variante dieser Interpretation von relationaler Autonomie ist das anerkennungsbasierte Verständnis von Autonomie, die von Anderson & Honneth (2005) vertreten wird. Sie argumentieren: „In a nutshell, the central idea is that the agentic competencies that comprise autonomy require that one be able to sustain certain attitudes toward oneself (in particular, self-trust, self-respect, and self-esteem) and that these affectively laden self-conceptions [...] are dependent, in turn, on the sustaining attitudes of others“ (Ebd., 130f.). Vorschläge, Selbstvertrauen als Bedingung von Autonomie in das Standardmodell aufzunehmen (etwa in als Bedingung von Kompetenz), führen allerdings zu einem sehr exkludierenden Verständnis von PRA, das weitreichende Konsequenzen für die Praxis haben kann. Anderson (2013) formuliert diese relationale Dimension der Autonomie als eine Fähigkeit, anderen gegenüber „für sich selbst einstehen zu können“ (Ebd., 68) und „sich selbst als rechtfertigungs- oder erklärungspflichtig gegenüber anderen und solcher Rechtfertigung prinzipiell fähig zu begreifen“ (Ebd., 69).

Im Anschluss an Ach & Schöne-Seifert (2013) gehe ich davon aus, dass die zentrale Frage in der Debatte um Autonomie in der Medizinethik eine Frage nach einer angemessenen Interpretation des PRA ist und es nicht um eine Revision des Autonomiebegriffes nach dem Standardmodell geht, die in jedem Fall mit Vorsicht zu betrachten wäre. Der Effekt, dass nur noch bestimmte Formen von Autonomie respektiert werden (müssen), wenn der Autonomiebegriff spezifischer erfasst und komplexer formuliert wird, führt zu möglicherweise unerwünschten Ergebnissen in der Praxis. Daher ist eine kritische Analyse und Lesart des Autonomiebegriffs, wie er im Standardmodell vertreten wird, sinnvoller. Interpretationshilfen und inhaltliche Ergänzungen für das Standardmodell der Autonomie können durch Ansätze der personalen Autonomie und der relationalen Autonomie gewonnen

werden. Zudem kann individuelle Autonomie auch im Rahmen von Gruppen ausgeübt werden, die für die gleichen Rechte kämpfen, auch wenn – wie Steinfath & Pindur (2013, 39) betonen – das Recht auf Autonomie ein Individualrecht und kein Kollektivrecht ist. Das Konzept der kollektiven Autonomie, das sich vor allem auf Selbsthilfegruppen von Patienten und Angehörigen bezieht, ist noch sehr neu (Schicktanz & Jordan 2013), scheint jedoch letztlich auch eine Form der relationalen Autonomie zu sein.

2.4 Zusammenfassung der Autonomie-Ansätze

Drei Ansätze von Autonomie wurden in der vorliegenden Arbeit unterschieden: a) Entscheidungsautonomie (auch: Handlungsautonomie), b) personale Autonomie und c) relationale Autonomie. Während bei ersterer der Fokus auf der konkreten Handlung/Entscheidung liegt, mit der eine Person konfrontiert wird, kann zweitens auch Maßnahmen der Vorsorge (und Nachsorge) gut abdecken. Die relationale Autonomie hingegen betont nicht so sehr die Bedeutung desjenigen, der Autonomie hat, sondern der Anderen, die ihm Autonomie ermöglichen oder sie verhindern. Der Interviewleitfaden entstand aus Überlegungen zu den drei Arten der Autonomie, wobei die Patientenautonomie und das Standardmodell des *informed consent* den Ausgangspunkt bildeten.

Im Folgenden wird der „Sonderfall“ der Psychiatrie betrachtet, bei dem Autonomie zwar eine große Rolle spielt, diese aber immer wieder hinten angestellt wird, um anderen Prinzipien zu verwirklichen, wie etwa das Prinzip der Fürsorge für psychisch kranke oder behinderte Menschen. Fürsorge im Bereich der Psychiatrie bedeutet oft Fremdbestimmung, Zwang und Paternalismus. Diese Haltungen dienen dem Schutz der kranken Person (oder ihrer Umwelt). Selbstbestimmung im Bereich der Psychiatrie zu verwirklichen darf nicht bedeuten fahrlässig zu handeln und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vernachlässigen. Vielmehr muss es in einem positiven Sinne bedeuten, Möglichkeiten zu schaffen, mit denen selbst eingeschränkt einwilligungs- oder entscheidungsfähige Personen sinnvoll und verantwortungsvoll Selbstbestimmung praktizieren können.

3 Sonderfall Psychiatrie?

„If reciprocal relations are, as Strawson suggests, the ordinary basis even for respect and goodwill, then we would expect to find, what we largely do find, that mentally ill persons are treated with less respect and less goodwill than other adult members of the community including by some members of the helping professions“ (Kennett 2007, 105). Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mit weniger Respekt behandelt werden als andere Menschen, liegt – laut Kennett – daran, dass sie die Gegenseitigkeit von Beziehungen nicht leben können, sondern den Wunsch nach Gegenseitigkeit immer wieder enttäuschen und falsche Interpretationen des Verhaltens des Gegenübers liefern. Sie erfüllten häufig die Bedingungen nicht, die an sie als autonome Akteure gestellt werden. Ein autonomer Akteur muss laut Kennett 1) über moralische Konzepte verfügen, 2) die Fähigkeit haben moralische Gründe zu erkennen und anzuwenden in der Praxis und in Überlegungen und schließlich 3) die Fähigkeit haben, das eigene Verhalten im Einklang mit den moralischen Gründen zu kontrollieren (vgl. Kennett 2007, 94). Da 2 und 3 bei Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig eingeschränkt sind, können diese nicht als autonome verantwortliche Akteure gelten. Reaktive Einstellungen wie das Verurteilen oder Übelnehmen einer Handlung seien häufig nicht gerechtfertigt: „reactive attitudes of resentment and so forth to which engagement exposes us are simply unfair to the mentally ill. To the extent that they cannot share our reasons and ends and coordinate their activities with ours, they don't deserve to be the subject of such harmful attitudes as resentment“ (Kennett 2007, 107). Dennoch würden diese negativen Haltungen gegenüber psychisch kranken Menschen häufig eingenommen: „A vicious loop can develop as the feedback from others becomes increasingly impoverished, negative, and defensive, or somewhat artificial and paternalistic, as in many professional encounters“ (Kennett 2007, 103). Eine eingeschränkte Gegenseitigkeit in Beziehungen dürfe nicht bedeuten, die Menschen mit psychischen Erkrankungen nur aus einer objektiven Warte aus zu betrachten, wie es Strawson (1982, 66) vorschlägt. Vielmehr müsse der Respekt für die Autonomie dieser Personen aktiv unterstützt werden: „respect for autonomy may require our active support for the agency of those in adverse circumstances. Mental illness is such an adverse circumstance“ (Kennett 2007, 111).

3.1 Kein Respekt vor der Autonomie von psychisch Kranken?

Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie wird von Ärzten, die mit der Behandlung von somatischen Krankheiten betraut sind sehr ernst genommen. Ohne eine informierte Einwilligung des Patienten darf dieser nicht behandelt werden, weil der Arzt mit der Behandlung sonst eine Körperverletzung begeht. In der Psychiatrie gibt es jedoch rechtlich verankerte Ausnahmen (z.B. Unterbringungsgesetze, Gesetze zur Zwangsbehandlung), die eine medizinische oder andere „Behandlung“ des Patienten ohne dessen informierte Einwilligung ermöglichen. Im Falle von Fremd- oder Eigengefährdung ist es in vielen Ländern rechtlich zulässig einen Patienten auch ohne dessen Zustimmung in einer psychiatrischen Klinik unterzubringen und sogar zu behandeln, was seine persönliche Freiheit und mithin auch Autonomie einzuschränken kann. Außerdem ist die Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere in akuten Krisen häufig eingeschränkt, sodass keine informierte Zustimmung erfolgen kann, was aber häufig – zugunsten des (vermeintlichen) Wohls des Patienten – nicht ausreichend berücksichtigt wird.

“Our obligations to respect autonomy do not extend to persons who cannot act in a sufficiently autonomous manner (and who cannot be rendered autonomous) because they are immature, incapacitated, ignorant, coerced, or exploited. Infants, irrationally suicidal individuals, and drug-dependent patients are examples”, so Beauchamp & Childress (Ebd., 105). Allerdings sind bei weitem nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem der oben beschriebenen Zustände. Dies trifft höchstens auf akute Phasen von psychischen Erkrankungen zu, nicht aber auf „stabile“ Phasen. Und gerade die psychiatrische Ethik betont nicht zuletzt aufgrund ihrer komplexen Geschichte „die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten und ihres Anspruchs auf Schutz und Fürsorge“ (Stoecker 2011, 468).

Wie wird also mit Menschen umgegangen, die mit einer psychischen Krankheit leben oder genauer: die sich in einer akuten Phase ihrer Krankheit befinden? Laut Buchanan & Brock (1990) gibt es drei Voraussetzungen, damit ein Mensch kompetente Entscheidungen treffen kann. Die erste ist “*understanding and communication*” (Ebd., 23), die zweite ist “*capacit[y] for reasoning and deliberation*” (Ebd., 24) und die dritte ist “*a set of values or conception of what is good*” (Ebd., 25). Es gibt verschiedene Standards dafür, Kompetenz zu messen. Manche sind formeller und manche informeller. Helmchen (2010) nennt die beiden Ansätze “*the categorical and the functional operationalisation*” (Ebd., 210). Während der kategorische

Ansatz auf der klinischen Erfahrung des Arztes basiert und eine niedrige Interrater-Reliabilität ausweist, beinhaltet der funktionale Ansatz psychometrische Test, die zu verlässlicheren Ergebnissen führten. Helmchen nennt mehrere strukturierte Instrumente, um Kompetenz zu messen (UBACC (2007), MacCAT-T (1997), the MacCAT-CR (2001), the ACE (1999), SICIATRI (1993), the HCAT (1992) and the MmsE (2002)) (Ebd., 221ff.). In Deutschland wird vor allem der MacCAT-T zur Messung verwendet, der kritisch diskutiert wird (Vollmann 2008). Mit Hilfe der Tests fällt es auch leichter zwischen irrationalen Behandlungsverweigerungen und inkompetenten Behandlungsverweigerungen zu unterscheiden. Während Irrationalität kein Grund ist einen Menschen zum Beispiel zwangszubehandeln, kann es bei Inkompetenz Gründe geben paternalistisch vorzugehen: “we should be able to reliably distinguish between irrational treatment refusals that are protected by an absolute right and incompetent treatment refusals that can be overridden on paternalist grounds, i.e. in the patient’s best interests” (Radoilska 2012, xv).

Neben den oben genannten Kriterien, die zum Treffen einer kompetenten Entscheidung nötig sind, kann auch noch angeführt werden, dass die Identität einer Person weitgehend stabil sein sollte. Diese kann sich so verändern, dass ihr die eigenen Entscheidungen nicht mehr zugeschrieben werden können: „This is in part because of the disunifying effect of such illnesses on one’s agency; it is in part because certain identity-constituting relationships, such as our friendships and other close voluntary reciprocal relationships, may be largely unavailable when in the grip of the illness“ (Kennett 2007, 92). Die Persönlichkeit kann sich durch eine psychische Erkrankung (zeitweise) verändern, was zu Problemen der Bestimmung von Identität, einer für das Treffen von Entscheidungen durchaus wichtigen Kategorie, führt. „So werden beispielsweise viele psychische Probleme als Entfremdung vom eigenen Selbst interpretiert. Die innere Ordnung bricht zusammen, das üblicherweise als Einheit empfundene Ich wird desintegriert. Kontinuität, Konsistenz, Verlässlichkeit, Kontrolle, Freiheit des Selbst gehen verloren“ (Schramme 2000, 25).

Neben den von Buchanan & Brock (1990) angeführten Kriterien, können also noch weitere gefunden werden, die für das Treffen kompetenter Entscheidungen notwendig sind. Schließlich scheint sich die Frage zu stellen, ob und inwieweit psychische und somatische Erkrankungen sowie deren Behandlung überhaupt vergleichbar sind. Der Philosoph Thomas Schramme bejahte diese Frage nach einer sorgfältigen Analyse der Disanalogen zwischen somatischer und psychischer Krankheit, die insbesondere von Vertretern der Antipsychiatrie aufgezeigt wurden (Schramme 2000). Er setzte sich auch mit der Frage auseinander, was

(psychische) Krankheit und Gesundheit eigentlich bedeuten und ob diese als wertneutral oder wertgeladen angesehen werden, was insbesondere bei psychischen Erkrankungen relevant sei. Psychische Erkrankungen werden allerdings häufig anders bewertet als somatische Erkrankungen, da die Dysfunktionen, die durch sie entstehen häufig nicht evident oder nachvollziehbar sind. Um die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen anzuerkennen, ist es eine Voraussetzung die Existenz psychischer Erkrankungen zu bejahen. Dies fällt Betroffenen und Angehörigen nicht immer leicht.

3.2 Psychische Krankheit: Was ist das?

Die „Debatte um den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie hält nach wie vor an“ (Schramme, 2012, 26), was sich insbesondere in den teils gravierenden Änderungen der *dsM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* widerspiegelt. Modediagnosen werden über bestimmte Zeiträume inflationär vergeben, manche Störungsbilder werden neu erfunden, umbenannt, neu beschrieben oder verschwinden vollständig aus dem Manual (Frances 2013). Die objektiven Beschreibungen von Krankheitsbildern, wie sie in den Kriterienkatalogen dsM oder ICD zu finden sind, müssen eben erst auf den Patienten angewandt werden, wobei es einen gewissen Interpretationsspielraum gibt, was nicht selten zu Konflikten zwischen Behandelnden und Behandelten führt. Viele Eigenschaften von Patienten sind von Außen nur begrenzt zu beobachten, z.B. das Hören von Stimmen oder mangelnde Konzentrationsfähigkeit. Der Arzt ist hier auf möglichst exakte Beschreibungen der Symptome durch den Patienten angewiesen, um eine verlässliche Diagnose zu treffen. So betont Helmchen (2005), „dass Krankheit – und psychische Krankheit zumal – sich nur in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt erfassen lässt, einer Kommunikation, in der das Erleben des Kranken zur Sprache kommt“ (Ebd., 272). Die psychiatrische Diagnostik wird besonders erschwert, wenn der Patient nicht *compliant* ist. Dann kann eine verlässliche Diagnose nur schwer getroffen werden und es kommt zu Uneinigkeiten zwischen Profi, Angehörigem und Betroffenem, wer „*krank*“ sei und wer „*gesund*“.

Die WHO definiert den Begriff der Gesundheit wie folgt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1948). Diese Definition wurde vielfach kritisiert, vor allem in jüngster Zeit, weil die Gesellschaft zunehmend altert und chronische Erkrankungen vermehrt auftreten. Dies wird in der Definition nicht berücksichtigt, weshalb ein Dokument verfasst wurde mit dem Titel

Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems (WHO 2014). Die Strategien der Bekämpfung von chronischen Krankheiten sollen auch auf psychische chronische Krankheiten angewandt werden. Es ist eine wichtige Unterscheidung, ob ein Mensch psychisch krank oder psychisch behindert ist, weil eine dauerhafte Behinderung das Leben des Patienten wesentlich mehr bestimmt als eine vorübergehende Krise, die vielleicht nur einmalig auftritt. „Behinderung ist deshalb in einem viel stärkeren Maße als Krankheit eine nachteilige Zuschreibung, die den Betroffenen nicht nur äußerlich bleibt, sondern identitätsbildend wirkt, ein ‚Stigma‘ (Erving Goffman), welches anhaftet und die Lebenslage entscheidend strukturiert. Eine Behinderung führt dazu, am Pol der negativen Abweichung verortet zu werden, während Gesundheit und Autonomie die einzelne Person als ‚normal‘ und in der Mitte der Gesellschaft situiert ausweise. Behindert sein heißt in dieser Gesellschaft nicht über besondere Fähigkeiten und Talente, sondern über reduzierte Leistungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu verfügen“ (Waldschmidt 2012, 28f.). In den vorliegenden Interviews wurden Personen befragt, die überwiegend als chronisch psychisch krank angesehen werden können und über viel Psychiatrie-Erfahrung verfügen.

Außerdem zielt die Definition der WHO auf ein Ideal, einen unrealistischen Zustand ab, der so von keinem Menschen erreicht werden kann. Vollkommenes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden trifft auf niemanden zu, denn alle Menschen haben körperliche Einschränkungen und Gebrechen, selbst wenn wir sie als „gesund“ bezeichnen würden. Wichtig an der Definition ist aber in jedem Fall, dass das psychische Wohlbefinden neben dem physischen und sozialen Wohlbefinden seinen Platz in der Definition der Gesundheit hat. Der Zustand, in dem sich ein Mensch befinden muss, um gesund zu sein, bezieht sich vor allem auf das Wohlbefinden in den drei Bereichen und nicht nur auf die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit.

Außerdem wird die Funktionsfähigkeit im ICF - *International Classification of Functioning, Disability and Health* genauer beschrieben (WHO 2001). Dort werden nicht nur Krankheiten, sondern auch Behinderungen aufgeführt. Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit ist das Kriterium, ab wann von einer Behinderung gesprochen werden soll, sehr klar definiert, aber auch sehr umstritten. Es handelt sich um ein Zeitkriterium. Wenn der Zustand der Krankheit bzw. die Diagnose länger als sechs Monate anhält, sprechen Profis nicht mehr von einer Erkrankung, sondern von einer psychischen Behinderung. Worin die Behinderung genau besteht ist für Außenstehende oft nicht auf den ersten Blick sichtbar. Dies macht es schwierig den Status als Behinderter zu rechtfertigen und damit die Rechte, die ein Behinderter hat.

Dabei ist gerade der Bereich Inklusion und Teilhabe für Menschen mit psychischen Behinderungen besonders wichtig.

Die WHO hat 2013 einen *Mental Health Action Plan* aufgestellt, der in den Jahren 2013-2020 umgesetzt werden soll. Dort heißt es unter anderem: „Human rights: Mental health strategies, actions and interventions for treatment, prevention and promotion must be compliant with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and other international or regional human rights instruments“ und „Empowerment of persons with mental disorders and psychosocial disabilities: Persons with mental disorders and psychosocial disabilities should be empowered and involved in mental health advocacy, policy, planning, legislation, service provision, monitoring, research and evaluation“ (MHAP 2013, 10). Das bedeutet einerseits, dass die Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung gestärkt werden muss und deren (Menschen-)Rechte auch für psychisch behinderte Personen gelten müssen und andererseits, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aktiv an der Gestaltung der Versorgung ihrer Zielgruppe als Betroffene mitarbeiten sollen. Entgegen der Meinung, dass Empowerment vom Individuum ausgehen muss, das sich nur selbst ermächtigen kann (Knuf 2006), gehe ich davon aus, dass Empowerment auch immer ein Umfeld voraussetzt, das ermöglicht, dass Menschen mit psychischen Behinderungen aktiv mit einbezogen werden. Dieses wird u.a. durch die Stellungnahmen der WHO geschaffen. Wie in den Ansätzen zur relationalen Autonomie dargestellt, ist ein förderliches soziales Umfeld eine wichtige Voraussetzung für Autonomie.

3.2.1 Pathologie versus Lebenswelt

So fällt bei psychischen Erkrankungen die besondere Bedeutung des (sozialen) Umfelds auf, weshalb viele Kritiker eine Psychiatrie fordern, „die nicht um eine zu behandelnde Krankheit zentriert ist, sondern [...] die den Menschen mit psychischen Problemen, der in einem bestimmten sozialen Umfeld lebt, zum Ausgangspunkt nimmt“ (Schramme 2000, 29). Den Fokus weg vom medizinisch geprägten Krankheitsmodell hin zu einem lebensweltlichen Menschenbild zu verschieben und beide Komponenten zu berücksichtigen scheint sinnvoll. Schramme (2000) beschreibt psychische Erkrankungen als „Störungen von grundlegenden menschlichen Fähigkeiten, die uns in die Lage versetzen, erfolgreich mit der Umwelt zu interagieren“ (Ebd., 27). Zudem geht es darum zwischen naturalistischen und normativistischen Krankheitsbegriffen bzw. zwischen Tatsachen und Bewertungen möglichst

genau zu unterscheiden und auf der Basis beider eine Klassifikation vorzunehmen. Wakefield (2012) schlägt daher

„einen hybriden Ansatz vor, dem zufolge es sich bei einer Störung um eine schädliche Dysfunktion handelt. Dabei ist ‚Dysfunktion‘ ein wissenschaftlicher und tatsachenbezogener Begriff aus der Evolutionsbiologie, der anzeigt, dass ein interner Mechanismus, eine natürliche Funktion nicht erfüllt, für die er designt wurde, und ‚schädlich‘ ein Wertbegriff, der auf die Konsequenzen für eine Person Bezug nimmt, die aufgrund der Dysfunktion entstehen und die an soziokulturellen Maßstäben gemessen schlecht sind. [...] Der Begriff der Störung muss eine faktische Dimension haben, um eine klare Abgrenzung von zahllosen anderen ebenfalls als unangenehm bewerteten Zuständen möglich zu machen. Andererseits reichen Tatsachen aber nicht aus: es muss zudem ein Schaden entstehen, und so kommen Werte ins Spiel. Zum Begriff der Störung gehören also Tatsachen und Werte.“ (Ebd., 242f.)

Die Unterscheidung zwischen einem wertfreien und einem wertgeladenen Krankheitsbegriff ist auch in den früheren Schriften von Christopher Boorse zu finden. Krankheit als wissenschaftlicher und theoretischer Begriff (*disease*) ist rein deskriptiv zu verstehen als Beschreibung eines objektiven, pathologischen Zustands während Krankheit als lebensweltlicher Begriff das praxisorientierte Pendant (*illness*) meint, das vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen wertgeladen ist. Die beiden Komponenten des Krankheitsbegriffs – *disease* und *illness* – gehören zusammen: „Psychische Störungen sind demnach nicht rein objektiv, d.h. ohne ein Werturteil zu bestimmen, das entweder dem subjektiven Leidensdruck oder einer gesellschaftlichen Norm entstammt“ (Fuchs 2010, 239).

Die Bewertung der Krankheit durch den Patienten selbst oder durch das gesellschaftliche Umfeld spielt also eine tragende Rolle bei der Bestimmung des Gesundheitszustands. Der Philosoph Thomas Schramme schreibt dazu: „Ich hatte behauptet, daß nicht jeder pathologische Zustand – d.h. nicht jede in wissenschaftlicher Perspektive ausgewiesene Krankheit – auch notwendigerweise negativ bewertet wird. Es gibt Phänomene, die von Medizinern als pathologisch angesehen würden, die den Patienten aber nicht beeinträchtigen und daher von ihm nicht abgewertet werden müssen. Was wir als Beeinträchtigung ansehen, ist meiner Meinung nach abhängig davon, wie wir den Zustand jeweils im Kontext unseres Lebensvollzugs individuell bewerten. Ich bezeichne deshalb die wertende Perspektive auf Krankheitsphänomene als ‚lebensweltliche‘“ (Schramme 2000, 175). Während der Arzt

Experte für die Feststellung des objektiven pathologischen Zustands (disease) ist, liegt die Expertise für die Feststellung von Krankheit im Sinne der lebensweltlichen Perspektive (illness) beim Patienten. Heinz (2014) schließlich betont, dass ein Mensch, der sich durch seine psychotischen Symptome nicht eingeschränkt fühlt, gar nicht erst psychisch krank genannt werden sollte. Andernfalls würde man Gefahr laufen, in einen psychiatrischen Paternalismus zu verfallen.

Es scheint tröstlich zu sein, dass nicht jede Krankheit vom Menschen als negativ erlebt wird. Betroffene weisen unter anderem auf die Bewusstseinsveränderung durch die Krankheit hin, die sie zum Teil in ihrem Leben weitergebracht habe. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass aus therapeutischer Perspektive der positive Umgang mit der Erkrankung gefördert wird, sodass die Patienten wieder ein positives Selbstkonzept aufbauen können. Dieser positive Umgang kann zum Beispiel durch Narration erreicht werden (Frank 1995; Lindemann Nelson 1997; Brody 2003). Die Autoren der narrativen Bioethik gehen davon aus, dass die Persönlichkeit eines Menschen beeinflusst wird durch die Haltung, die ein Mensch zu seiner Krankheitsgeschichte einnimmt. Wie eine Person über ihre Krankheit denkt, spricht, erzählt, prägt ihre Persönlichkeit und macht sie zu dem, was sie ist. So ist es zunehmend selbstverständlicher geworden, dass auch von einer psychischen Krankheit Betroffene an die Öffentlichkeit treten, um etwa über den „Sinn“ ihrer Krankheit zu sprechen (Hansen 2013).

Neben der individuellen Bewertung des pathologischen Zustands durch den Betroffenen im Kontext des Lebensvollzugs enthält auch die Frage nach der Art der Störung der psychischen Funktionsfähigkeit eine sehr individuelle Komponente. „Welche Fähigkeiten wir für unser Leben als wesentlich ansehen, variiert [...] individuell und hängt davon ab, welche spezifischen Interessen und Ziele wir verfolgen“ (Schramme 2000, 124). Der Verlust oder die Dysfunktion von gewissen Fähigkeiten schadet dem Betroffenen mehr oder weniger. Nicht jede Fähigkeit wird als gleich wichtig betrachtet. Martha Nussbaum schlägt eine Liste von Grundfähigkeiten vor, die als Minimalkonzeption des guten Lebens gelte. Unter dieser Schwelle sei kein gutes Leben möglich (1999). Diese Annahme ist jedoch sehr fragwürdig, da ihre starke, vage Konzeption des Guten eine nicht vollständige Liste präsentiert, deren Inhalt für den einen mehr und für den anderen weniger wichtig ist. Ob diese Liste auch für Menschen gilt, die sich – wie viele psychisch Kranke – in Grenzsituationen des Daseins befinden, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

3.2.2 Grenzsituationen des Daseins

Schramme (2000) geht es vor allem um die lebensweltliche Perspektive auf psychische Krankheit, die über die bloße Feststellung eines pathologischen Zustands durch den Arzt hinausgeht. Er schließt damit an die phänomenologische Tradition der kontinentalen Philosophie an, die sich nicht so sehr mit dem Körper, sondern mehr mit dem menschlichen Leib befasst und diesen im Kontext seiner Lebenswelt verortet. „Die Lebenswelt bildet den gemeinsamen Sinn- und Bedeutungszusammenhang, in den wir von frühester Kindheit hineinwachsen. [...] Ebenso ist die selbstverständliche Einbettung in die Lebenswelt in unterschiedlicher Weise bedroht: Krisen der Lebensentwicklung, Entwurzelungen, traumatische Erfahrungen ebenso wie psychische Erkrankungen können ihr den Boden entziehen und zu einer tiefgreifenden Entfremdung [...] führen“, so der Psychiater Thomas Fuchs (2008, 8). Diese Situationen seien in Anlehnung an Karl Jaspers als Grenzsituationen zu verstehen, so Fuchs, die unsere Existenz in Frage stellen und mit denen wir einen Umgang finden müssen.

Besonders bedeutsam ist in diesem Kontext der Umgang mit Leiberfahrungen, die sich in unser Gedächtnis einschreiben und über die wir verfügen können. „Die Einheit von verfeinerter Wahrnehmung und geübtem Handeln ist das, was wir gewöhnlich als die *Erfahrung* bezeichnen, über die jemand verfügt“ (Fuchs 2008, 241). Fuchs stellt seinen Erfahrungs begriff ausführlich dar, indem er zunächst die Elemente von Erfahrung nennt, Erfahrung als implizites Wissen begreift sowie als ganzheitliche Wahrnehmung und einen Bezug zu Intuitionen und Widerfahrungen herstellt, wobei er schließlich auf den Verlust von Erfahrung eingeht, der auf die gesellschaftliche Entwicklung der Gegenwart zurückzuführen ist: „‘Experiment’, ‚Experte‘, ‚Expertise‘ – diese einmal von der persönlichen Erfahrung (lat. *experiencia*) abgeleiteten Begriffe sind heute szientistisch umgedeutet“ (Fuchs 2008, 255). Obwohl der Begriff der Erfahrung, wie ihn Fuchs versteht, sehr einladend ist, reicht er doch nicht aus, um die Erfahrung der Psychiatrie-Erfahrenen in ihrer vollen Dimension zu erfassen, wie ich später anhand der Interviews zeigen werde. Erfahrung kann zur Grundlage kompetenten Handelns werden, wenn sie als gesammeltes Wissen in Form von Expertise genutzt wird (Gruber 1999). Dies wird am Beispiel von Ex-In deutlich, wo die Erfahrung der (ehemaligen) Psychiatriepatienten genutzt wird, um Peers zu unterstützen.

Auch Martha Nussbaum ist an menschlichen Erfahrungsbereichen interessiert und lehnt sich dabei an Aristoteles an. Über ihn schreibt sie: „Er greift einen menschlichen

Erfahrungsbereich heraus, der mehr oder weniger zu jedem menschlichen Leben gehört und in dem jeder Mensch mehr oder weniger *irgendwelche* Entscheidungen treffen und sich in *irgendeiner* Weise verhalten muss“ (Nussbaum 1999, 231). Das richtige Handeln in einem Erfahrungsbereich nennt er Tugend. Tugenden sind laut Aristoteles die Mitte zwischen zwei Extremen, z.B. ist der Tapfere derjenige, der zwischen Feigheit und Tollkühnheit steht. Anschließend an Aristoteles haben Martha Nussbaum und Amartya Sen den *Capabilities Approach* entwickelt, nicht nur um eine Theorie des Guten zu entwickeln, sondern auch um ein Modell zu haben, das Lebensqualität beschreibt und über rein ökonomische Aspekte hinausgeht. Während sich Sen mehr auf die ökonomische Seite des Ansatzes konzentriert, geht es Nussbaum um das gute Leben und die Verwirklichung von Fähigkeiten, die in der Natur des Menschen angelegt sind.

Abhängig von der Gestaltung der Lebenswelt sind auch die Fähigkeiten unterschiedlich, die eine Person entwickeln und ausüben kann. Anknüpfend an Aristoteles entwickelte Martha Nussbaum eine Minimaltheorie des Guten, die auf einer Anthropologie basiert. Diese betrifft zunächst nicht so sehr das Individuum, sondern den Staat. „Die Aufgabe der Regierung ist der aristotelischen Auffassung zufolge erst dann erfüllt, wenn wir alle Hindernisse beseitigt haben, die zwischen diesen Bürger und der vollen Entfaltung seiner Fähigkeiten stehen. Diese Aufgabe wird dann weit hinausgehen über eine Neuverteilung der Ressourcen. Sie wird im Allgemeinen radikale institutionelle und gesellschaftlichen Veränderungen umfassen“ (Nussbaum 1999, 43).

Der Capabilities Approach und das gute Leben bei psychisch kranken Menschen

Dabei geht es vor allem auch um die ausreichende Berücksichtigung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die zum Beispiel in Rawls Theorie der Gerechtigkeit nicht berücksichtigt wurde. Laut Martha Nussbaum und Amartya Sen sollen vor allem die Fähigkeiten der Person, und auch von Menschen mit Behinderung, in den Blick genommen werden: „Immer wieder erwähnt Sen das Beispiel des Behinderten, der einfach mehr Elementargüter benötigte, um ungefähr die Freiheitsfähigkeit zu entwickeln, die ein sog. Nichtbehinderter unter Normalumständen erwarten kann“ (Dabrock 2008, 24). Umstritten ist dabei, ob „eine Theorie und Praxis zusammenwachsende Gerechtigkeitstheorie in der Lage sein soll, intrinsisch und nicht nur via Solidarität oder Barmherzigkeit Behinderte, Kranke und andere vulnerable Personen/ Individuen in den Kreis der originär Anspruchsberechtigten

einschließen zu können“ (Ebd., 27). Barrierefreiheit (*accessibility*) scheint (nicht nur aus Kostengründen) ein unerreichbares aber regulatives Ideal zu sein für Menschen, die mit Beeinträchtigungen (*impairments*) oder Behinderungen (*disability*) leben müssen. Auch aus anderen Gründen fällt die gerechte Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schwer. Ihre besonderen Fähigkeiten und die Voraussetzung für die Entwicklung, den Erhalt und die Anwendung dieser Fähigkeiten sind nur wenigen Menschen bekannt und vertraut. Nussbaum versucht den behinderten Menschen ein Gesicht zu geben, indem sie einzelne Beispiele diskutiert (Jamie, Seisha).

Anders als bei dem Gesellschaftstheoretiker John Rawls geht es Nussbaum nicht um einen gesellschaftlichen Zusammenschluss aus Gründen der gegenseitigen Vorteilnahme, sondern um die „Idee der gleichen Achtung vor der Menschenwürde“ (Nussbaum 2006, 283). Auch wenn es (in vielen Ländern) finanziell abwegig klingt, so fordert Nussbaum im Hinblick auf eine körperbehinderte Person: „Dieser Mensch sollte einfach nicht auf einen Chauffeur oder eine Reihe von Trägern angewiesen sein. Es sollte Rollstuhlgänge zu Bussen und Gehwegen geben, und alle Gebäude sollten Rampen und rollstuhlkompatible Fahrstühle haben. Eine derartige Umgestaltung des öffentlichen Raums ist für die Würde und die Selbstachtung von Menschen mit Beeinträchtigungen wesentlich. [...] Die entscheidende Frage lautet hier nicht, wie viel Geld Menschen mit Beeinträchtigung haben sollten, sondern was sie tatsächlich zu tun und zu sein in der Lage sein sollten. Und wenn wir hier zu einer Antwort gekommen sind, stellt sich die weitere Frage, welche Hindernisse der Realisierung ihrer Fähigkeiten in Tätigkeiten zumindest bis zu einem angemessenen Schwellenwert im Wege stehen“ (Nussbaum 2006, 234).

Die Würde eines Menschen liegt in seinen Fähigkeiten, aufgrund derer er verschiedene Aktivitäten ausüben kann. Doch die Entwicklung dieser Fähigkeiten und die Möglichkeit ihrer Umsetzung sind von äußeren Faktoren abhängig. Im Folgenden soll die Liste am Beispiel von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen diskutiert werden. Die Liste der Grundfähigkeiten des Menschen sei hier noch einmal abgedruckt, um sie besser diskutieren zu können (Nussbaum 1999, S. 57f.)

- **Die Fähigkeit, ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen; nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.**

Studien weisen nach, dass Psychopharmaka und insbesondere Neuroleptika die Lebenszeit verkürzen. Außerdem kann auch durch die psychische Erkrankung das Leben verkürzt sein (z.B. riskanter oder ungesunder Lebensstil oder gar Suizid).

- **Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen; sich angemessen zu ernähren; eine angemessene Unterkunft zu haben; Möglichkeiten zu sexueller Befriedigung zu haben; sich von einem Ort zu einem anderen zu bewegen.**

Eine psychische Beeinträchtigung bedeutet immer eine Einschränkung der Gesundheit. Die Ernährung ist aufgrund der Nebenwirkungen vieler Psychopharmaka unbefriedigend (Appetitsteigerung, Gewichtszunahme). Menschen mit psychischen Erkrankungen haben oft Probleme eine bezahlbare Wohnung zu finden (Grüber 2015, 115) und sind daher anders und oft unbefriedigend in Einrichtungen untergebracht. Viele psychisch kranke Menschen haben keine eigene Familie gegründet und keinen Partner, mit dem sie gesellschaftlich akzeptierten Geschlechtsverkehr haben können. Die Mobilität vieler psychisch Kranker ist eingeschränkt, weil sie nicht über die Mittel für Auto, Bus und Bahn verfügen. Gibt es einen Betreuer, so kann dieser unter Umständen über den Aufenthalt bestimmen.

- **Die Fähigkeit, unnötigen Schmerz zu vermeiden und friedvolle Erlebnisse zu haben.**
Viele Psychiatrie-Erfahrene haben Gewalt in der Psychiatrie erlebt, deren Sinn sie nur schwer nachvollziehen können. Häufig werden Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung genannt, doch die Mittel, diese abzuwenden bestehen mitunter in unnötiger Gewalt, z.B. wenn die Gefahr, die vom Einzelnen ausgeht, überschätzt wird.

- **Die Fähigkeit die fünf Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu urteilen.**

Diese Fähigkeit kann bei psychisch kranken Menschen eingeschränkt sein, z.B. durch die Krankheitssymptome aber auch durch die Medikamente. Gerade die Urteilsfähigkeit ist in akuten Phasen eingeschränkt.

- **Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unser selbst zu haben; diejenigen zu lieben, die uns lieben und für uns sorgen, und über ihre Abwesenheit traurig zu sein; allgemein gesagt: zu lieben, zu trauern, Sehnsucht und Dankbarkeit zu empfinden.**

Obwohl viele psychisch kranke Menschen dazu in der Lage sind zu lieben, zu trauern, Sehnsucht und Dankbarkeit zu empfinden, gibt es doch bei manchen auch

Einschränkungen und Beeinträchtigungen in der Gefühlsqualität und in der Beziehung zu anderen (auch nahestehenden) Menschen.

- **Die Fähigkeit, sich eine Vorstellung vom Guten zu machen und kritisch über die eigene Lebensplanung nachzudenken.**

Bei manchen Krankheitsbildern, z.B. mit paranoider Symptomatik, fällt es den Patienten schwer, an das Gute zu glauben. Stattdessen fühlen sie sich bedroht und in einer feindseligen Umgebung. So ist es auch schwierig sinnvoll über die eigene Lebensplanung nachzudenken.

- **Die Fähigkeit für andere und bezogen auf andere zu leben, Verbundenheit mit anderen Menschen zu erkennen und zu zeigen, verschiedene Formen von familiären und sozialen Beziehungen einzugehen.**

Obwohl die meisten psychisch Kranken familiäre und soziale Beziehungen haben, fehlt ihnen zum Teil die Fähigkeit sich auf den Anderen einzulassen. Viele psychisch Kranke sind sehr isoliert.

- **Die Fähigkeit, in Verbundenheit mit Tiere, Pflanzen und der ganzen Natur zu leben und pfleglich mit ihnen umzugehen.**

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben grundsätzlich diese Fähigkeit, doch oft sind die Möglichkeiten begrenzt, z.B. weil sie sich kein eigenes Tier oder einen Zoobesuch oder eigene Zimmerpflanzen leisten können oder nicht die Fähigkeit und/ oder Möglichkeit haben, sie verlässlich zu pflegen.

- **Die Fähigkeit, zu lachen, zu spielen und Freude an erholsamen Tätigkeiten zu haben.**

Gerade bei depressiven Patienten kann diese Fähigkeit eingeschränkt sein und ein Workaholic wird sich nicht an erholsamen Tätigkeiten erfreuen können.

- **Die Fähigkeit, sein eigenes Leben und nicht das von jemand anderem zu leben.**

Auch diese Fähigkeit ist eingeschränkt, etwa wenn ein Mensch mit psychischer Erkrankung kein ausreichendes Identitätsgefühl entwickelt hat.

- **Die Fähigkeit, sein eigenes Leben in seiner eigenen Umgebung und seinem eigenen Kontext zu leben.**

Bei Zwangsunterbringung in einer (psychiatrischen) Einrichtung ist dies nicht möglich.

Dieses sind laut Nussbaum die Minimalkriterien für ein gutes Leben. Unterhalb dieser Schwelle ist kein gutes Leben möglich. Wie deutlich wird, sind viele der Fähigkeiten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Dennoch muss gewährleistet werden, dass diese Menschen ein gutes Leben in Würde führen können.

So fragt Borbé (2013) im Hinblick auf die Behandlung psychisch Kranker: „Ist es menschenwürdiger die Autonomie eines Menschen allumfassend zu beachten, auch wenn dieser sich in einem Zustand befindet, in dem er seinen Willen nicht mehr frei bestimmen kann (und für diesen Fall z.B. eine Patientenverfügung verfasst hat)? Oder ist es menschenwürdiger den Patienten ggf. auch gegen seinen Willen wieder in einen Zustand zu bringen, in dem er den Willen frei bestimmen, in dem er autonom handeln kann?“ (Ebd., 200) Natürlich muss hier ergänzt werden, dass nicht alle Mittel zulässig sein dürfen, um den Patienten wieder autonom zu machen bzw. dass fraglich ist, ob ein Patient dann autonom ist, wenn ihm von außen (z.B. von den behandelnden Ärzten) Autonomie zugeschrieben wird, z.B. weil sich der Patient *compliant* verhält.

Nida-Rümelin (2009) weist auf den engen Zusammenhang von Menschenwürde und Demütigung hin. Voraussetzung für Demütigungen – so Nida-Rümelin – ist die Selbstachtung von Personen. „Individuen, die zur Selbstachtung fähig sind und die damit gedemütigt werden können, zeichnen sich dadurch aus, dass sie für ihr eigenes Tun Verantwortung übernehmen können, das heißt, dass sie im Stande sind Gründe abzuwägen, ihr Tun sich selbst und anderen gegenüber zu rechtfertigen. [...] Man könnte dies auch so formulieren: Die Verletzung der Menschenwürde bedroht den Status des Individuums als Person, als freien verantwortlichen Akteur“ (Ebd., 242). Es stellt sich die Frage, inwieweit Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Selbstachtung fähig sind. Durch (Selbst-)Stigmatisierung und Diskriminierung wird die Selbstachtung mit Sicherheit bedroht oder eingeschränkt. Zudem stellt die Diagnose einer psychischen Erkrankung und ihre Behandlung oft eine (persönliche) Kränkung oder gar eine Demütigung dar. Wie soll man vor einem Menschen Achtung haben, dem gewisse Eigenschaften und Fähigkeiten zu- bzw. abgesprochen werden, z.B. die Fähigkeit zu logischem Denken? Damit verwandte sozialpsychiatrische Konzepte wie Stigma und Kränkung werden im nächsten Kapitel behandelt.

4 Sozialpsychiatrische Konzepte

4.1 Empowerment

Die Förderung von Autonomie im Kontext der Sozialpsychiatrie trägt im Wesentlichen den Titel „Empowerment“. Mit diesem Begriff ist die Selbstermächtigung oder Selbstbefähigung des Patienten gemeint, der sein Leben so weit es geht selbst in die Hand nimmt und nach

seinen „Kräften“ und „Fähigkeiten“ handelt. Der Patient soll weitgehend die Kontrolle über sich und sein Leben haben, um stabil zu sein und zu bleiben und aus dieser gestärkten Position heraus mit seinen Krankheits- und Psychiatrie-Erfahrungen umgehen zu können. „In der Psychiatrie steht der Begriff ‚Empowerment‘ für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben – sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene“ (Knuf, Osterfeld, & Seibert, 7). Vor allem werden die Ressourcen und Potenziale des Einzelnen gesehen und nicht so sehr seine Mängel und Fehler. „Ressourcenorientiert zu arbeiten bedeutet [jedoch] nicht, Defizite zu verleugnen. Klienten kommen auf Grund ihrer Defizite zu uns und nicht auf Grund ihrer Fähigkeiten“ (Knuf 2006, 17).

Während in akuten Krisensituationen die Möglichkeit und Fähigkeit zu selbstbestimmten Handeln bei psychisch Kranken nur eingeschränkt gegeben ist, bezieht sich Empowerment vor allem auf den langfristigeren Umgang mit der Erkrankung. Es richtet sich (nicht nur) an die Menschen, „die von sich aus ein Interesse an der persönlichen Befähigung haben. Verständlicherweise hat eine solche Förderung zunächst bei jenen Menschen begonnen, die eine partnerschaftliche Behandlung, Selbstbestimmung und Teilhabe einforderten. Aufgabe professionell Tätiger ist es, diesen Menschen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, sie beim Nutzen ihrer Selbsthilfemöglichkeiten zu begleiten und ihnen die von ihnen eingeforderte nutzerorientierte Behandlung anzubieten“ (Knuf 2006, 9). Die Zielgruppe, die von Empowerment profitiert ist größer, denn auch im psychosozialen und nicht nur im sozialpsychiatrischen Bereich gehört Empowerment zu den Grundpfeilern einer ressourcenorientierten Praxis. „Eine Empowerment-Perspektive bedeutet vor diesem Hintergrund keine idealistische Haltung, sondern meint verstärkte Anstrengungen, Betroffenen Werkzeuge an die Hand zu geben, um mit diesen gegenwärtigen Anforderungen zurechtzukommen und ein Mindestmaß an Eigenständigkeit zu behalten“ (Rahn 2011, 434).

Es verwundert daher nicht, dass vielen Betroffenen das Konzept „Empowerment“ bekannt ist und auch von Betroffenenseite eine Definition des Konzepts vorgelegt wurde (Chamberlin 2006), an deren erster Stelle die „Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (Ebd., 23) steht. Des Weiteren gehört dazu der „Zugang zu Informationen und Ressourcen“ sowie „[ü]ber Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann“ (Ebd.). „Durchsetzungsfähigkeit“ und „[d]as Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können“ sowie „kritisch denken zu lernen, Konditionierungen zu durchschauen und

abzulegen, einen neuen Blick auf die Dinge einzuüben“ und nicht zuletzt „Wut erkennen und äußern lernen“ (Ebd., 24) gehören ebenso zum Empowerment-Konzept, wie es Judy Chamberlin vorstellte. Drei weitere Punkte sind „[s]ich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen“, „[z]u der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat“ und „Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken“ (Ebd., 25). Schließlich gehört zum Empowerment-Konzept „[n]eue Fähigkeiten zu erlernen, die der Betroffene für wichtig hält“, „die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und – fähigkeit zu korrigieren“, das „Coming-out“, „ein niemals abgeschlossener, selbst gesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung“ sowie „sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden“ (Ebd., 26f.).

Die Ansprüche, die durch das Empowerment-Konzept an den Betroffenen gestellt werden, sind hoch. Es gehe unter anderem um einen Perspektivenwechsel, um einen Wechsel der Haltung auf beiden Seiten, der der Betroffenen und der der Profis. „Aus ohnmächtigen Hilfeempfängern werden Menschen mit eigener Meinung, die nicht länger nur auf die Hilfe von außen vertrauen (müssen). Aus (omni)potenten Helfern werden Berater und Förderer eines zunehmenden Emanzipations- und Partizipationsprozesses“ (Ebd., 8). Ob die Ansprüche, die durch Empowerment an die Betroffenen und an die Profis gestellt werden, eingelöst werden können, muss offen bleiben. Es macht durchaus Sinn von „Empowerment-Schüben“ zu sprechen, wie es eine Ex-In Teilnehmerin in einem der von Bettina Jahnke gesammelten Interviews tut: „Ein Empowermentschub ist etwas anderes. Er bedeutet für mich einen echten Erkenntnisgewinn und die Erfahrung und Gewissheit, dass ich danach eigenmächtiger, unabhängiger und mutiger bin als davor“ (Jahnke 2012, 24). Ein anderer Teilnehmer erklärt, dass ihm kaum Profis beim Empowerment geholfen haben, dafür umso mehr seine Familie: „Die wichtigste Person für mein Empowerment und für meinen Recoveryweg ist aber ohne Zweifel meine Tochter. Für sie möchte ich eine Vorbildfunktion erfüllen. Und später werde ich ihr einmal schlüssig erklären können, warum ich einst krank wurde und wie ich danach wieder gesund geworden bin“ (Jahnke 2012, 40). Ein weiterer Ex-In Teilnehmer nennt die große Bedeutung der Wiedereingliederung in seine Arbeit als Empowermentschritt: „Die neue Arbeit war finanziell zwar völlig unattraktiv für mich, weil ich drei bis vier Stunden für Tätigkeiten benötigte, die ich zuvor in dreißig Minuten erledigt hatte. Aber diese Arbeit hat mir wieder Anerkennung gebracht. Ich hatte wieder Kontakte zu Kollegen. Ich konnte mich in vielen kleinen Schritten ganz langsam wieder an meine frühere Leistungsfähigkeit herantasten“ (Jahnke 2012, 164). Bei Empowerment handelt es sich um

ein sozialpsychiatrisches Konstrukt, das sowohl von Profis als auch von Betroffenen (insbesondere aus der Selbsthilfe) für die Praxis nutzbar gemacht wird. Es hilft, die Kränkung des Patienten, die häufig mit einer psychiatrischen Diagnose einhergeht sowie die Stigmatisierung von Betroffenen zu reduzieren und Menschen mit psychischen Erkrankungen (wieder) zu selbstverantwortlichen Akteuren zu machen.

4.2 Kränkung und Stigma

Anstatt von Krankheiten (möglichst neutral) als Dysfunktionen zu sprechen, ist es möglich, „psychische Erkrankungen grundsätzlich als allgemein-menschliche Ausdrucksmöglichkeiten für bestimmte Problemsituationen anzusehen“ (Dörner et al. 2013, 20). Häufig werden psychisch kranken Menschen (aufgrund ihrer Diagnose) Eigenschaften zugeschrieben, mit denen sie sich nicht identifizieren können und denen sie nicht entsprechen (vgl. Amering 2012, 229). Dies geht über eine bloße Beschreibung der Dysfunktion, z.B. der Beziehung zu sich selbst oder im medizinischen Modell des Stoffwechsels, hinaus. Menschen mit psychischen Erkrankungen wird oftmals ein pathologisches Verhalten unterstellt, das der Betroffene so nicht gezeigt oder intendiert hat. Dies geschieht vor allem, weil es viele Vorurteile und Diskriminierungen gibt. „Vorurteile führen oft zu einer veränderten Sichtweise einer Person und beinhalten die Gefahr, dass diese aufgrund ihres Aussehens, Verhaltens oder ihrer Ansichten stigmatisiert wird“ (Custodis & Steger 2007, 51). Dazu kommt „die Differenzerfahrung des kranken Menschen: Er erlebt sich als anders – etwa im Vergleich zu früher oder aber im Vergleich zu anderen“ (Steger & Seidel 2007, 33). Die Macht, die eine Diagnose als Zuschreibung hat, kann nicht überschätzt werden. Die anthropologische Psychiatrie versucht daher den „Patienten mit adäquaten Kategorien zu beschreiben“ (Moldzio 2014, 74).

Aufgrund von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung fällt es vielen Betroffenen schwer ein Leben in Würde zu führen und ausreichen Selbstwert aufzubauen, um autonom zu handeln (Knuf 2006, 65ff.; Amering 2012, 225ff.). Wie bereits vor vielen Jahren nachgewiesen, kann die Diagnose leicht als „Etikett“ verwendet werden, das den psychisch kranken Menschen benachteiligt. „By definition, of course, we believe the person with a stigma is not quite human. On this assumption we exercise varieties of discrimination, through which we effectively, if often unthinkingly, reduce his life chances“ (Goffman 1986, 5). Die Bedrohung einer kranken Person durch seine Umwelt muss also berücksichtigt werden, wenn es um

die Rechte psychisch kranker Menschen auf Selbstbestimmung geht. Die Menschenwürde muss selbstverständlich auch auf all diejenigen angewendet werden, die von einer psychischen Krankheit bedroht sind, unter ihr leiden oder sie zugeschrieben bekommen. Genau dies besagt die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Ein Leben in Würde zu führen bedeutet, dass Grund- und Menschenrechte geachtet werden. Es bedeutet auch, dass Fähigkeiten wahrgenommen, erhalten und gefördert werden. Dazu gehört auch, dass die „beschädigte Identität“ (Goffman 1986) des Kranken, der unter Umständen tiefgreifende Erfahrungen mit seiner Krankheit und/ oder mit der Behandlung gemacht hat, wieder heil wird. „Stigmatisierung und Diskriminierung behindern Gesundungsprozesse“ (Knuf 2006, 65) und müssen daher überwunden werden.

Ein Leben mit der Krankheit kann entweder offen geführt werden oder verdeckt. Ob es die bessere Lösung ist die Krankheit zu verstecken oder sie aufzudecken, muss individuell entschieden werden. Goffman (1986) beschreibt die Geheimhaltung als eine unangenehme Erfahrung, bei der der ehemalige Psychiatriepatient „falsch“ behandelt wird: „[I]t is not that he must face prejudice against himself, but rather that he must face unwitting acceptance of himself by individuals who are prejudiced against persons of the kind he can be revealed to be. Wherever he goes his behavior will falsely confirm for the other that they are in the company of what in effect they demand but may discover they haven't obtained, namely a mentally untainted person like themselves. By intention or in effect the ex-mental patient conceals information about his real social identity, receiving and accepting treatment based on false suppositions concerning himself“ (Ebd., 42). Den ehemaligen Psychiatriepatienten wie „einen von ihnen“ zu behandeln ist ein „Versehen“. Hätten die jeweiligen Personen die Informationen über den ehemaligen Psychiatriepatienten, würden sie nicht darüber „getäuscht“ werden, dass es sich nicht um „einen von ihnen“ handelt. Sie würden dann einen Unterschied machen in der Behandlung der anderen Person, weil sie von seiner „beschädigten Identität“ wüssten.

Gerade das Zurechtkommen mit dieser „beschädigten Identität“ vereint Psychiatrie-Erfahrene und macht sie trotz ihrer Vielfalt zu Vertretern *einer* Gruppe. „For example, every ex-mental patient must face having formed in the hospital some acquaintances who may have to be greeted socially on the outside, leading a third person to ask ‘Who was that?’ More important, perhaps, he must face the unknown-about knowing, that is persons who can personally identify him and will know, when he does not know they know, that he is ‘really’ an ex-

mental patient.” (Goffman 1986, 67). Um sich selbst zu schützen vor den Reaktionen, Vorurteilen und Einstellungen der Menschen, halten viele Betroffene ihre Krankheit geheim. Jedoch ist dies nicht einfach und zum Teil unmöglich oder unerwünscht, wenn sie in Psychiatrie-Erfahrenen Vereinen mitarbeiten oder eine Ausbildung zum Ex-In Genesungsbegleiter (Jahnke 2012) machen. Die Öffentlichkeit über psychische Krankheiten zu informieren und Betroffene als Menschen mit anerkannten sozialen Rollen (vgl. Grüber 2015, 117) in die Öffentlichkeit zu bringen, zählt zu den Aufgaben der Angehörigen- und Betroffenenarbeit und hilft ein menschenwürdiges Leben für Betroffene zu unterstützen.

4.3 Trialog

In der sozialpsychiatrischen Arbeit treffen in der Regel drei Gruppen aufeinander. Die der Betroffenen, der Angehörigen und der Profis. Den Betroffenen geht es in erster Linie um die Stärkung ihrer Rechte, die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und das öffentliche Sprechen über die Zustände in der sowie über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Psychiatrie. Die Angehörigen setzen sich indirekt für die Rechte der Betroffenen ein, vertreten aber auch ihre eigenen Interessen, zu denen häufig gehört, dass Betroffene einen Umgang mit ihrer Erkrankung finden (entweder durch (medikamentöse) Behandlung oder durch Maßnahmen der Psychoedukation). Die Interessen der Angehörigen unterscheiden sich auch je nach Rolle (Eltern psychisch kranker Kinder, Partner, Geschwister, Kinder psychisch kranker Eltern etc.) Schließlich gibt es die Menschen, die professionell im Bereich der Sozialpsychiatrie tätig sind. Ihre Aufgaben und Interessen ergeben sich zum Teil aus ihrer Profession (Therapeut, Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge, Krankenpfleger) und sind zum Teil professionsübergreifend. Sie können sich auf die ambulante oder auf die stationäre psychiatrische Versorgung beziehen oder an deren Schnittstelle liegen.

Die Idee des Trialogs, eines regelmäßigen Zusammentreffens von Betroffenen, Angehörigen und Profis im Rahmen einer (psychoedukativen) Veranstaltung, nämlich den Psychose-Seminaren, ist 1990 in Hamburg entstanden: “[t]he first psychosis seminar was organized in Hamburg, Germany, in 1990” (Bock & Priebe 2005, 1441). Die Betroffene Dorothea Buck, die den Holocaust überlebte und der Psychologe Thomas Bock übernahmen die Organisation der Veranstaltung. Diese Seminare existieren in ganz Deutschland und sind trialogisch konzipiert: psychose-erfahrene Menschen, ihre Angehörigen und Profis aus dem psychiatrischen Bereich kommen zu den Treffen und diskutieren über Psychosen aus

unterschiedlichen Perspektiven: “[I]n psychosis seminars all participants meet with equal entitlements and without any formal responsibilities” (Ebd.). Sich auf Augenhöhe zu begegnen ist gerade im stark hierarchisch geprägten System der Psychiatrie nicht einfach. So können Themen wie medikamentöse Behandlung, Nebenwirkungen, Zwangsbehandlung, Vorsorge, Stigmatisierung und viele andere mehr aus verschiedenen Perspektiven diskutiert und unter Umständen für die sozialpsychiatrische Praxis fruchtbar gemacht werden.

Die Psychose-Seminare sind ein wichtiges Vorläufer-Modell der Ex-In Bewegung (experienced involvement), die wiederum stark von der Empowerment und der Recovery Bewegung geprägt ist. Das neue Bewusstsein, das durch diese Bewegungen entstand führte zu mehr Emanzipation, Selbstbestimmung und zu einem neuen Selbstbewusstsein unter Betroffenen. In Neuseeland, Kanada und Schottland und in Teilen der Vereinigten Staaten ist die Recovery-Bewegung sehr einflussreich gewesen in den letzten Jahren. Bei Recovery geht es um den Wandel den Betroffene durchmachen, während sie krank sind und ihren Weg zur Genesung. Neue Definitionen von Krankheit und Gesundheit werden benötigt, um Recovery zu erklären und ernst zu nehmen. Die Polarisierung zwischen “krank” und “gesund” muss aufgehoben werden. Es sei weit wichtiger Hoffnung unter den Psychiatrie-Erfahrenen zu verbreiten anstatt sie als unheilbar krank zu definieren.² Die Recovery- und die Empowerment-Bewegung fördern die Autonomie der Betroffenen unter anderem indem sie die Partizipation fördern und die (Psycho-)Edukation der Betroffenen. Hierarchische Beziehungen zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen werden abgelehnt ebenso wie eine starke anti-psychiatrische Haltung, die weder Betroffenen noch Profis nützt. Ein Fokus liegt auf der Peer-to-Peer Arbeit zwischen Menschen, die selbst Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht haben.

4.4 Ex-In

Neben den klassischen Selbsthilfe-Gruppen, die etwa zur gleichen Zeit entstanden sind, in der auch der Trialog entstanden ist, gibt es weitere Möglichkeiten für Psychiatrie-Erfahrene sich auszutauschen. Manche gehen mit ihren persönlichen Krankheits- und Psychiatrie-Erfahrungen an die Öffentlichkeit, publizieren diese sogar (etwa Hansen 2013; Prins 2010),

² Eine Gegenposition vertritt Langegger 1983, S. 26.

andere gehen damit vorsichtiger um oder verschweigen ihre Krankheit und die Behandlung, die sie erfahren haben. Beide Möglichkeiten sind rechtlich zugelassen, doch gesellschaftlich unterschiedlich anerkannt. Für viele ist der offene Umgang mit psychischen Erkrankungen noch gewöhnungsbedürftig. Mit der Publikation der persönlichen Erfahrungen können im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt werden: 1) Eine persönliche Verarbeitung des Geschehenen, also eine therapeutische Funktion, die dem Betroffenen auf dem Weg seiner Genesung helfen kann oder 2) das Ziel der Öffentlichkeitsarbeit, bei dem die „breite“ Bevölkerung über die Zustände in der Psychiatrie und die Situation der Betroffenen aufgeklärt werden soll.

Betont man die letztere Funktion, so geht es auch um Partizipation (Nolde 2015), denn durch das öffentliche Schreiben oder Sprechen über die Zustände in der Psychiatrie oder die Situation der Betroffenen werden Veränderungen im System bewirkt. Die schriftlich fixierten Erfahrungen fließen mit ein in die Gestaltung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. „Der sozialpsychiatrische Entwurf einer auf Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichteten Versorgungslandschaft berücksichtigt zunehmend die Forderung nach Partizipation der Patienten und Klienten sowie der Angehörigen“ (Nolde 2015, 308).

So wurde in den letzten Jahren ein Curriculum entwickelt und umgesetzt, in dem es um die Ausbildung von Betroffenen zu Erfahrungsexperten geht (Utschakowski, Sielaff, & Bock 2009). Ex-In bedeutet *experienced involvement* und meint das Einbeziehen von Erfahrungen. Das Curriculum wurde in einem europaweiten Projekt (Leonardo DaVinci Pilotprojekt) vor allem in den Jahren 2005-2007 entwickelt. Es besteht aus zwei Modulen, einem Basis- und einem Aufbaumodul. Während es im Basismodul um das Ich-Wissen geht, also die persönlichen Erfahrungen, die mit der Psychiatrie gemacht wurden, geht es im Aufbaumodul um das Wir-Wissen: „[E]s geht darum einen gemeinsamen Erfahrungshorizont zu erschließen, denn neben einem individuellen Sinn lohnt sich auch die Suche nach einem kollektiven Sinn von psychischen Grenzsituationen, die uns gemeinhin als Störungs- und Krankheitsbilder erscheinen“ (Jahnke 2012, 14). Die Ausbildung soll dazu befähigen in der Peertätigkeit eingesetzt zu werden. Es werden zunehmend Stellen geschaffen, die mit Ex-Inern besetzt werden. Diese Stellen sehen sehr unterschiedlich aus, da auch die einzelnen Ex-Inler sehr unterschiedliche Profile ausweisen, abhängig von ihrer Ausbildung, ihrer Erkrankung, ihrer Arbeitsfähigkeit, ihrem sozialen Status, ihrem Alter etc.

Die Ausbildung zum Ex-In Genesungsbegleiter geht unter anderem auf den schon von der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bekannten Gedanken zurück, dass „[b]ehinderte Menschen

[...] am besten [wissen], was behinderte Menschen brauchen“ (Mürner & Sierck 2015, 35). Die Unterstützung von Peers durch Peers ist also ein älterer Gedanke, der gerade in der Arbeit mit süchtigen Klienten Anwendung fand und jetzt auch auf Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen angewendet wird. Doch bei Ex-In geht es neben der Unterstützung, die sich die Peers untereinander geben können, um mehr als nur Selbsthilfe. Die curricularen Inhalte sind anspruchsvoll ebenso wie die Erwartungen, die an die Teilnehmer gestellt werden (etwa zwei Praktika, ein Portfolio etc.). Zu den Modulen zählen Salutogenese, Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Recovery, Trialog, Selbsterforschung, aber auch allgemeinere Themen wie Assessment, Fürsprache, Beraten und Begleiten, Krisenintervention oder Lehren und Lernen. Erwachsene psychisch Kranke werden also ausgebildet, Experten in eigener Sache zu werden, wobei das Fachwissen, das sie in der Ausbildung mit auf den Weg bekommen zusammen mit den Einblicken in die Praxis durch die Praktika sie zu beruflichem Handeln befähigen sollen. Zur Wirksamkeit der Peer-Projekte in mehrere Richtungen wurden vor allem in den letzten Jahren mehrfach Studien vorgelegt (Davidson et al. 2012; Mahlke et al. 2014; Moran et al. 2012; Repper & Carter 2011).

Utschakowski (2009), einer der Koordinatoren des EX-IN Projektes in Deutschland, erklärt, dass Menschen, die selbst Psychiatrie-Erfahrung gesammelt haben, gut unterscheiden können, was ihnen geholfen und was ihnen nicht geholfen hat auf ihrem Weg zur Genesung. Daher könnten diese Menschen unter bestimmten Bedingungen Hoffnung und Ratschläge weitergeben an Personen, die in ähnlichen Situationen sind. Der niederländische Forscher Van Haaster (2009) argumentiert, dass das Wissen aus der Erfahrung genauso wichtig ist wie das Wissen der Profis aus der akademischen Ausbildung. Ihm zufolge ist der wichtigste Aspekt des Erfahrungswissens die Authentizität, weil authentische Menschen die Kraft haben zu überzeugen. Die österreichische Professorin Michaela Amering (2009) betont, dass es nur wenig Forschung gibt über die Mitbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen bei ihrer Behandlung und Versorgung. Es gebe viel Widerstand von Seiten der Profis mit Psychiatrie-Erfahrenen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Amering formuliert eine lange Liste von Einwänden und Hindernissen (Ebd, 60ff). Sie diagnostiziert, wie voreingenommen viele Profis sind, da sie keine Erfahrung aus erster Hand mit der psychiatrischen Erkrankung besitzen. Sie weist auf die Psychiatriepolitik in Großbritannien hin, wo Psychiatrie-Erfahrene immer mit einbezogen werden bei Entscheidungen. Schließlich erklärt sie, dass mehr und mehr Forscher, die im Bereich der Psychiatrie tätig sind, eine „doppelte Identität“ hätten als psychisch Kranke und Profis (Ebd., 67). Experienced Involvement scheint ein

vielversprechender Weg zu sein für psychisch Kranke “to overcome physical, educational, and cognitive barriers that impair executive autonomy and helps them to carry out tasks associated with the management of their chronic conditions” (Naik et al. 2009, 3).

4.5 Open Dialogue

Eine weitere Möglichkeit, wie die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen gefördert werden kann wird derzeit in Westlappland (Finnland) umgesetzt. Sie trägt die Bezeichnung „Open Dialogue“. Dieses Projekt arbeitet ebenfalls mit der Psychiatrie-Erfahrung, allerdings überwiegend mit der Erfahrung der Profis, die beschlossen haben die hierarchischen Strukturen des stationären Settings zu durchbrechen, um mit den Familien, die ein psychose-erkranktes Mitglied haben, in Dialog zu treten. Im Rahmen des Open Dialogue Projekts gehen Krankenpfleger, Therapeuten und andere Profis in die Familien und arbeiten in einem ambulanten, aufsuchenden Setting. Sie treffen die Kranken in ihrer gewohnten Umgebung und arbeiten dort mit ihnen. Als Team führen sie – gemäß systemischem Vorbild – Gespräche über den Kranken im Beisein des Kranken (und seiner Familie). So kann jeder an den Gesprächen partizipieren und verschiedene Lösungen können diskutiert werden. Da die meisten Patienten nach ihre ersten psychotischen Krise wieder genesen und kaum Rückfälle haben, ist die Behandlung in einem Krankenhaus oft nicht nötig. So wird Autonomie gefördert, indem (unnötige) Klinikaufenthalte vermieden werden. Auch das Label “chronisch psychisch krank” oder die Diagnose “Schizophrenie” können so vermieden werden. Letztere könnten negative Auswirkungen auf das Privat- und Berufsleben des Betroffenen haben.

Studien über die Wirksamkeit des Open Dialogues zeigen, dass diese Methode seit ihrer Einführung in den 80er Jahren besonders bei Patienten mit Erstpsychosen erfolgreich ist (Aaltonen, 2011; Seikkula, Alakare, & Aaltonen 2011) (Daten stammen aus den Jahren 1985-2005). Die positiven Ergebnisse sind auf die Tatsache zurückzuführen, dass ein neues Behandlungssystem sowie eine neuen Mitarbeiterprogramm einführt wurden in den späten 80er Jahren, die als Ausgangspunkt die Hauptprinzipien des bedürfnisorientierten Ansatzes nahmen, die von Alanen und seinem Team seit den 60er Jahren entwickelt worden waren: “The goal has been to develop a comprehensive, psychotherapeutically oriented model of treatment for (in particular) first-contact schizophrenic patients within the psychiatric public health sector” (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen 2011, 179). Obwohl Alanen und sein Team sich auf Patienten mit Erstpsychosen spezialisiert haben, wurde der bedürfnisorientierte

Ansatz modifiziert und erweitert im Open Dialogue Projekt “to provide family- and network-centered intensive treatment for all psychiatric patients” (Ebd., 180). Die Prinzipien des Open Dialogue Ansatzes wurden von Aaltonen et al. (1997) und in einem Film von Daniel Mackler et al. (2011) zusammengefasst. Unter ihnen sind sofortige Hilfe (“immediate help”), Verantwortung (“responsibility”), Toleranz gegenüber Ungewissheiten (“tolerance of uncertainty”), offener Dialog (“open dialogue”) und wachsendes soziales Kapital und gegenseitiges Vertrauen (“increasing social capital and mutual trust”) (Aaltonen et al. 2011, 182).

Die theoretischen Grundlagen zum “Open Dialogue” wurden von Seikkula & Olsen (2003) sowie von Seikkula (2008, 2011) dargelegt. Obwohl der Ausgangspunkt des „Open Dialogue“-Ansatzes in der systemischen Mailänder Familientherapie liegt, die viel Wert auf kommunikative Abläufe legt, wurde dieser ausgebaut in Richtung einer netzwerkbasierten Therapie: “Open Dialogue is oriented toward the outer, social dialogue but makes a more formal use of the network” (Seikkula & Olsen, 2003). Die therapeutischen Treffen des „Open Dialogue“ sind stark beeinflusst vom Reflecting Team-Gedanken und einem Ansatz von kollaborativen Sprachsystemen: “define[d] a way of knowing where the client is the expert and the professional is the learner” (Anderson & Goolishian 1992). Dialogizität und die Polyphonie von Stimmen, die zur Sprache kommen, sind das Herzstück des „Open Dialogue“-Ansatzes: “The therapeutic aim is to develop a common verbal language for the experiences that otherwise remain embodied within the person’s psychotic speech and private, inner voices and hallucinatory signs. [...] The crisis becomes the opportunity to make and remake the fabric of stories, identities, and relationships that construct the self and the social world” (Seikkula & Olsen 2003, 409). Seikkula (2011) betonte die Unterschiede zwischen der systemischen Familientherapie und dem “Open Dialogue”: “[I]n generating open dialogue we aimed at having all the different voices being heard, without any idea whether they had a function in the family system. Thus the intervention was not to initiate change in family interaction, but to generate new words and narrate new happenings” (Ebd., 183).

Wie in diesem Kapitel gezeigt, kann durch einen Abbau von Stigmatisierung, durch Trialog und Empowerment sowie durch die Einbeziehung von Betroffenen (Ex-In) und der Ambulantisierung von Hilfen (etwa „Open Dialogue“) eine Förderung von Autonomie bei Psychiatrie-Erfahrenen erreicht werden. Dies zeigten auch die Aussagen der 33 Probanden (Betroffene, Angehörige und Professionelle im psychiatrischen Bereich), wie sie in der Interviewstudie gesammelt wurden.

II Empirischer Teil

Obwohl philosophische Konzepte wie Autonomie, Paternalismus, Informierte Einwilligung und Vertrauen Ausgangspunkt dieser Arbeit sind, denke ich, dass semi-strukturierte Interviews mit psychisch kranken Menschen, deren Angehörigen und Profis im Bereich der Sozialpsychiatrie die beste Möglichkeit sind, mehr darüber herauszufinden, wie Autonomie in der Psychiatrie gefördert werden kann. Problemzentrierte Interviews bieten eine Möglichkeit verschiedene Ansätze zu diskutieren, wie Autonomie in der Psychiatrie gefördert werden kann. Neue Theorien zu entwickeln und bestehende Theorien zu verifizieren soll das Ziel der vorliegenden Arbeit sein. Dabei wird die Dokumentarische Methode der Interpretation (Bohnsack 2014; Nohl 2009) bei der Datenanalyse zum Einsatz kommen. Vor allem wenn es um das permanente Vergleichen von Fällen und das Kodieren geht, werde ich der Haltung der Grounded Theory gemäß vorgehen (Strauss 1987; Corbin & Strauss 2008). Ralf Bohnsack, der wichtigste Vertreter der Dokumentarischen Methode, stimmt in einigen Punkten mit Glaser und Strauss überein, so zum Beispiel in seiner generellen Kritik von hypothesenüberprüfenden Ansätzen. Er argumentiert, dass analytische Konzepte (wie die oben genannten) eine Voraussetzung dafür sind, empirische Forschung zu betreiben (Bohnsack 2014, 14f.). Anders als Forscher in der Tradition von Popper und wie Glaser und Strauss betont er die hypothesengenerierende Funktion seiner Methode anstatt der hypothesenprüfenden Funktion, die dem quantitativen Paradigma entspricht. Komparative Analyse und Typenbildung sind das Herzstück seiner Methode (Bohnsack 2014, 143ff.). Ein anderes zentrales Konzept seiner Methode sind die von Karl Mannheim herrührenden konjunktiven Erfahrungsräume (Bohnsack 2014, 61ff.), die besonders relevant sind im Hinblick auf Menschen, die direkte persönliche Erfahrung mit der Psychiatrie gesammelt haben (Goffman 1961; 1963). Es ist nicht das professionelle Wissen, das aus formaler Bildung resultiert, das hierbei zählt (das wäre ein Gegenhorizont (Bohnsack 2014, 137ff.)), es sind die individuellen Erfahrungen des Patienten, seine Geschichte, seine Biografie, seine Erzählungen, die zählen, sobald dieser als Experte aus Erfahrung spricht.

1 Typologie durch Dokumentarische Methode und Narrationsanalyse

„Anhand der mit der Dokumentarischen Methode gewonnenen Erkenntnisse lässt sich ausweisen, wie Angehörige sozialer Gruppen in gesellschaftlichen Kontexten agieren - und warum sie dies so tun“ (Kleemann, Krähnke & Matuschek 2013, 155). Dabei geht es nicht um

den kommunikativen Sinn, sondern um den dokumentarischen Sinngehalt, der im konjunktiven Erfahrungsraum sichtbar wird bzw. durch den Forscher offengelegt werden muss. Nicht so sehr das kommunizierte Wissen des Befragten steht im Mittelpunkt, sondern der Wissensbestand, der dem Befragten zwar bewusst ist, aber nicht von ihm kommuniziert wurde: „'Atheoretisch' ist dieses Wissen, weil wir in unserer Handlungspraxis darüber verfügen, ohne dass wir es alltagstheoretisch auf den Punkt bringen und explizieren müssten. Wir wissen intuitiv aus unserer Erfahrung, wie man Knoten knüpft, diskutiert, telefoniert und Fahrrad fährt. [...] Atheoretisches Wissen verbindet Menschen, beruht es doch auf einer gleichartigen Handlungspraxis und Erfahrung. [...] Sobald man gegenüber denjenigen, die diese Erfahrung nicht teilen (z.B. Andersgläubigen), über die eigene konjunktive Erfahrung berichten möchte, muss man deren Sinn genau erläutern.“ (Nohl 2009, 10f.). Als Beispiel soll hier ein Interviewausschnitt angeführt und erläutert werden, in dem eine Frau (**2021**), die aufgrund von Mobbing am Arbeitsplatz eine Psychose erlitt (dies entspricht ihrem eigenen Erklärungsmuster), ihr scheinbar „aufmüpfiges“ Verhalten sehr sachlich beschreibt:

„Ja zum Schluss am letzten Tag, wie ich dann in der [Name der Firma] war, da habe ich dann ich hatte dann so Schmerzen im Knie durch diese Kälte, die ich da im Büro hatte und äh also in diesem Lagerraum sagen wir mal so dann ging ich da zu der Apothekerin und die sagte legen sie schauen sie, dass sie ihre Füße hochlegen können und hat mir eine Salbe gegeben und so weiter und dann habe ich einfach meine Füße da auf die Beine halt auf den Tisch gelegt und da kam dann der Chef gerade rein und sagt sie müssen ihre Füße da runter nehmen, das geht nicht und ich sag ‚ne, das hat mir die Apothekerin gesagt ich muss das machen‘. Und dann habe ich halt die Füße oben gelassen und habe dann auch nichts mehr gearbeitet, mir war unheimlich schwindlig und schlecht und dann ja und dann hat man mich dann heimgeschickt oder das heißt ne da haben sie mich noch gar nicht, das war so da haben sie mich dass ich dann halt bis zum Schluss geblieben bin bis alle weg waren und dann habe ich erst meine Füße vom Tisch runter und dann habe ich ähm bin ich heim und dann haben sie mir so eine Abmahnung geschickt und die habe ich dann die habe ich nicht aufgemacht und dann haben sie meine Tochter und meinen Schwiegersohn angerufen die sollen sich doch mal um mich kümmern und nach mir schauen“ (86-100).

Dem voraus ging eine Versetzung der Frau, mit der ihr ein Arbeitsplatz zugewiesen wurde, der sich im Keller befand und den sie zuvor wie folgt beschrieb:

"Dann hat man mich also in eine in die Druckerei versetzt und es war also ein Raum im Keller ganz weit äh äh entfernt vom Ausbau her schon mal auch und das war nur so eine Kammer mit drei Druckern drin und die hatte ich dann bedienen müssen, da wurden dann die Überweisungen, also wenn, nicht Überweisungen, die Träger halt diese Schecks und so weiter die mussten dann bedruckt werden und äh die Maschinen haben also unheimliches Lärmpegel gemacht da, das war also laut in dem Raum, kleiner Raum, es war mehr so wie soll man sagen, so ein Lagerraum eigentlich, wo der die ganzen Formblätter da drin lagen und dann äh waren diese Drucker und dann war kein Licht, es war also Keller, es war nicht beheizt, es war kalt, es war im Winter, nur ein Estrich am Boden und äh ja also es war eine ganz schlimme Zeit da zu verbringen, ich war ganz allein in dem Raum musste oft bis halb acht acht noch in der Nacht musste der Druck noch raus und äh der Eindruck das war übrigens dann die Zeit, wie äh diese Umstellung auf den Euro war dann musst dann brauchen die alle ihre Vordrucke halt neu bedruckt die Abteilungen und ja ich dachte mein Gott wenn jetzt da ein Feuer ausbricht ich komme da gar nicht mehr raus wie soll das geschehen, kein Mensch merkt oder wenn ich irgendwie mir schlecht wird und ich in Ohnmacht falle also keiner hat sich da irgendwie auch drum gekümmert und da habe ich dann auch diese Zwänge dann auch bekommen" (44-59).

Die Frau reagiert mit einer Priorisierung ihrer persönlichen Gesundheit auf die Versetzung. Der neue Arbeitsplatz verstärkt in ihr die paranoiden Symptome: Sie fürchtet den Ausbruch eines Feuers oder dass sie in Ohnmacht fällt und niemand ihr helfen wird. Indem sie aufgrund ihrer Knieprobleme auf Anraten der Apothekerin ihre Beine auf den Tisch legt, um die Schmerzen zu lindern, und indem sie die Anweisungen durch ihren Vorgesetzten missachtet, zeigt sie, dass für sie ihre Gesundheit Vorrang hat vor der Arbeit. In einem solchen Zwiespalt befinden sich viele psychisch kranke Menschen, dass sie einerseits etwas zur Gesellschaft beitragen wollen durch ihre Arbeitsleistung, andererseits aufgrund des Fortschreitens der psychischen Erkrankung nicht mehr ausreichend dazu in der Lage sind, weshalb sie häufig arbeitslos oder (teil-)berentet werden. Sie gehören dann nicht mehr länger der Gruppe der Erwerbstätigen an, sondern der der Rentner oder Arbeitslosen. Die genaue Beschreibung des Arbeitsplatzes ("Lagerraum") führt zu einer Erschließung des konjunktiven Wissens. Dennoch wird durch die Bewertung des Raums auch kommunikatives Wissen vermittelt (Nohl 2009, 49).

Der Hauptgrund für die Wahl der Dokumentarischen Methode bei der Auswertung der Interviews ist ihr Fokus auf diesen konjunktiven Erfahrungsräumen sowie auf der

komparativen Analyse von Fällen. Negative und positive Gegenhorizonte (Bohnsack 2014, 138) helfen bei der Auswertung der Fälle. So gelingt manchen psychisch kranken Menschen die Wiedereingliederung in die Arbeit z.B. nach einer medizinischen und/ oder beruflichen Reha-Maßnahme. Sie müssen keine Versetzung, Kündigung oder Berentung fürchten, sondern nehmen weiter am Berufsleben teil. Als Beispiel die Aussage eines anderen Befragten (**2022**):

"Die Maßnahme zur beruflichen Wiedereingliederung, hab mich da bewerben müssen, genau, das hat eine Weile gedauert, und ich habs ambulant machen dürfen. Also ich konnt meine Wohnung behalten. Hab da am Alltagstraining teilgenommen, das war Ende 2007, Anfang 2008. Das muss hinhauen so von von den Daten her. Ja, Alltagstraining hamma da gehabt die ersten paar Wochen, dann gings so um grundlegende Arbeitstherapie, ähm, am Anfang von der RPK hab ich mich äh gesehen irgendwo wenn auf dem dritten Arbeitsmarkt, irgendwo psychosoziale Einrichtung, irgendwelche Teile zusammenbauen, so halt diesen Trott halt, sechs Stunden vielleicht oder so, ne. Ja, dann, äh, die RPK hat mehr gesehen als ich selber. Ich hab mich auch ein bissl auf die Leute dann verlassen. Ähm, bin dann im im Metallbereich gekommen, wo das dann halt wirklich, äh, fixer geworden ist in welche Richtung es vielleicht wieder gehen kann beruflich, ne, ein bissl kreativ sollte es scho sein für mich, ähm, genau, Koch, Gastronomie hatte ich alles abgehakt zu dem Zeitpunkt. Wollt ich überhaupt... in die Richtung sollt es überhaupt nicht mehr gehen. Da wusst ich schon mal, was ich auf jeden Fall nicht mehr will. Ne. Dann Metallbereich hab ich mich halt drauf eingelassen. Äh, Herrr M, den muss ich lobend erwähnen, der hat sich da sehr gut um mich gekümmert: Zuckerbrot und Peitsche. [...] Und dann hab ich, hab ich mich halt beworben damals für ein Praktikum auf der Kläranlage und da gings dann so zum ersten Mal in Richtung Fachkraft Abwassertechnik, hat halt viel mit Scheiß zu tun [lacht]. Und, ja, äh, der Herr M. selber ist [unverständlich], kann sich da nie vorstellen da zu arbeiten, mir war das eigentlich irgendwie wurscht. Ich hab gesagt, okay ich mach das mal jetzt und ich zieh jetzt mal die Ausbildung durch" (259-280).

Der Befragte betont, dass er sich selbst eine Tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt gar nicht mehr zugetraut hätte, aber gut unterstützt wurde, sodass er eine Ausbildung abschließen konnte. Die berufliche Reha-Maßnahme hat ihm dabei geholfen. Seine Autonomie konnte er dadurch weitgehend erhalten, wohl auch durch den Erhalt seiner Wohnung. Hier zeigt sich deutlich der *Kontrast der beiden Fälle in der Gemeinsamkeit* (Bohnsack 2014, 145): Beide hatten berufliche Schwierigkeiten, sind aber aufgrund ihrer Laufbahnen und ihres Alters in ganz unterschiedlichen Umständen. Während die heute 70-jährige **1021** bereits seit vielen

Jahren in ihrer Arbeitsstelle ihren Dienst geleistet hatte, schlug sich **1022**, heute 40 Jahre, mit mehrfach wechselnden Jobs durch. Obwohl sie beide psychotisch waren, sind die Krankheitsbilder unterschiedlich ausgeprägt und haben unterschiedliche Ursachen, wie sie beide erzählten.

Nun soll ein dritter Fall zum Vergleich herangezogen werden, in dem die Mutter (**1008**) einer jungen psychisch kranken Frau über deren Erfahrungen mit der Reha-Maßnahme spricht:

"Wo sie da, glaube ich, neun Monate war. Und wo es aber eben auch so/ leider so war, dass also auf dem Glanzpapier immer so schön steht, also medizinische, berufliche Reha greift ineinander über und so, aber dass es eben nicht so war, sondern doch so ein Phasenmodell ein Jahr medizinische Reha und dann die berufliche Reha. Und die auf dieser beruflichen Seite äh (Räuspern), was für sie ein unheimlicher Impetus war, also immer äh/ sie wollte wieder/ ja, sie wollte berufstätig sein, sie wollte sich beweisen, sie wollte unabhängig sein oder so. Und äh hat sich dann selber da Praktika gesucht, weil die nichts angeboten haben. Das ist halt dann also auch, glaube ich, in beiden/ beim ersten war es nicht ganz so schief gegangen, aber wo sie halt gemerkt hat, mit ihren sprachlichen Kenntnissen kommt sie doch an so einen Übersetzerjob nicht so ran, also wo sie da gestehen musste, dass sie da ihre eig/ Selbsteinschätzung nicht mit der Fremdeinschätzung übereinstimmt. Und dann bei dem zweiten Job, den sie sich gesucht hat, da war der/ war die f/ die waren auch gar nicht, beide, nicht drauf vorbereitet jetzt, also äh/ einen psychisch kranken Menschen da irgendwie zu integrieren, ne äh und äh haben da auch keine Rücksicht drauf nehmen können und da war sie verantwortlich für so Computerprogramme und Zeug und das ist dann halt auch teilweise schief gegangen, weil sie einfach sich so lange nicht konzentrieren konnte oder einfach nicht so sorgfältig genug war und das war für sie auch alles fremd. Und so/ Und hat dann erst mal so auch zwei Misserfolge und dann hat/ äh dann hatten sie sie in/ in so eine äh Werkstatt übernommen, die äh ihnen/ von ihnen selber betrieben wurde und da, wo sie eben eine bestimmte Anleitung und auch Begleitung hatte und das lief eigentlich sehr, sehr positiv. Und äh nachdem/ äh nun hat sie dann halt weiter/ wollte sie halt weiter so auf diesem Weg, also sie wollte dann äh/ äh nochmal eine Ausbildung machen, äh hier beim Berufsförderungswerk, hatte sich da auch umgehört und so. Und das hatten die eben nicht unterstützt und ähm da/ äh wieder so gesagt: 'Nein, die medizinische Reha ist noch nicht abgeschlossen und die ist noch nicht soweit und dings', und so. Und da hat sie dann gesagt, okay, dann geht sie. Und hat die abgebrochen und hat sich dann aber selber was gesucht, und arbeitet seitdem" (135-164).

Anders als im Fall **1022** hat die Reha-Maßnahme nicht direkt zum Erfolg geführt. Einerseits mussten "zwei Misserfolge" verkraftet werden und andererseits verhinderte die medizinische Reha, was die berufliche Reha ermöglichte, nämlich einen (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben. Die Tochter von **1008** entschied daran, dass sie die Reha abbricht und direkt in das Berufsleben einsteigt, was ihr erfolgreich gelang, sodass sie weder der Gruppe der Frühberenteten noch der Gruppe der Arbeitslosen angehörte.

Insgesamt weisen die drei Fälle (**1021**, **1022**, **1008**) trotz ihrer Gemeinsamkeiten auch Kontraste auf und können daher gut miteinander verglichen werden. "Der Kontrast in der Gemeinsamkeit ist fundamentales Prinzip der Generierung einzelner Typiken und ist zugleich die Klammer, die eine ganze Typologie zusammenhält" (Bohnsack 2014, 145). Durch diese Typologie der drei Fälle, die sich alle im Spektrum der Arbeitsfähigkeit abspielen, kann eine neue Kategorie gebildet werden, die bei der Erhebung nicht explizit miteinbezogen wurde, nämlich die Kategorie "Bedeutung der *Arbeit* für die Selbstbestimmung". Dies wäre ein Beispiel für eine induktiv aus den Daten entstandene Kategorie, die durch Interviews mit anderen Personen (z.B. **1023**) weiter verifiziert werden kann.

Anders als bei Nohl (2009) wird in der hier vorliegenden Arbeit nicht so sehr an die Narrationsanalyse von Fritz Schütze angeknüpft, sondern mehr an die Narrationsanalyse wie sie im Bereich der Bioethik und hier besonders im medizinethischen Kontext üblich ist. Narration im Kontext der Psychiatrie kann nicht nur mit der Dokumentarischen Methode der Interpretation analysiert werden, sondern auch mit Ansätzen der Bioethik. Laut Lindemann Nelson (1997) wurde Narrativität schon immer benutzt in der Bioethik und ohne Narration gäbe es gar keine Bioethik. Nelson argumentiert in der Einführung zu ihrem Buch: "we are often drawn to particular narratives because they enrich our understanding of the moral ideas to which we are already firmly committed" (Ebd., xiii). Daher ist es interessant tiefer in die narrative Bioethik einzusteigen und einen genaueren Blick darauf zu werfen, welche Rolle zum Beispiel narrative Identität dort spielt. Howard Brody (2003) etwa betont die gemeinsame Konstruktion von Narrationen in der Medizin (Ebd., 16) und die Tatsache, dass es ein Netzwerk sozialer Reziprozität gibt, das implizit ist in der Idee, menschliches Leben als Narrationen zu begreifen (Ebd., 71). Er bietet eine Erklärung an, warum es so schwierig ist für Ärzte die Autorität von Patientenverfügungen und die Wünsche, die darin ausgedrückt werden, anzuerkennen: "This joint construction of narrative and the responsible use of power attribute great healing potential to stories but cast doubt on the physician's ability unilaterally

to construct stories and impose them on the patient. Physicians may add to or detract from the quality of the story of the illness event, but this is much more likely to result from the continued give-and-take between physician and patient over time (as part of the relational ethic) and much less likely to result from one magic word dropped at a psychologically critical moment" (Ebd., 267). Es scheint lohnenswert zu untersuchen, wie und zu welchem Grad Menschen, die (wiederholt) Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht haben einen Beitrag leisten zur Arbeit von Profis in psychiatrischen Einrichtungen und ob Selbstreflexion und Erzählungen über die eigene Geschichte einen positiven Effekt haben auf Empowerment, Recovery und Autonomie. Ich denke, dass die "beschädigte Identität" (Goffman 1963) wiederhergestellt werden kann durch das Erzählen von Geschichten (Frank 1995).

2 Rekrutierung der Probanden

Die Probanden wurden gewonnen durch das Verteilen von Flyern in psychosozialen Einrichtungen und bei Psychiatrie-Erfahrenen Vereinen sowie Angehörigen-Vereinen. Die Probanden gaben ihre informierte Einwilligung in die Forschungsstudie. Der Aufbau der Studie basiert auf der trialogischen Perspektive, die die Zusammenarbeit und Vernetzung von Profis, Angehörigen und Betroffenen betont.

Die Rekrutierung der Probanden erfolgte überwiegend im „Schneeballprinzip“ (Bergold & Thomas, 6), das bedeutet, dass die Befragten zum Teil Namen nannten oder explizit auf Personen hinwiesen, die für eine Befragung in Frage kamen. Außerdem wurden die Flyer über die Selbsthilfvereine der Betroffenen und der Angehörigen verteilt. „Wenn die Forschung mit den betroffenen Menschen durchgeführt wird, ergibt sich methodisch u.a. die Frage, welche Personen bzw. welche Personengruppen einbezogen werden sollen bzw. müssen. Dies ist vor allem auf dem Hintergrund notwendig, dass unterschiedliche Gruppierungen unterschiedliches Wissen im Gegenstandsbereich entwickelt haben. Gerade aber auf dieses Wissen und seine Nutzung zielt partizipative Forschung ab“ (Bergold & Thomas, 6). Der Grad der Partizipation kann unterschiedlich sein, er befindet sich auf der dritten Ebene im Modell von Unger (2012), die vier Ebenen unterscheidet. Es fand nicht nur die Aufklärung der Probanden und deren Einwilligung in die Forschungsstudie, sondern auch eine gegenseitige Beratung und eine längere Zusammenarbeit statt. Innerhalb der „Community“ (Unger 2012) können drei Gruppen von Probanden unterschieden werden, die

je unterschiedliche Interessen vertreten: von einer psychischen Krankheit betroffene Menschen, Angehörige psychisch Kranke und Professionelle.

2.1 Die „Betroffenen“

Zur Situation der Betroffenen ist zu sagen, dass es äußerst schwierig war, eine angemessene Bezeichnung für diese zu finden, da es viele Subgruppen und eine Vielzahl an Erscheinungsbildern gibt. Frühere Bezeichnungen wie Irre, Wahnsinnige, Gestörte, Narren werden nicht verwendet, da keine historische Perspektive eingenommen wird. Der Ausdruck „psychisch Kranke“ ist zu breit angelegt. Von der Gruppe der Nutzer von psychosozialen Einrichtungen oder der Gruppe der Psychiatrie-Erfahrenen zu sprechen ist eher passend. Von der Gruppe der Patienten zu sprechen ist unpassend, da die Erhebung nicht im stationären Bereich oder in einer Arztpraxis stattfand. Bezeichnet man die interviewten Personen mit psychiatrischer Erfahrung als die Gruppe der Betroffenen, sagt dies nichts darüber aus, wovon die Betroffenen betroffen sind. So rechne ich die Probanden, die ich interviewt habe nicht zu einer festen Gruppe von Menschen, betone aber, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um chronisch psychisch Kranke also um psychisch behinderte Menschen handelt. Als einziges Einschlusskriterium wurde Erfahrung mit ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung genannt sowie Volljährigkeit.

2.2 Die „Angehörigen“

Zur Situation der Angehörigen ist zu sagen, dass es sich bei den 10 Probanden überwiegend um Eltern von erwachsenen psychisch kranken Kindern handelte. Zwei der Probanden waren Partner und eine war Kind einer psychisch kranken Mutter. Eine Betroffene ist Schwester eines psychisch kranken Bruders.

Die Interviews mit den Angehörigen waren oft sehr zeitintensiv und dauerten bis zu circa 90 Minuten. Durch die Perspektive der Angehörigen wurden weitere Projekte und Ansätze deutlich, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen direkt und vor allem indirekt fördern.

2.3 Die „Profis“

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird durch Vertreter verschiedener Professionen sowie durch Laien geleistet. Neben Fachärzten (Psychiatern), Psychologen und Psychotherapeuten sind dies vor allem Sozialpädagogen, Pädagogen, Ergotherapeuten, Fachkrankenpfleger sowie Laienhelper, Angehörige und Betroffene aus der Selbsthilfe.

Eine Ethik, die sich mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzt, muss demnach breiter angelegt sein als eine Berufsethik, die zum Beispiel nur die Vertreter der Medizin im klinischen Alltag berücksichtigt. Vielmehr geht es darum eine professionsübergreifende „Handlungsfeldethik“ (Löwisch 1995, 8) zu entwickeln.

2.4 Mehrere Rollen

Neben den drei Gruppen, die im Trialog vertreten sind, müssen nun noch diejenigen Probanden genannt werden, die mehrfach betroffen sind. So gibt es unter den Betroffenen drei, die zugleich Profis sind, und unter den Angehörigen einen, der zugleich Profi ist. Unter den Betroffenen gibt es auch eine Reihe von Angehörigen psychisch Kranker, z.B. wenn Betroffene untereinander eine Beziehung eingehen oder aus einer Familie stammen, in der gehäuft psychische Erkrankungen auftreten.

3 Semistrukturierte Interviews

Die Interviews wurden durchgeführt mit Hilfe eines Leitfadens, dessen Fragen zunächst deduktiv gewonnen wurden. Der Leitfaden wurde für die Interviews mit Profis eingehalten, bei den Interviews mit den Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen wurde jedoch mehr Raum für Narration gelassen, sodass im Wesentlichen zwei Input-Fragen und nach der Narration des Probanden Rückfragen zu dem Gesagten gestellt wurden. Von der Möglichkeit frei zu erzählen machten allerdings nur wenige Probanden Gebrauch.

Während der Fokus bei den Betroffenen und den Angehörigen auf deren subjektiven Erfahrungen mit der Psychiatrie lag, ging es bei den Interviews mit den Profis schwerpunktmäßig um deren Expertenwissen zum Thema "Autonomie". Letztlich wurde für

die Betroffenen und die Angehörigen die Form des problemzentrierten Interviews (Witzel 2000) gewählt, womit sowohl durch den Fragebogen vorab Daten zu Alter, Familienstand, Ausbildung, Beruf, Diagnose etc. gewonnen werden konnten, als auch durch die Interviews selbst.

3.1 Der Leitfaden

Zunächst wurde ein Interviewleitfaden für alle drei Gruppen entwickelt. Dieser wurde dann spezifiziert und auf die drei Gruppen zugeschnitten. Die ersten sieben Interviews wurden mit diesem Leitfaden geführt. Alle weiteren Interviews wurden mit den speziell auf die „Gruppe“ zugeschnittenen Leitfäden interviewt. Für die Kategorienbildung bei der Auswertung der Interviews spielte dies nur eine untergeordnete Rolle, da sich nur wenig inhaltliche Änderungen ergeben haben. Die Informationen wurden lediglich in anderer Form abgefragt: Die Betroffenen und die Angehörigen bekamen neben der Datenschutzerklärung auch einen zwei bzw. dreiseitigen Fragebogen, auf dem sie Angaben zu ihren soziodemografischen Daten und andere Angaben machten.

Interviewleitfaden (Stand: 28. Januar 2013)

Kategorie	Frage
Begrüßung, Aufklärung	Hinweis auf Anonymität der Daten, Tonbandaufzeichnung, Daten werden nur für Forschungszwecke verwendet etc.
Soziodemographische Daten	Geschlecht Alter Herkunft Ausbildung Haben Sie persönliche Psychiatrieerfahrung: ambulant/ stationär? Sind Sie Mitglied in einem Psychiatrieerfahrenenverein oder engagieren Sie sich in einem solchen o.ä. Verein? Haben Sie psychisch kranke Angehörige?
Arbeitssituation	aktueller Arbeitsplatz? frühere Arbeitsplätze?

	<p>Beschreibung des Tätigkeitsfelds in eigenen Worten</p> <p>Ihr Aufgabengebiet (Fokus)</p> <p>Ihre Kooperationspartner</p> <p>Beschreibung des Kollegenkontakte</p> <p>Beschreibung des Klientenkontakte</p>
Klienten	<p>Welche Klienten kommen zu Ihnen?</p> <p>Mit welchen Störungsbildern/ Diagnosen/ Problemen kommen Klienten zu Ihnen?</p> <p>Wie ist die soziale Situation der Klienten? (Familie, Freunde, Wohnung, finanzieller Status, Beruf)</p> <p>Mit welchen Klienten arbeiten Sie persönlich am liebsten/ am häufigsten, mit welchen weniger gern/ seltener?</p> <p>Bitte beschreiben Sie 1-2 Klienten und ihre Probleme genauer, die in der Vergangenheit oder in der Gegenwart zu ihnen gekommen sind.</p> <p>Nennen Sie 2-3 typische Probleme, mit denen Klienten zu Ihnen kommen?</p> <p>Aus welchen Gründen kommen Klienten zu Ihnen? (Anlass)</p> <p>Inwieweit werden die Angehörigen miteinbezogen in Ihre Arbeit?</p>
Bedeutung der Patientenautonomie	<p>Bitte nennen Sie Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Patientenautonomie bei psychisch Kranken im Vergleich zu physisch Kranken (persönliche Meinung)</p> <p>Welche konkreten Projekte zur Förderung der Autonomie von Psychiatriepatienten kennen Sie?</p> <p>Beschreibung Sie diese Projekte in eigenen Worten und Ihre persönliche Einstellung dazu (z.B. Psychose-Seminare/ Trialog, Open Dialogue, EX-IN, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten, Betreutes Wohnen etc.) (auch international)</p> <p>Inwiefern sind psychisch Kranke Ihrer Meinung nach in der Lage (medizinische) Entscheidungen für sich selbst zu treffen?</p> <p>Inwiefern können psychisch Kranke Ihrer Meinung nach ihr Recht auf Selbstbestimmung ausüben?</p> <p>Wobei brauchen Psychiatriepatienten die meiste Unterstützung?</p> <p>Welche Bedeutung hat die Familie des Klienten und dessen soziales Netz für die Autonomie des Klienten?</p> <p>Welche Bedeutung haben Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatriepatienten (medizinisch)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die persönliche finanzielle Situation für die Autonomie von Psychiatriepatienten (finanziell)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die psychiatrische Unterbringung für die Autonomie von Psychiatriepatienten (Aufenthaltsbestimmung)?</p> <p>Welche Bedeutung hat/ haben Zwang(smaßnahmen) für die Autonomie von Psychiatriepatienten?</p> <p>Was bedeutet für Sie der Begriff „Compliance“?</p>

	<p>Was bedeutet der Begriff „Empowerment“ für Sie?</p> <p>Was bedeutet „Recovery“ für Sie?</p>
Bedeutung der Psychiatrieerfahrung	<p>Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Psychiatrieerfahrung auf die Persönlichkeit des Patienten?</p> <p>Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Psychiatrieerfahrung auf die (Forderung nach) Patientenautonomie?</p> <p>Inwieweit macht es einen Unterschied in der Patientenautonomie, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird/ wurde?</p>
Künftige Entwicklungen	<p>Welche weiteren Entwicklungen v.a. im Hinblick auf die Patientenautonomie in der Psychiatrie würden Sie persönlich prognostizieren? (Im Hinblick auf Klienten, Professionelle und Angehörige sowie in gesellschaftlicher, rechtlicher und medizinischer Hinsicht)</p>

Interviewleitfaden (Stand: 23. Oktober 2013) für Profis

Kategorie	Frage
Begrüßung, Aufklärung	Hinweis auf Anonymität der Daten, Tonbandaufzeichnung, Daten werden nur für Forschungszwecke verwendet etc.
Arbeitssituation	<p>aktueller Arbeitsplatz? Seit wann?</p> <p>frühere Arbeitsplätze?</p> <p>Beschreibung des Tätigkeitsfelds in eigenen Worten</p> <p>Ihr Aufgabengebiet (Fokus)</p> <p>Ihre Kooperationspartner</p> <p>Beschreibung des Klientenkontakts</p>
Klienten	<p>Welche Klienten kommen zu Ihnen?</p> <p>Mit welchen Störungsbildern/ Diagnosen/ Problemen kommen Klienten zu Ihnen?</p> <p>Wie ist die soziale Situation der Klienten? (Familie, Freunde, Wohnung, finanzieller Status, Beruf)</p> <p>Nennen Sie 2-3 typische Probleme, mit denen Klienten zu Ihnen kommen?</p> <p>Mit welchen Klienten arbeiten Sie persönlich am liebsten/ am häufigsten, mit welchen weniger gern/ seltener?</p> <p>Inwieweit werden die Angehörigen miteinbezogen in Ihre Arbeit?</p>
Bedeutung der Patientenautonomie	<p>Was bedeutet für Sie der Begriff „Autonomie“?</p> <p>Welche konkreten Projekte zur Förderung der Autonomie von Psychiatrierfahrenen kennen Sie?</p> <p>Beschreiben Sie diese Projekte in eigenen Worten und Ihre persönliche Einstellung dazu (z.B. Psychose-Seminare/ Trialog, Open</p>

	<p>Dialogue, EX-IN, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten, Betreutes Wohnen etc.) (auch international)</p> <p>Inwiefern sind psychisch Kranke Ihrer Meinung nach in der Lage (medizinische) Entscheidungen für sich selbst zu treffen?</p> <p>Inwiefern können psychisch Kranke Ihrer Meinung nach ihr Recht auf Selbstbestimmung ausüben?</p> <p>Wobei brauchen Psychiatriepatienten die meiste Unterstützung?</p> <p>Welche Bedeutung hat die Familie des Klienten und dessen soziales Netz für die Autonomie des Klienten?</p> <p>Welche Bedeutung haben Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatriepatienten (medizinisch)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die persönliche finanzielle Situation für die Autonomie von Psychiatriepatienten (finanziell)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die psychiatrische Unterbringung für die Autonomie von Psychiatriepatienten (Aufenthaltsbestimmung)?</p> <p>Welche Bedeutung hat/ haben Zwang(smaßnahmen) für die Autonomie von Psychiatriepatienten?</p> <p>Wie würden Sie die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschreiben?</p> <p>Was wissen Sie über die Konzepte „Recovery“ und „Empowerment“?</p> <p>Inwiefern können psychisch Kranke Ihrer Meinung nach Verantwortung für Ihr Leben/ Ihre Gesundheit übernehmen?</p>
Bedeutung der Psychiatrieerfahrung	<p>Denke Sie, dass Psychiatrieerfahrung die Autonomie von psychisch Kranken beeinflusst?</p> <p>Inwieweit macht es einen Unterschied in der Patientenautonomie, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird/ wurde?</p> <p>Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Psychiatrieerfahrung auf die Persönlichkeit des Patienten?</p>
Künftige Entwicklungen	<p>Welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Patientenautonomie in der Psychiatrie würden Sie persönlich prognostizieren?</p> <p>(Im Hinblick auf Klienten, Professionelle und Angehörige sowie in gesellschaftlicher, rechtlicher und medizinischer Hinsicht)</p>

Interviewleitfaden (Stand: 23. Oktober 2013) für Angehörige

Kategorie	Frage
Begrüßung, Aufklärung	<p>Hinweis auf Anonymität der Daten, Tonbandaufzeichnung, Daten werden nur für Forschungszwecke verwendet etc.</p> <p>➔ Kurzfragebogen verteilen!</p>
Angehörigensituation	<p>Welche psychisch kranken Angehörigen haben Sie?</p> <p>Wie würden Sie die Situation von Angehörigen psychisch Kräker</p>

	<p>beschreiben?</p> <p>Wie ist der Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen (individuell und politisch)?</p> <p>Wie ist der Kontakt zwischen Angehörigen und Profis?</p> <p>Wir würden Sie gerne in die Behandlung Ihrer Angehörigen einbezogen werden?</p>
Bedeutung der Patientenautonomie	<p>Was bedeutet für Sie die Förderung von Autonomie bei psychisch Erkrankten?</p> <p>Welche konkreten Projekte zur Förderung der Autonomie von Psychiatrierfahrenen kennen Sie?</p> <p>Beschreibung Sie diese Projekte in eigenen Worten und Ihre persönliche Einstellung dazu (z.B. Psychose-Seminare/ Trialog, Open Dialogue, EX-IN, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten, Betreutes Wohnen etc.) (auch international)</p> <p>Inwiefern sind psychisch Kranke Ihrer Meinung nach in der Lage (medizinische) Entscheidungen für sich selbst zu treffen?</p> <p>Inwiefern können psychisch Kranke Ihrer Meinung nach ihr Recht auf Selbstbestimmung ausüben?</p> <p>Wobei brauchen Psychiatriepatienten die meiste Unterstützung?</p> <p>Welche Bedeutung hat die Familie des Klienten und dessen soziales Netz für die Autonomie des Klienten?</p> <p>Welche Bedeutung haben Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatriepatienten (medizinisch)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die persönliche finanzielle Situation für die Autonomie von Psychiatriepatienten (finanziell)?</p> <p>Welche Bedeutung hat die psychiatrische Unterbringung für die Autonomie von Psychiatriepatienten (Aufenthaltsbestimmung)?</p> <p>Welche Bedeutung hat/ haben Zwang(smaßnahmen) für die Autonomie von Psychiatriepatienten?</p> <p>Wie würden Sie die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschreiben?</p> <p>Was wissen Sie über die Konzepte „Recovery“ und „Empowerment“?</p> <p>Inwiefern können psychisch Kranke Ihrer Meinung nach Verantwortung für Ihr Leben/ Ihre Gesundheit übernehmen?</p>
Bedeutung der Psychiatrieerfahrung	<p>Denke Sie, dass Psychiatrieerfahrung die Autonomie von psychisch Kranken beeinflusst?</p> <p>Inwieweit macht es einen Unterschied in der Patientenautonomie, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird/ wurde?</p> <p>Welchen Einfluss hat Ihrer Meinung nach die Psychiatrieerfahrung auf die Persönlichkeit des Patienten?</p>
Künftige Entwicklungen	<p>Welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Patientenautonomie in der Psychiatrie würden Sie persönlich prognostizieren?</p>

(Im Hinblick auf Klienten, Professionelle und Angehörige sowie in gesellschaftlicher, rechtlicher und medizinischer Hinsicht)

Interviewleitfaden (Stand: 23. Oktober 2013) für Betroffene

Kategorie	Frage
Begrüßung, Aufklärung	Hinweis auf Anonymität der Daten, Tonbandaufzeichnung, Daten werden nur für Forschungszwecke verwendet etc. ➔ Kurzfragebogen verteilen!
Psychiatrieerfahrung	Bitte beschreiben Sie Ihre persönlichen Erfahrungen mit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung und wie diese sich auf Ihr Leben ausgewirkt haben und auswirken.
Bedeutung der Patientenautonomie	Beschreiben Sie konkrete Projekte oder Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach die Selbstbestimmung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung fördern. ➔ Inwiefern sind Sie Ihrer Meinung nach in der Lage Ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben? ➔ Wobei brauchen Sie Unterstützung? ➔ Welche Bedeutung hat die Familie und das sozial Netz für die Selbstbestimmung? ➔ Welche Bedeutung haben Psychopharmaka für die Selbstbestimmung? ➔ Welche Bedeutung hat die persönliche finanzielle Situation für die Selbstbestimmung? ➔ Welche Bedeutung haben die psychiatrische Unterbringung und Zwang(smaßnahmen) für die Selbstbestimmung?
Künftige Entwicklungen	Welche weiteren Entwicklungen v.a. im Hinblick auf die Patientenautonomie in der Psychiatrie würden Sie persönlich prognostizieren? (Im Hinblick auf Klienten, Professionelle und Angehörige sowie in gesellschaftlicher, rechtlicher und medizinischer Hinsicht)

3.2 Die narrative Fundierung

Durch die Reduktion der Fragen im Leitfaden vor allem bei den Betroffenen blieb mehr Raum für Narration. Dies schien mir wichtig, da das Erzählen der persönlichen Erfahrungen eine höchst individuelle Angelegenheit ist und nur schwer durch einen apriori festgelegten Fragenkatalog strukturiert werden kann. Zu den Antworten auf die beiden Input-Fragen

Bitte beschreiben Sie Ihre persönlichen Erfahrungen mit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung und wie diese sich auf Ihr Leben ausgewirkt haben

und

Beschreiben Sie konkrete Projekte oder Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach die Selbstbestimmung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung fördern

wurden Nachfragen gestellt, um die Geschichten der Betroffenen rekonstruieren zu können und ihre Erfahrungen und die Bewertung dieser Erfahrungen nachvollziehbar zu machen. Wenn möglich, wurden neben den beiden erzählgenerierenden Input-Fragen auch die anderen Fragen im Leitfaden gestellt. Die Länge der Antworten auf die beiden Input-Fragen differierte bedeutend. Während im Interview mit AM kaum Raum blieb für Nachfragen, da diese sehr viel von sich aus erzählte, wünschten andere Betroffene (etwa **1024**) ausdrücklich, dass mehr Fragen gestellt werden, um das Gespräch zu strukturieren.

3.3 Themenverläufe

Die Methode lehnt sich insbesondere an das Vorgehen zweier Autoren an. Einerseits an das Vorgehen der Soziologin Anne Waldschmidt (2012), die ebenfalls Selbstbestimmung als Konstruktion untersuchte, allerdings bei Menschen mit körperlicher Behinderung. Sie nahm jedoch auch psychisch kranke Menschen mit in den Blick. Andererseits lehne ich meine Untersuchung an Arnd-Michael Nohl (2009) an, der narrativ fundierte Interviews gemäß der Dokumentarischen Methode der Interpretation sinn- und soziogenetisch auswertete. "In leitfadengestützten Interviews bietet es sich an, als *tertia comprarationis* zunächst jene Themen zu nehmen, die durch die Fragen des Leitfadens ohnehin vorgegeben sind" (Nohl 2009, 56).

Als Vorbereitung auf die Auswertung der Interviews wurden Themenverläufe identifiziert, die sich weitgehend an den Interviewleitfaden anlehnen. Die Reihenfolge der Themen ist in den Interviews ähnlich, es kam kaum zu Abweichungen. Allerdings wurden manche Themen aus Zeitgründen nicht besprochen oder im Laufe der Erhebung von der Liste gestrichen.

Studie 1: Interviews mit den Profis

1. **AI: Allgemeine Informationen:** Zu den allgemeinen Informationen zählen das Alter, die Ausbildung und die Arbeitsverhältnisse des interviewten Profis. Welche Kooperationspartner er hat, in welchem Setting er arbeitet, wie der Kontakt mit Psychiatrie-Erfahrenen aussieht. --> Dimensionen: viel Berufserfahrung oder wenig, stationär oder ambulant, nahe am Klienten oder fern vom Klienten (direkter/ indirekter Kontakt)
2. **SS: Soziale Situation der Klienten/ Patienten:** Relevant für die soziale Situation der Klienten bzw. Patienten, mit denen der Profi arbeitet, sind deren Alter, deren Ausbildung, deren Arbeitssituation, deren Familienverhältnisse, deren finanzielle Situation. --> Dimensionen: hohes/ niedriges Alter, höhere/ niedrigere Ausbildung, in Arbeit vs. arbeitslos, eigene Familie gegründet, Kontakt zur Herkunftsfamilie, wenig Geld/ viel Geld
3. **AA: Angehörigenarbeit:** In dieser Kategorie wird darauf eingegangen, inwiefern Angehörige von psychisch Kranken in die Arbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen einbezogen werden. Dies reicht von Angeboten zum gemeinsamen Gespräch bis hin zu Engagement in trialogischer Arbeit.
4. **AP: Autonomie in der Psychiatrie:** Hier geht es darum, den theoretischen Begriff der Autonomie näher zu erläutern und gegen andere Begriffe abzugrenzen. --> theoretische Grundannahmen je nach Ausbildung/ beruflicher Rolle
5. **FS: Förderung der Selbstbestimmung:** Es geht darum, Projekte und Maßnahmen zu beschreiben, die in der Meinung des Profis als autonomiefördernd gelten können. --> differenzierte Antwort oder "alles über einen Kamm scheren"
6. **ME: Medizinische Entscheidungen:** In dieser Kategorie geht es darum zu erklären, inwiefern Psychiatrie-Erfahrenen in der Lage sind Entscheidungen und vor allem medizinische Entscheidungen für sich selbst zu treffen. --> Unterscheidung zwischen akuter und nicht-akuter Krankheitsphase
7. **UB: Unterstützungsbedarf:** Diese Kategorie behandelt die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrene die meiste Unterstützung brauchen. Neben psychologischer Unterstützung kann hier auch (alltags-)praktische Unterstützung gemeint sein.
8. **FN: Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes:** In dieser Kategorie sollen die befragten Profis auf die Bedeutung von Herkunftsfamilie, eigener Familie, Nachbarn, Freunden, Kollegen für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen eingehen. --> hohe Bedeutung vs. niedrige Bedeutung
9. **FS: Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation:** Hier soll von den Profis Stellung bezogen werden, welche Rolle die finanzielle Situation für die Selbstbestimmung

von Psychiatrie-Erfahrenen spielt. Einkommen durch Erwerbsarbeit, durch Rente, Hartz IV oder Vermögen stellen mögliche Finanzierungsmodelle dar. --> hohe Bedeutung vs. niedrige Bedeutung

10. **ZM: Bedeutung von Zwangsmaßnahmen:** Zwangsmaßnahmen reichen von der unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung über Fixierung, Isolierung bis hin zu Zwangsmedikation. Ihre Bedeutung für die Selbstbestimmung soll von den Profis beurteilt werden. --> hohe Bedeutung vs. niedrige Bedeutung
11. **PS: Bedeutung der Psychopharmaka:** In dieser Kategorie geht es um die Bedeutung von Psychopharmaka für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Welche unterstützende und welche einschränkende Funktion haben diese? --> hohe Bedeutung vs. niedrige Bedeutung
12. **ES: Einfluss der Psychiatrie-Erfahrung auf die Selbstbestimmung:** dieses Thema wurde nur in den ersten Interviews diskutiert.
13. **EP: Einfluss der Psychiatrie-Erfahrung auf die Persönlichkeit:** dieses Thema wurde nur in den ersten Interviews diskutiert.
14. **RS: Recht auf Selbstbestimmung:** In dieser Kategorie geht es um die Frage nach der Fähigkeit und Möglichkeit zur Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung. --> wo liegen Einschränkungen/ Barrieren
15. **VL: Verantwortung für das eigene Leben übernehmen:** Hierbei geht es um die Frage, inwiefern Menschen mit psychischen Erkrankungen Verantwortung für sich und ihr Leben übernehmen können. Autonomes Handeln hängt mit der Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung zusammen. --> gibt es Situationen, in denen sie keine Verantwortung übernehmen können (Beispiele)?
16. **LQ: Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrungen:** Die Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen sollte durch die Profis beschrieben werden. Diese kann Aufschluss geben über eine Diskrepanz zwischen den Wünschen des Betroffenen an seine Lebensführung und dem tatsächlichen Leben. --> eingeschränkte/ nicht eingeschränkte Lebensqualität
17. **PA: Prognose für weitere Entwicklungen im Hinblick auf Autonomie in der Psychiatrie:** Hier sollen die Profis Stellung beziehen, welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie sie prognostizieren würden. --> positive/ negative Prognose

Studie 2: Interviews mit Angehörigen psychisch Kranker

1. **SA: Situation von Angehörigen:** In dieser Kategorie geht es um die Situation von Angehörigen psychisch Kranker. Sowohl persönliche Informationen wurden gegeben als auch allgemeine Informationen zur Situation von Angehörigen psychisch Kranker.
2. **AB: Kontakt Angehörige Betroffene:** Der Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen sollte aus der Sicht der Angehörigen dargestellt werden. Hierbei können praktische Aspekte wie die Unterkunft und die Kontaktfrequenz ebenso eine Rolle spielen wie Beziehungsqualität und psychologische Aspekte.
3. **AP: Kontakt Angehörige Profis:** Der Kontakt zwischen Angehörigen und Profis sollte aus der Sicht der Angehörigen dargestellt werden. Hierbei können praktische Aspekte wie die Art und der Ort der Zusammenkünfte ebenso eine Rolle spielen wie Beziehungsqualität und psychologische Aspekte.
4. **BM: In Behandlung miteinbeziehen:** Die Frage, wie die Angehörigen gerne in die Behandlung miteinbezogen werden würden, steht hier im Zentrum. Beispielsweise können diese durch gemeinsame Gespräche miteinbezogen werden.
5. **AP: Autonomie in der Psychiatrie:** Hier geht es darum, den theoretischen Begriff der Autonomie näher zu erläutern und gegen andere Begriffe abzugrenzen.
6. **FS: Förderung der Selbstbestimmung:** Es geht darum, Projekte und Maßnahmen zu beschreiben, die nach Meinung des Angehörigen als autonomiefördernd gelten können.
7. **ME: Medizinische Entscheidungen:** In dieser Kategorie geht es darum zu erklären, inwiefern Psychiatrie-Erfahrenen in der Lage sind Entscheidungen und vor allem medizinische Entscheidungen für sich selbst zu treffen.
8. **UB: Unterstützungsbedarf:** Diese Kategorie behandelt die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrene die meiste Unterstützung brauchen. Neben psychologischer Unterstützung kann hier auch (alltags-)praktische Unterstützung gemeint sein.
9. **FN: Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes:** In dieser Kategorie sollen die befragten Angehörigen auf die Bedeutung von Herkunfts Familie, eigener Familie, Nachbarn, Freunden, Kollegen für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen eingehen.
10. **FS: Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation:** Hier soll von den Profis Stellung bezogen werden, welche Rolle die finanzielle Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen spielt. Einkommen durch Erwerbsarbeit, durch Rente, Hartz IV oder Vermögen stellen mögliche Finanzierungsmodelle dar.

- 11. PS: Bedeutung der Psychopharmaka:** In dieser Kategorie geht es um die Bedeutung von Psychopharmaka für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Welche unterstützende und welche einschränkende Funktion haben diese?
- 12. ZM: Bedeutung von Zwangsmaßnahmen:** Zwangsmaßnahmen reichen von der unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung über Fixierung, Isolierung bis hin zu Zwangsmedikation. Ihre Bedeutung für die Selbstbestimmung soll von den Angehörigen beurteilt werden.
- 13. LQ: Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrungen:** Die Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen sollte durch die Profis beschrieben werden. Diese kann Aufschluss geben über eine Diskrepanz zwischen den Wünschen des Betroffenen an seine Lebensführung und dem tatsächlichen Leben.
- 14. VL: Verantwortung für das eigene Leben übernehmen:** Hierbei geht es um die Frage, inwiefern Menschen mit psychischen Erkrankungen Verantwortung für sich und ihr Leben übernehmen können. Autonomes Handeln hängt mit der Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung zusammen.
- 15. PA: Prognose für weitere Entwicklungen im Hinblick auf Autonomie in der Psychiatrie:** Hier sollen die Profis Stellung beziehen, welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie sie prognostizieren würden.

Studie 3: Interviews mit Betroffenen

- 1. PE: Erfahrung mit stationärer oder ambulanter Behandlung:** Diese Kategorie ist sehr breit angelegt, um den Befragten Raum für Narration zu lassen. Diese gingen unter anderem auf die Zufriedenheit mit der Behandlung, auf Erfahrungen mit der Krankheit und dann tatsächlich auf Erfahrungen mit der Behandlung ein.
- 2. FS: Förderung der Selbstbestimmung:** Es geht darum, Projekte und Maßnahmen zu beschreiben, die in der Meinung des Betroffenen als autonomiefördernd gelten können.
- 3. RS: Recht auf Selbstbestimmung:** In dieser Kategorie geht es um die Frage nach der Fähigkeit und Möglichkeit zur Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung.
- 4. UB: Unterstützungsbedarf:** Diese Kategorie behandelt die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrene die meiste Unterstützung brauchen. Neben psychologischer Unterstützung kann hier auch (alltags-)praktische Unterstützung gemeint sein.
- 5. FN: Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes:** In dieser Kategorie sollen die befragten Angehörigen auf die Bedeutung von Herkunftsfamilie, eigener Familie,

Nachbarn, Freunden, Kollegen für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen eingehen.

6. **FS: Bedeutung der persönlichen Finanziellen Situation:** Hier soll von den Profis Stellung bezogen werden, welche Rolle die finanzielle Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen spielt. Einkommen durch Erwerbsarbeit, durch Rente, Hartz IV oder Vermögen stellen mögliche Finanzierungsmodelle dar.
7. **PS: Bedeutung der Psychopharmaka:** In dieser Kategorie geht es um die Bedeutung von Psychopharmaka für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Welche unterstützende und welche einschränkende Funktion haben diese?
8. **ZM: Bedeutung von Zwangsmaßnahmen:** Zwangsmaßnahmen reichen von der unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung über Fixierung, Isolierung bis hin zu Zwangsmedikation. Ihre Bedeutung für die Selbstbestimmung soll von den Angehörigen beurteilt werden.
9. **LQ: Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrungen:** Die Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen sollte durch die Profis beschrieben werden. Diese kann Aufschluss geben über eine Diskrepanz zwischen den Wünschen des Betroffenen an seine Lebensführung und dem tatsächlichen Leben.
10. **PA: Prognose für weitere Entwicklungen im Hinblick auf Autonomie in der Psychiatrie:** Hier sollen die Profis Stellung beziehen, welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie sie prognostizieren würden.

4 Durchführung und Auswertung der Interviews

4.1 Durchführung

Die Interviews wurden teils in den privaten Räumen der Probanden, teils am Arbeitsplatz der Probanden, teils in meinem Büro und teils im öffentlichen Raum geführt. Es herrschte in allen Settings eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der offen über die Themen gesprochen werden konnte. Der zeitliche Ablauf der Erhebung kann wie folgt dargestellt werden:

SCHRITT I	Ab 2011 explorative Phase: Teilnahme an trialogischen Veranstaltungen, Literaturstudium, erste Kontakte zu psychosozialen Einrichtungen und Betroffenen-Vereinen, Rekrutierung von Probanden
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SCHRITT II	<p>Februar bis April 2013: Erste Daten erhoben</p> <p>Erste Daten erhoben, sieben Interviews mit Profis, Betroffenen, Angehörigen; der Fokus liegt auf den Profis und Betroffenen</p> <p>➔ Leitfaden modifiziert/ Themenfokus validiert</p>
SCHRITT III	<p>September 2013 bis April 2014: Erneute Datenerhebung</p> <p>Unerwarteterweise verschiebt sich der Fokus mehr in Richtung Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Interviews mit den Betroffenen und Angehörigen bekommen eine etwas stärker narrative Prägung</p> <p>Erste Transkripte (10 Stück)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erste Vergleiche werden angestellt, um Einordnung der beteiligten Interviewpartner zu erreichen. Es stellt sich heraus, dass einige der Interviewpartner mehrfach betroffen sind, also Angehörige, Betroffene und Profis zugleich. Die Zuordnung zu einer Gruppe scheint politisch motivierte Gründe zu haben (Lobby-Arbeit spielt eine große Rolle, nicht jeder will sich outen). Die Profis haben natürlich eine Schweigepflicht und gehorchen professionellen Standards, die meist durch die Träger oder Einrichtungen für die sie arbeiten vorgegeben sind. Die Angehörigen fühlen sich oft in der Verantwortung für „ihre“ psychisch Kranken. <p>➔ Passende Theorien zur Autonomie auswählen ➔ Theorieteil zu Autonomie in der Psychiatrie begonnen</p>
SCHRITT IV	<p>April bis August 2014:</p> <p>Weitere Transkripte erstellt (8 Stück)</p> <p>August 2014: Aufenthalt in Hamburg, Studium von Literatur zum Behinderten- und Inklusionsbegriff; insbesondere UN-Behindertenkonvention; Sigrid Graumann (AEM)</p>
SCHRITT V	<p>März bis August 2015:</p> <p>13 Transkripte durch f4 Transkriptionsservice erstellt (audiotranskription.de, dr. dresing & pehl GmbH, Deutschhausstraße 22a, 35037 Marburg)</p> <p>Voranalyse der Daten ab 04-2015</p> <p>Vergleichende Analyse der Daten ab 06-2015</p> <p>Auswertung der Fragebögen</p> <p>Überarbeitung und Erweiterung des Theorieteils</p> <p>Beenden der Transkription in 08-2015</p>
SCHRITT VI:	<p>Ab August 2015:</p> <p>Auswertung der Interviewdaten und Verschriftlichung der Ergebnisse</p>

4.2 Auswertung Profis

Die Auswertung der Interviews mit den Profis fand vergleichend statt. Es wurden jeweils drei Interviews miteinander verglichen und auf Unterschiede hin untersucht. Es stellte sich dabei heraus, dass die Begriffe von Autonomie sowie das Wissen über autonomiefördernde Projekte teils erheblich voneinander abwichen. Es wurden zwei Gruppen gebildet: Die Therapeuten und Psychologen im stationären und ambulanten Bereich und die (Sozial-)Pädagogen im ambulanten Bereich. Die erste Gruppe verfügt über wesentlich mehr Berufserfahrung als die zweite Gruppe.

Studie 1: Interviews mit professionell Tätigen aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie

Es wurden insgesamt neun Profis aus dem sozialpsychiatrischen Bereich interviewt. Zwei davon sind männlichen Geschlechts und sieben weiblichen Geschlechts. Das Alter reicht von 29 Jahren bis 66 Jahren. Unter den Interviewten befanden sich vier Sozialpädagogen, vier Psychologen und ein Arzt. Vier der Probanden haben eine therapeutische Zusatzausbildung. Drei arbeiten im ambulanten Setting, drei im stationären Setting und zwei an Schnittstellen. Die Berufserfahrung reichte von unter fünf Jahren bis hin zu über 30 Jahren.

Zuallererst stach bei den Interviews ins Auge, dass die Professionellen je nach Zugehörigkeit zur Berufsgruppe unterschiedliche Konzepte von Autonomie vertreten haben. Im Folgenden findet eine Auswertung der Interviews mit den Professionellen statt, die nach Alter und Berufsgruppe verglichen werden. Dabei gab es Professionelle, die über kein Konzept von Autonomie im psychiatrischen Bereich verfügten bis hin zu Professionellen, die ein sehr differenziertes Verständnis von Autonomie darlegten. Auch kam es zu vielen Vermischungen so zum Beispiel wurden häufig Krankheitserfahrung und Psychiatrie-Erfahrung vermischt. Schließlich wurden aber auch hilfreiche Differenzierungen getroffen, die auf die Multidimensionalität des Autonomie-Begriffes abzielen. Autonomie wurde in ein Spannungsverhältnis zu Heteronomie (Fall 1), zu Fürsorge (Fall 2), zu Bindung (Fall 3) und zur Verantwortung gesetzt (**Fälle 1-6**).

a) Drei Therapeuten im Vergleich

Zunächst werden drei Therapeuten miteinander verglichen, die aufgrund Ihrer beruflichen Qualifikation sowie Ihrer langjährigen Berufserfahrung in einem Fachgebiet (Sozialpsychiatrie) als Experten bezeichnet werden können. **Fall 1 (**1001**)** bezieht sich auf einen Therapeuten, der selbstständig und an einer Klinik mehr als 30 Jahre tätig war, **Fall 2 (**1002**)** bezieht sich auf eine Therapeutin, die seit 17 Jahren im ambulanten und stationären psychiatrischen Bereich tätig gewesen ist und **Fall 3 (**1003**)** bezieht sich auf eine Therapeutin, die seit mehr als 30 Jahren in selbstständiger Praxis tätig ist und dabei auch mit psychiatrischen Fällen und vor allem mit Angehörigen arbeitet. Die Interviews wurden im Fall 1 in meinen Büroräumen, in Fall zwei in der privaten Wohnung der Therapeutin und in Fall 3 in den Praxisräumen der Therapeutin durchgeführt.

Vergleich der Fälle 1-3

Allgemeine Informationen

Zunächst sollen Fall 1, Fall 2 und Fall 3 miteinander verglichen werden. ****1001**** ist seit 30 Jahren im stationären Bereich und in ambulanter Praxis tätig, er ist ausgebildeter Psychiater und Diplom-Psychologe. Seine Funktion ist Oberarzt von 1-2 Stationen (Allgemeinpsychiatrie) sowie die Angehörigenarbeit. Als Kooperationspartner nennt er den Angehörigenverein, die Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (GFTS) und die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG). Auf seiner Station gibt es durchschnittlich 25 Patienten und drei Ärzte. Zu seinem Aufgabenbereich zählen Aufnahme, Diagnostik, Vertrauensbildung, Vorschläge/ Angebote machen und diskutieren, medikamentöse Behandlung, Entscheidungsfindung, Krankheitsverarbeitung. Seine Langzeitpatienten im Ambulanzbereich halten ihm bereits seit bis zu 20 Jahren die "Treue".

****1002**** ist seit 17 Jahren überwiegend im ambulanten, später im stationären Bereich tätig gewesen. Sie ist Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Ihr Aufgabengebiet ist intern als fallverantwortliche Behandlerin in der Allgemeinpsychiatrie und Leitung der therapeutischen Bereiche (Psycho-, Physio-, Musiktherapie). Dort ist besonders die Zusammenarbeit mit ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitern sowie mit Therapeuten und Oberarzt wichtig. Die Vernetzung nach Extern zu Vereinen, Trägern, Leistungsanbietern

übernimmt sie ebenfalls. Sie arbeitet dort mit Einrichtungen zusammen, die folgende Angebote haben: Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Werkstattplätze. Auch mit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und den trialogischen Psychose-Seminar kooperiert sie. Gleich zu Beginn berichtet sie von den neuen Ex-In-Stellen auf 400 Euro Basis, die in jüngster Zeit geschaffen wurden. db ist zuständig für 5-6 Patienten, in Vertretungszeiten bis 8 Patienten. Häufig nimmt sie auf die Behandlungskonferenzen Bezug, die wöchentlich stattfinden. Außerdem ist sie für Einzelgespräche und Gruppentrainings der sozialen Kompetenz zuständig. Zu ihren Patienten gehören Menschen aus dem schizophrenen oder Psychose-Kreis, auch mit schizoaffektiven Störungen sowie Menschen mit bipolaren Störungen, die eher manisch ausgelenkt sind.

****1003**** ist ausgebildete Sozialpädagogin sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie ist seit über 30 Jahren überwiegend im ambulanten Bereich tätig, nämlich selbstständig in eigener Praxis und als Supervisorin in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken sowie in der Ausbildung von Therapeuten. Als Kooperationspartner nennt sie verschiedene psychosomatische und psychiatrische Kliniken, den Angehörigenverein, die Psychotherapeutenkammer sowie die Deutsche Gesellschaft für systemische Familientherapie (DGSF). Ihr Kontakt zu Patienten und Klienten kommt überwiegend indirekt zustande über die Angehörigen und die Supervisanden. Zu ihren Grundsätzen gehört, dass sie "immer im Familienverband, nicht alleine" behandelt. Die Diagnosen, mit denen sie vertraut ist sind Psychosen, Schizophrenie, bipolare Störung, Depression, schizoaffektive Störungen sowie Menschen, die zusätzlich zu einer psychischen auch somatische Störungen aufweisen.

Soziale Situation der Patienten/ Klienten

Alle drei Probanden beantworten die Frage nach der sozialen Situation der Patienten und Klienten, die zu ihnen kommen. ****1003**** bezieht sich allerdings vorwiegend auf die familiäre und gesundheitliche Situation der Angehörigen und Betroffenen. Sie geht im weiteren Verlauf des Interviews an anderer Stelle ausführlich auf die soziale Situation von Betroffenen ein.

****1001**** erklärt zunächst, dass im Hinblick auf die soziale Situation der Patienten vor allem Betroffene mit Behinderung und nicht nur mit einer psychischen Erkrankung zu seinem

Klientel gehören. Es handelt sich also um chronisch psychisch kranke Menschen. Er gibt an, dass deren soziale Situation nicht durchgängig schlecht sein muss: "Die soziale Situation ist keineswegs so äh so durchgängig nur schlecht oder nur gut, sondern auch Situationen, wo es bergauf geht und dann gnadenlos bergab" (92-93). Seine Ausführungen beginnt er mit einer Ausnahme, einem "sozialen Glücksfall" könnte man sagen. Er nennt den Patienten, über den er spricht auch "Hans im Glück" oder "Märchenprinz". Dieser habe sich ein Leben mit einer thailändischen Frau aufbauen können und verbringe auch Zeit in Thailand. ****1001**** erklärt, dass viele seiner Patienten von Wohnrehabilitation "profitieren" (94), dass er auch "bizarre Lebensformen" (407-408) unterstützt habe, z.B. das Leben in einem Wohncontainer in Abgeschiedenheit von der Gesellschaft. Er kommt auf das Problem der sozialen Isolation vieler seiner Patienten zu sprechen, betont jedoch, dass seine Patienten aus allen sozialen Schichten kämen und in der Regel den "Weg in eine deutlich schlechtere soziale Situation" durchmachten. Die Arbeitssituation seiner Patienten bezeichnet er als „häufig sehr prekär“ (99-100) und viele hätten Probleme mit dem Studium.

****1002**** geht vor allem auf die Arbeitssituation der Patienten ein, als sie nach deren sozialer Situation gefragt wird. Auch ihre Patienten haben zum großen Teil einen chronischen Verlauf. Sie spricht von "mindestens 40%" (76). Viele lebten in sozial schwierigen Verhältnissen, hätten keine Arbeit, bezogen Hartz IV, lebten in sozialer Isolation oder hätten Betreuung. Auch von den übrigen 60%, bei denen nicht von einem chronischen Verlauf zu sprechen ist, haben die meisten keine Arbeit. Als Grund führt sie an, dass viele im Jugendalter ihre Ausbildung nicht schafften und gar nicht anfingen zu arbeiten.

****1003**** geht zwar auf die Situation der Klienten ein, in der diese zu ihr kämen, allerdings bezieht sie sich überwiegend auf Angehörige psychisch Kranker und auf den gesundheitlichen Zustand der Betroffenen, weniger auf deren soziale Situation. Dies holt sie zu einem späteren Zeitpunkt im Interview nach, nämlich wenn es um die persönliche finanzielle Situation der Betroffenen und mögliche Hilfestellungen durch die Angehörigen geht. ****1003**** beschreibt, dass Angehörige meist zu ihr kommen bevor es zu einem Klinikaufenthalt gekommen ist. Sie bezieht sich auf Fälle, in denen nach der Klinik die Betroffenen von den Angehörigen meist weiter betreut werden, weniger auf Fälle, die später in einer (psychosozialen) Einrichtung untergebracht werden oder ein selbstständiges Leben führen: „Aber meistens, wenn sie im Zuhause wohnen und dann eben auch die äh Familie die ganze Familie in Mitleidenschaft gezogen wird oder aber auch wenn sie außerhalb wohnen und dann mit der Wohnsituation nicht klarkommen und verwahrlosen und so weiter, da kommen dann auch die Angehörigen

zu mir, ja“ (172-175). ****1003**** erläutert auch die Fragestellung, mit der die Angehörigen (und Betroffenen) zu ihr kämen, nämlich „wie die Klinik-Einweisung dann erfolgen kann oder was nach der Klinik passiert so. Das drum herum vor allem. Vor der Klinik, nach der Klinik“ (183-185).

Angehörigenarbeit

Die nächste Frage im Interview, die von ****1003**** bereits teilweise beantwortet wurde, bezieht sich auf die Angehörigenarbeit, die geleistet wird.

****1001**** bezeichnet sich zusammen mit einer Kollegin als "Angehörigenmissionar[...]" (133). Einer seiner Schwerpunkte habe in der Angehörigenarbeit gelegen, die sowohl in der Klinik als auch außerhalb im Verein stattfand. Bei der Angehörigengruppe handle es sich um eine angehörigenzentrierte statt informationszentrierte Angehörigengruppe. Empathisches Verstehen und der Umgang mit starken Emotionen seien zentraler Bestandteil der Arbeit mit Angehörigen: „Da kamen die Angehörigen und schimpften und heulten eine halbe Dreiviertelstunde ja waren voller Hass und Enttäuschung und so weiter und dann nachdem ich gelernt hatte nicht zu widersprechen und es einfach nur ja zu ertragen, Kopf einzuziehen, dann kam ganz regelmäßig hinterher ja aber wir brauchen trotzdem Hilfe, wir müssen ja das gemeinsam machen und so weiter und auf einmal war dann dieses war dann die Zusammenarbeit da und ich habe es nie anders erlebt also diese wahnsinnige Trauer, Wut am Anfang und dann hinterher diese sehr kooperative Zusammenarbeit“ (154-160). Allerdings sei die Zusammenarbeit mit den Angehörigen häufig durch zwei Faktoren eingeschränkt gewesen, nämlich dadurch, dass manche Angehörige schwer zu erreichen waren (aufgrund anderer Verpflichtungen zum Beispiel) und dadurch, dass manche Patienten keinen Angehörigenkontakt wünschten. Als zentral für die Arbeit mit den Angehörigen nennt er die "Igelgeschichte", die auf ein Gleichnis des Philosophen Arthur Schopenhauer (1788-1860) zurückgeht und die die Regelung von Nähe und Distanz zwischen den Angehörigen und den Betroffenen beschreiben soll: „Ich habe die als Igelgeschichte genommen, also Distanz-Nähe Problematik und *high expressed emotion* lässt sich ja ganz ganz schwer erklären, weil die Angehörigen sagen: Oh Gott, jetzt sind wir schon wieder Schuld. Und stattdessen erzähle ich denen eine Igelgeschichte, dass es nur darauf ankommt zu sehen, wie dünn ist die Haut, wie lang sind die Stacheln und wie viel Abstand brauchen wir, um uns zu wärmen, aber nicht gleichzeitig ja nicht zu sehr auf den Geist zu gehen. Und da hängt ja auch so diese

Autonomie-Problematik drin, also das das ist ein ganz großes Anliegen, wobei es ganz interessant ist, dass die für die Autonomie am problematischsten Eltern, solche *super high expressed emotion* Eltern ganz fantastisch wurden, wenn es gelungen ist, die in die politische Angehörigenarbeit hineinzubringen. Und dann äh ja hatten sie die Möglichkeit so ihre Liebe zu ihren Kindern auf einem anderen Schlachtfeld auszuagieren und zu merken wirklich was bewegen zu können und gleichzeitig ihre realen Kinder bisschen mehr in Ruhe zu lassen, mehr Autonomie zuzugestehen" (275-286). In der "Igelgeschichte" soll zugleich eine Entlastung der Angehörigen von der "Schuldfrage" stattfinden, denn oftmals würden diese - zumal wenn es Eltern psychisch kranker Kinder sind, was meist der Fall ist - für die Krankheit ihrer Angehörigen verantwortlich gemacht.

Obwohl ****1002**** keinen besonderen Schwerpunkt auf die Arbeit mit Angehörigen legt, ist sie dennoch gut informiert über die Angebote in ihrer Klinik und betont, dass die Angehörigen „auf jeden Fall“ (89) miteinbezogen würden. Fraglich sei allerdings der Zeitpunkt, zu dem dies stattfinde, da zunächst ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut werden müsse: „[I]n so angespannten Situationen ist es halt oft, dass Patienten das dann auch nicht wollen. So dass das dann erst später kommt“ (106-107). Eine Möglichkeit die Angehörigen mit ins Boot zu holen seien die regelmäßig stattfindenden Behandlungskonferenzen: „Die dauern 25 Minuten die Behandlungskonferenzen wie gesagt der Oberarzt ist dabei, die fallverantwortliche Person, Psychologin, die Bezugspflegeperson ist dabei und dann, wenn das sinnvoll ist, oder wenn es gewünscht ist, dann irgendwie Angehörige oder auch ähm zum Beispiel Betreuer“ (100-103). Als Alternative zu den Angehörigen, wird hier der Betreuer genannt. Häufig übernehmen auch die Angehörigen die Betreuung und sind dann in zweifacher Funktion vertreten, nämlich in ihrer Rolle als "Betreuer" und in ihrer Rolle als "Angehöriger" (z.B. Vater, Mutter, Schwester etc.). In der Klinik würden neben den regelmäßig stattfindenden Behandlungskonferenzen auch Familiengespräche angeboten, die während oder nach dem Aufenthalt durchgeführt werden können von ausgebildeten systemischen Familientherapeuten.

****1003**** schließlich bietet Kommunikationstrainings für Angehörige(-ngruppen) an. Außerdem arbeitet sie in ihrer Praxis therapeutisch mit Angehörigen psychisch kranker Menschen.

Begriff der Autonomie im Kontext Psychiatrie

Alle drei Probanden haben Stellung bezogen zur Definition des Begriffs der Autonomie, wobei es zwar gewisse Überschneidungen gibt, allerdings unter Autonomie jeweils etwas Verschiedenes verstanden wird. So fällt vor allem auf, dass als Gegenbegriffe die der Heteronomie und der Unmündigkeit (**1001**), der Fürsorge und Verantwortung (**1002**) und der Bindung (**1003**) benutzt wurden. Die Frage nach der Definition von Autonomie ist eher theoretisch ausgerichtet, während die Unterfragen zur Entscheidungsfähigkeit, zur Bedeutung von Familie und sozialem Netz sowie von persönlicher finanzieller Situation oder Zwangsbehandlung für die Selbstbestimmung eher auf Praxisaspekte abzielen. Die Konzeptionen von Autonomie, die von den drei Probanden vertreten werden, sind die differenzierertesten Konzeptionen, die aus der Interviewstudie (n=33) hervorgehen. Daher wurden diese Interviews an erste Stelle gesetzt und miteinander verglichen.

****1001**** zieht für die Ausführungen zum Autonomie-Begriff persönliche Aufzeichnungen heran. Er nennt zunächst den Gegenbegriff der Heteronomie, der sogleich an die Philosophie von Immanuel Kant erinnert und eine Fremdbestimmung des Willens durch Andere meint. Es gehe darum, die a) Richtung einer Behandlung mitzubestimmen, b) über sich selbst verfügen, c) selbstverantwortlich zu werden und zu handeln und d) als selbstverantwortlich wahrgenommen werden. ****1001**** spricht davon, dass der Mensch in unterschiedlichen "Aggregatzuständen" bestehe und nennt dabei das Beispiel eines Menschen mit manisch-depressiver Symptomatik, der sich zwischen den Polen "manisch" und "depressiv" bewegt, wobei die Selbstverfügbarkeit in der Manie eine andere sei als die in der Depression. Autonomie wird als ethische Forderung verstanden, die jedem Patienten zunächst zusteht, wobei unklar sei, wie sehr man den Anspruch auf Autonomie einlösen könne. ****1001**** stellt dafür einen Vergleich mit den Entwicklungsmöglichkeiten eines unmündigen Kindes an: "[I]ch denke diese Sache mit der Autonomie ist zunächst mal so eine Art ähm Prisma, durch das man den Patienten anschauen sollte, so eine Art ethische Forderung also dass man grundsätzlich jedem Patienten Autonomie zusteht, inwieweit man das dann ganz und gar einlösen kann, das ist eine ganz andere Geschichte, aber ihn zumindest als autonomiefähig sieht. Genauso wie man auch ein Kind zunächst mal als unmündig sehen kann oder als autonomiefähig nur im Rahmen seiner Entwicklungsmöglichkeiten. Und so halt hier beim Patienten auch" (189-195). Als weiterer Gegenbegriff zur Autonomie kann also auch die Unmündigkeit angeführt werden. ****1001**** geht darauf ein, dass Patienten trotz (offenbarer) Realitätsferne Autonomie für sich einforderten und es dann darum ginge, wer darüber

bestimme, was die Realität sei. Die Wahrnehmung der Wirklichkeit kann auch bei gesunden Menschen unterschiedlich sein und so auch bei Kranken. ****1001**** geht davon aus, dass die Extremsituationen, in denen sich Patienten befinden nicht dauerhaft seien und der Patient spätestens bei seiner Entlassung als autonom gelte. Er weist auf ein Phasenmodell aus der Fachliteratur hin, in dem es um self-monitoring, self-evaluation, self-control im Bereich Coping/ adhärenz gehe. Schließlich bezieht er sich auf das Beispiel seines "Märchenprinzen" in Thailand und beschreibt Autonomie als ein sich Lösen des Patienten und seinen eigenen Weg gehen. Seinen "Märchenprinzen" schildert er wie folgt: „Gesund, es ist ein ganz vernünftiger Mensch, der ganz gut planen kann, Risiken bewerten kann in seinem schizomanischen Zustand ist er ein blindwütig hassender Chaot, der ja übelste Pamphlete loslässt, wo man wirklich Sorgen hat, ich habe wirklich Sorgen gehabt, als er zurück nach Deutschland kam, dass er seine Mutter eventuell tatsächlich angreifen könnte. Hat er dann Gott sei Dank nicht gemacht, aber so im Spektrum wäre es drin gewesen. Ist er dann selbstbestimmt, wenn er so schizomanisch ist?“ (232-237). Hier könnte man sagen, die Symptomatik der Schizomanie schränke die Selbstbestimmung ein, weil kein kohärentes Verhalten mehr möglich sei.

Ähnlich wie ****1001**** beschreibt ****1002**** Autonomie zunächst als ein a) Mitbestimmen der Behandlung: „zentral bedeutet es für mich selbstbestimmt mitzuentscheiden und zu entscheiden, über die auch über die Behandlung“ (127-128). Als Voraussetzung für die Selbstbestimmung nennt sie die Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Sie argumentiert, es gebe Situationen, in denen Menschen nicht mehr gut entscheiden/ handeln können, weil sie die Konsequenzen ihres Tuns nicht mehr erkennen. In einer zweiten Bedeutung meine Autonomie b) Einfluss zu nehmen auf die Angebote und im Trialog über die Versorgung zu diskutieren. ****1002**** unterscheidet also zunächst zwischen zwei Bedeutungen der Autonomie. Später im Interview geht sie auf den Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ein. Dabei kann der Begriff der Verantwortung als Gegenbegriff zu dem der Autonomie verstanden werden.

****1003**** nennt als Gegenbegriff zur Autonomie den Begriff der Bindung und greift damit vor allem entwicklungspsychologische Theorien auf. Sie geht davon aus, dass die Bedeutung der Autonomie geringer wird für den Betroffenen, sobald er psychisch erkrankt: „[W]enn man eine psychische Erkrankung in der Familie da ist, also jemand psychisch krank ist, dass dann der Aspekt der Autonomie äh untergeht, weil die ganzen die Angehörigen natürlich auf die Krankheit reagieren, das heißt, dass mit der Autonomie, dass die hinten angestellt wird, was

für alle Beteiligten äußerst schwierig ist, weil oft heranwachsende Jugendliche, wenn die gerade einen schizophrenen Schub mit 18 kriegen, dass für die ja gerade dann Autonomie besonders wichtig ist und äh sie aber gerade in dieser Phase, wo Autonomie eigentlich erzeugt wird oder äh angestrebt wird, dann plötzlich die Krankheit da reinkommt, sich sozusagen auf die Autonomie draufsetzt und somit die Auto- die Autonomie nicht wirklich erfolgen kann, das heißt man muss diese Autonomie im Laufe der Erkrankung nach und nach fördern sowohl bei den Eltern, dass sie auch ein Stück loslassen können als auch bei dem Kranken, dass er lernt mit einer Krankheit umzugehen“ (192-202). Ein großes Problem sei allerdings fehlende Krankheitseinsicht und die Handlungen, die daraus eventuell entstehen könnten, z.B. vermeintliche Autonomie durch Weglaufen von Zuhause oder unter Brücken schlafen oder in irgendwelchen Wohnungen "dahinvegetieren". Als einen ersten Schritt zur Autonomieentwicklung sieht ****1003**** die Anerkennung der Krankheit und das Erlernen des Umgangs mit der Krankheit. Konkret könne das so aussehen, dass man eine gute Entscheidung trifft, wann man in die Klinik geht, wie viel Arbeit man sich zumuten kann etc. Dabei gehe es vor allem um a) Selbststeuerung. Auch das Thema b) Selbstwirksamkeit spiele eine Rolle, denn diese müsse aufgegeben werden, sobald sich der Betroffene in Behandlung begebe: "[D]as Thema Selbstwirksamkeit ist ja bei Kranken völlig weg, weil sie sich ja auch erst mal aufgeben müssen, um behandelt zu werden, ja, die müssen sich ja erst mal aufgeben, müssen erst mal in die Klinik reingehen und jemanden anders über sich bestimmen lassen, bevor sie wieder ihre Autonomie zurückbekommen" (245-248). Schließlich betont sie, dass parallel zu den Betroffenen (sie bezieht sich dabei auf psychisch kranke erwachsene Kinder) die Eltern Schritt für Schritt loslassen müssen und lernen "dem Kind ähm ein einen Raum zu lassen, wo er sich mit seiner Krankheit entwickeln kann, trotz Krankheit entwickeln kann, ja" (235-236).

Konkrete Projekte zur Förderung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

Alle drei Probanden nannten konkrete Projekte/ Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Auffällig ist dabei, dass niemand kritisch Stellung bezog zu existierenden Projekten, die die Selbstbestimmung eventuell nicht oder weniger fördern. Auch eine Abstufung wurde von keinem der Probanden vorgenommen. Es wurden Projekte/ Maßnahmen genannt und beschrieben und zum Teil bewertet. Eine Hierarchisierung konnte nicht ausgemacht werden.

****1001**** nennt an erster Stelle die a) Behandlungsvereinbarung, die b) Anti-Stigma Arbeit und die c) Angehörigenarbeit. Dann geht er auf d) Reha-Maßnahmen im Bereich Wohnen, Beruf sowie auf e) Psychotherapie ein. "[I]m Endeffekt ist Autonomie ja eines der wichtigsten Therapieziele" (306-307), so ****1001****. Im Weiteren sprechen wir über die Patienten- und Krisenvereinbarung, mit der ****1001**** besonders viele Erfahrungen gesammelt hat. Er gibt an, dass dieses Instrument für die Förderung der Selbstbestimmung nicht für alle Patienten geeignet ist. "Muss man also dazusagen und ich glaube ich hätte es auch nicht mit jedem Patienten gemacht. Und war auch nicht bei jedem Patienten nötig gewesen. Da äh bestand ein Konsens und der Patient wusste, was auf ihn zukommt, das war nicht in Frage gestellt, hilfreich war es für mich dann, wenn der Patient [unv.] die Frage war, ja was geschieht mit mir, dann hat sich auch die Zeit gelohnt und meine Erfahrungen waren die gewesen, dass ähm diese Dynamik, ich werde krank, ich werde immer akuter und jetzt sagt mir jemand, dass er das wahrnimmt und ich habe Angst davor, dass jetzt eine bestimmte Mühle beginnt, in die ich hineingerate und dadurch nimmt meine Panik nur noch mehr zu und ich werde noch psychotischer äh äh und gegen diese Dynamik hat das sehr sehr gut gewirkt" (347-354). Der Zustand des Patienten ist geprägt von Angst vor der nächsten Behandlung. Um besser mit dieser Angst umzugehen, kann eine Patientenverfügung gemacht werden. Die beteiligten Personen wissen dann besser, was in einer akuten Krise getan werden kann und muss. Ein besserer Umgang mit der Erkrankung kann durch eine Patientenvereinbarung oder Krisenvereinbarung erreicht werden und "Umgehen mit Krankheit ist ja auch so was wie Autonomie, nicht, Kapitän in seinem Boot sein und zu sagen jawohl, ich will auf das Riff zusteuern oder ich will äh die freie See erreichen oder den Hafen" (368-370). Schließlich geht ****1001**** auf die f) Selbsthilfe ein und bewertet diese als förderlich, sofern gewisse Voraussetzungen erfüllt seien: "Ich denke, wenn es gelingt dass von vornherein die Selbsthilfe signalisiert bekommt, dass die Profis nicht gegen sie sind, sondern kooperieren, hat die Selbsthilfe auch eine ganz andere Chance sich zu entwickeln ja nämlich muss nicht dann fanatisch antipsychiatrisch sein, sondern kann durchaus eigene Position klar definieren, dafür ist Selbsthilfe, aber gesprächsoffen bleiben" (375-379). Autonomie kann also in diesem Sinne nur in Zusammenarbeit mit Profis hergestellt werden.

Bei der Frage nach konkreten Projekten zur Förderung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen, geht ****1002**** zunächst auf die a) Patientenverfügung, b) das psychiatrische Testament, c) die Behandlungsvereinbarung sowie auf e) Ex-In ein. Gerade Experienced Involvement stärkt die eigene Position des Betroffenen, das eigene Wollen in

der Behandlung (vgl. 158-161). Schließlich weist sie darauf hin, dass die f) Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention ein großer Schritt mit weitreichenden Konsequenzen gewesen sei, da Rechtsansprüche die Autonomie stärken. An einer anderen Stelle nennt ****1002**** auch die g) Novellierung des Betreuungsrechts (vgl. 530-531) als wichtige Änderung in Richtung Förderung der Autonomie, die unmittelbare Auswirkungen auch auf die PV und die BV habe. Aufgrund ihres Expertenstatus im Hinblick auf Behandlungsvereinbarungen (BV), vertiefen wir dieses Thema. ****1002**** gibt an, dass der Sinn der BV von Klinikseite aus gewesen sei, eine vertrauensbildende Maßnahme zu schaffen, damit Patienten früher kommen und wissen, worauf sie sich einlassen. Der Sinn von Betroffenenseite sei jedoch ein Anderer, wie sie im Gespräch mit einer Betroffenen erfahren habe, nämlich die Stärkung der Selbstbestimmung und der Mitsprache. Im weiteren Verlauf sprechen wir über die Inhalte der BV, zu denen die medikamentöse Behandlung, Therapien und andere hilfreiche Maßnahmen im Krisenfall zählen. Als Beispiele könne der Ausschluss eines wirksamen Medikaments bei einem Patienten genannt werden, der durchaus kritisch zu beurteilen sei. Zwangsmaßnahmen etwa können nicht auch auf Wunsch des Betroffenen (z.B. Maniker) nicht im Vorfeld festgelegt werden: "[I]ch kann nicht im Voraus eine Fixierung irgendwie vereinbaren irgendwie oder eine Isolierung, sondern nur aus der Situation heraus" (384-386). Hier stoße die BV an ihre Grenzen, auch wenn die ursprüngliche Funktion der BV die Reduktion von Zwang gewesen sei. In Gesprächen ergebe sich häufiger eine Hierarchisierung von Zwangsmaßnahmen, z.B. Isolierung statt Fixierung oder Tropfen statt Spritze. Diese Präferenzen können dann schriftlich fixiert werden. Die Bedeutung der BV habe nachgelassen, sei jedoch durch die Änderung des Betreuungsrechts und die Behindertenrechtskonvention wieder größer geworden: „[I]ch glaube, dass das vor 20 Jahren da war das so ganz neu und innovativ und heute ist es glaube ich wirklich Allgemeingut und deshalb deshalb hat die Behandlungsvereinbarung nicht mehr so die Bedeutung für viele Patienten“ (287-289), jedoch „im Zuge der Diskussion mit dieser Patientenverfügungsgesetz und mit der UN-Behindertenrechtskonvention das das das noch mal wieder Aufschwung gebracht hat“ (303-305). Als aktuelle Veränderungen an der BV wird die Erhöhung der Verbindlichkeit angestrebt durch den Zusatz, dass die BV einer Patientenverfügung im Sinne des §1901 BGB entspricht.

****1003**** nennt als Projekte, die die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen stärken in erster Linie a) die Stärkung der Angehörigen z.B. in Angehörigengruppen. Dort können Themen wie Erbrecht, Wohnsituation und persönlicher Leidensdruck besprochen werden.

Man müsse jedoch Acht geben, dass dies nicht zu einem "Klagenclub" (279) werde, der zum Beispiel von Schuldzuweisungen geprägt sei. Vielmehr müsse es um die Ressourcen gehen, über die Angehörige verfügen und von denen sie Gebrauch machen können, um sich selbst zu stabilisieren. Weiterhin nennt ****1003**** b) sozialpsychiatrische Dienste, c) Gesundheitsämter, d) Einzelbetreutes Wohnen, e) Wohngruppen, f) betreute Arbeitssituation (Werkstätten), g) Heime, h) Betreuung, i) Tagesstätte. Kritisch geht ****1003**** auf den Drehtüreffekt der "endlosen Psychiatrie" ein. Auf Nachfrage gibt sie an, dass sie den örtlichen Betroffenenverein kenne. Von Projekten wie Open Dialogue und Ex-In habe sie noch nicht gehört, jedoch vom Psychose-Seminar und dem Trialog, welche sie als gute Modelle bewertet. Kritisch merkt sie außerdem an, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden müsse, um die Angebote publik zu machen.

(Medizinische) Entscheidungen für sich selbst treffen

Die Probanden wurden gefragt, inwiefern Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung (medizinische) Entscheidungen für sich selbst treffen können. Als Reaktion erlebte ich häufiger ein "sie tun es", so als ob dies keine Frage von Können, sondern von Müssen sei. Alle drei Probanden haben die Frage beantwortet. Ähnlich ist in allen drei Fällen, dass zwischen akuten Fällen und chronischen Fällen unterschieden wird. Außer ****1001**** gehen alle auf das Rechtsinstrument der Betreuung ein, um Entscheidungen zu treffen im Hinblick auf den kranken Menschen. Dieser schildert stattdessen Negativverläufe.

****1001**** nennt als erstes das Beispiel einer Anorexie-Patientin, die stirbt, wenn nicht interveniert wird. Hiermit will er offensichtlich zeigen, dass die Patientin eine medizinisch relevante Entscheidung für sich selbst trifft, indem sie sich nicht behandeln lassen will, dass diese jedoch zum Tod führt. ****1001**** beschreibt (Negativ-)Verläufe, wie sie aussehen (können), wenn nicht behandelt wird: „Die Frage ist, ist es gut so ja oder nein, das ist eine gesellschaftliche Geschichte, ähm, gelegentlich bin ich auch sehr kritisiert worden, wenn ich zum Beispiel solche bizarre Existenzformen unterstützt habe von wegen okay dann halt ein Wohncontainer fernab von irgendwelchen anderen Leuten, die Möglichkeit in der Nacht schreien zu dürfen, das war doch wie, das tolerieren, da denke ich gibt es ganz unterschiedliche Vorstellungen, dann wenn dies akute Krankheitsgeschehen vorbei ist und der Betreffende so den Status des Behinderten hat also Krankheitsfolgen da, die ihn in irgendeiner Form verändern, wobei sich dann diese Form der Veränderung nicht mehr so ganz von seiner

Persönlichkeit trennen lässt“ (408-415). Der Übergang von einer psychischen Krise zu einer psychischen Krankheit zu einer psychischen Behinderung scheint ihm offenbar nahe liegender, wenn der Patient selbst die (medizinischen) Entscheidungen für sich trifft. ****1001**** verneint jedoch nicht explizit, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung oder psychischer Erkrankung Entscheidungen für sich treffen können. Er nennt auch kein positives Beispiel an dieser Stelle für eine „geglückte“ Entscheidung. Auch auf das Rechtsinstrument der Betreuung geht er nicht ein.

****1002**** beantwortet diese Frage sehr umfassend. Sie geht ganz anders an die Beantwortung der Frage heran, indem sie betont, „dass auch andere Menschen in Situationen in Verfassungen sein können, wo sie nicht mehr in der Lage sind gut ihre Entscheidungen zu treffen“ (472-473). Als Beispiel nennt sie den Tod eines Angehörigen, „weil man von den Gefühlen, dem Schmerz vielleicht zu überwältigt ist ähm um wirklich die Konsequenzen zu überblicken“ (477-478). Die Frage veranlasst sie, über Fürsorge und Autonomie zu sprechen und über den Unterschied zwischen Selbstverantwortung und Selbstbestimmung. Als Beispiel nennt sie einen Maniker: "[I]n den Manien ist da sicherlich sehr schwer auszuloten, wo da die Grenze ist, das ist wirklich sehr sehr schwer ähm wo sie nicht mehr in der Lage sind und ich glaube, dass dieses Ausloten ist immer also für mich auch gefühlt an dieser Grenze zwischen der Selbstbestimmung, dem Selbstbestimmungsrecht und dem Aushalten sozusagen zu sehen das ist ja eigentlich ganz furchtbar mein Fürsorgeanspruch oder mein, also das ist was Fürsorgliches zu denken, also der braucht doch irgendwie Unterstützung, das geht doch so nicht, das kann doch so nicht sein, das ist ja furchtbar. So zu leben und das auszuhalten ist glaube ich schon der Spagat und der ist glaube ich immer auf so einer gesellschaftlichen Basis“ (483-490). ****1002**** stellt einen Vergleich an zwischen der Psychiatrie in der Ukraine, wo es eine totale Kontrolle und Überbehütung gäbe und Berlin, wo eine gewisse soziale Kälte herrsche, die bis zur Fahrlässigkeit gehen könne, wenn dem Betroffenen die Schuld für seine Situation gegeben werde, ohne dass Hilfsangebote gemacht würden: „[D]as finde ich ist die entscheidende Haltung, die ich im Grunde genommen auch in der UN-Behindertenrechtskonvention so wieder finde, wo man aber gut aufpassen muss diesen Part wirklich genau immer mit zu diktieren zu sagen wir müssen auch die Möglichkeit zur Hilfe zur Verfügung stellen, wir müssen das anbieten und wir müssen das auch bereitstellen, wir müssen eventuell auch die Übersetzungsarbeit leisten, wir müssen auch die Zeit geben also das gehört alles mit dazu, weil ansonsten endet es wirklich in so einer sozialen Kälte glaube ich so zu sagen die sind alle selbst verantwortlich“ (511-517). Schließlich nimmt sie noch

Bezug zum Betreuungsrecht und betont, wie wichtig das Vertrauensverhältnis zum Betreuer sei: „Aber ich finde das ist wirklich so für mich immer der also der das größte Spannungsfeld in der psychiatrischen Tätigkeit eben, ich würde das immer sagen zwischen Fürsorge und Verantwortungsübernahme eben für jemand und dieses Selbstbestimmung und Autonomie gut, die eigene Verantwortung und ich ich meine halt schon auch dass das manchmal Situationen gibt, wo Menschen so nicht einwilligungsfähig oder nicht selbstbestimmt sind und deshalb auch nicht zur Verantwortung zu ziehen“ (548-553).

****1003**** betont: „[I]n der Akutphase ist es schwer Entscheidungen für sich selber zu treffen“ (405). Sie plädiert für eine bessere Vernetzung von Profis, Angehörigen und Betroffenen gerade im ambulanten Bereich, um besser Entscheidungen treffen zu können. Auch sie geht auf das Rechtsinstrument der Betreuung ein. „Ich finde, man soll den Patienten immer in Entscheidungen äh mitfragen, man sollte sie nicht außen vor lassen, aber es gibt manchmal Situationen, wo ähm die die keine Entscheidungen treffen können, weil sie die Kontrolle über sich verloren haben und in solchen Fällen ist es besser, wenn man dann eben, wie gehabt, auch mit Betreuung in Angriff nimmt und dass Andere dann über die Menschen entscheiden“ (407-411).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Alle drei Probanden wurden gefragt, wobei Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung die meiste Unterstützung benötigten. Vor allem ****1002**** und ****1003**** betonen die große Bedeutung, die die Gesellschaft bei dieser Aufgabe hat.

****1001**** spricht von der Problematik der Bevormundung beim Helfen, welche vermieden werden solle. Er nennt als Beispiel einen Kranken, der eine Krücke brauche, diese diene ihm zwar als Gehhilfe, sei aber zugleich auch Hassobjekt. Er findet, der Therapeut sei eine solche Krücke für den psychisch kranken Menschen. Es sei wichtig zu unterscheiden, „wo ist Hilfe wirklich nötig und dann ist Hilfe wirklich was ganz Hervorragendes und wo ist Hilfe, wo rutscht Hilfe über in Bevormundung. Und dann eben halt so diese Zwischenformen zum Beispiel es ist ganz faszinierend sich mit Behinderten zu unterhalten, wie sie die Hilfsangebote, die sie für sich haben einschätzen und das ist eine hochambivalente Beziehung. Also eine Krücke, also eine Gehhilfe, ist auf der einen Seite eine Hilfe, eine Gehhilfe, und auf der anderen Seite ein Hassobjekt“ (460-465). Zwar veranschaulicht

****1001**** die ambivalente Hilfebeziehung zwischen Profi und Betroffenem, aber er geht nicht auf die Frage ein, wobei der Betroffene die meiste Unterstützung braucht. Dies könnte bedeuten, dass der Betroffene Unterstützung braucht dabei, welche Hilfsangebote für ihn förderlich und welche hinderlich sind, denn nicht jede Hilfe muss Bevormundung sein.

Auch hier geht ****1002**** wieder ganz anders an die Beantwortung der Frage heran, denn sie nennt sofort einen Aspekt, unter dem Betroffene leiden: „[I]ch glaube, dass die meisten Patienten darunter leiden, dass sie nicht wirklich sich anerkannt fühlen, dass sie, dass sie allein sind, also das ist so auch in diesem nicht wie formuliere ich das jetzt in diesem nicht anerkannt sein. Anerkannt ist so Anerkennung wert wert zu sein, also es hat auch viel mit wert sein zu tun und ähm mit Anerkennung, in dem Sinne meine ich anerkannt zu sein so gesehen zu werden als Person irgendwie äh und auch als irgendwie bedeutsame Person also das ich finde das ist so für mich der Kern bei im Grunde genommen allen Patienten. Das sind nicht nur Psychiatrie-Patienten“ (571-577). Als zweiten Punkt, den sie als Unterstützungsbedarf ausmacht, nennt sie die Teilhabe: „Teilhaben an irgendeiner Gemeinschaft und Gesellschaft“ (586-587) sei zentral. Sie spricht über das Problem, wenn Tagesstättenplätze gestrichen werden und Besucher der Tagesstätte aus ihrer Gemeinschaft herausfallen, wenn es ihnen zu gut geht. So verlieren sie wichtige soziale Kontakte und eine Gemeinschaft, an der sie teilhaben. Schließlich geht sie auf Wirksamkeitsstudien ein, die zeigen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung das Wichtigste in der Therapie sei und der 1:1 Kontakt mehr zur Stabilität der Betroffenen beitrage als Gruppentherapien. Letzteres beantwortet jedoch eher die Frage, wie Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung oder psychischer Erkrankung zu helfen sei und weniger wobei sie Unterstützung brauchen.

Auch hier geht ****1003**** vor allem auf die entwicklungspsychologischen Theorien ein. Sie sagt, dass sie Betroffenen Unterstützung brauchen „in ihrer Autonomie Selbstbestimmung langsam zu entwickeln, in ihrem Tempo zu entwickeln“ (465). Außerdem bräuchten Sie Zugang zum eigenen Krankheitsgeschehen, um dieses besser nachvollziehen zu können: „Sie brauchen Zugang zu dem, was ihnen eigentlich passiert, sie sollten darüber Bescheid wissen, was in ihnen passiert“ (466-467). Der wichtigste Aspekt scheint jedoch zu sein, dass sie Unterstützung von Seite der Gesellschaft brauchen, die ihnen nicht nur einen Platz einräumt, sondern auch Anerkennung entgegen bringt: „Sie brauchen Unterstützung für ihre für ihren Selbstwert, dass sie nicht abgeschrieben sind in der Gesellschaft, sondern ihren Selbstwert behalten, in der Gesellschaft einen festen Platz bekommen, wo sie sich bewegen können, wo sie sich auch wohlfühlen und nicht aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden, was oft noch

passiert. Sie gehören integriert in die Gesellschaft“ (467-471). Neben der Integration bzw. Inklusion betont ****1003****, dass mehr positive Öffentlichkeitsarbeit getan werden müsse: „das gehört also vielmehr noch in die Gesellschaft reingerückt die Erkrankung und mehr wahrgenommen und zwar konstruktiv, positiv wahrgenommen, im Sinne von Überstehen, im Sinne von Resilienz“ (475-477).

Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung

Alle Probanden wurden nach der Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes des Betroffenen für seine Selbstbestimmung befragt. Alle drei betonen die große Bedeutung der Familie und der Angehörigen für den Psychiatrie-Erfahrenen, auch wenn es sich häufig um ambivalente Beziehungen handelt, die von Abhängigkeiten geprägt sein können.

****1001**** betont die „enorm wichtige Bedeutung“ (475) der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen. Er gibt an, dies sei der Ort, an dem „ich mich selber bestimmen [kann]“ (475-476) und wo ich meine „Ressourcen herholen“ (476) kann. Gleichzeitig weist er auf die Ambivalenz dieser Beziehungen hin, da das Problem der starken Abhängigkeit von Menschen und therapeutischen Angeboten besteht, das die Selbstbestimmung dann wieder einschränken kann: „Und da hat man eine ganz hochgradige Ambivalenz, dass nämlich die ja die Beziehungen die man hat, dadurch dass sie seltener werden, an Bedeutung gewinnen und man beginnt abhängig zu werden von speziellen Menschen. Aber auch abhängig jetzt von therapeutischen Angeboten, ob sozialpsychiatrische Dienste oder behandelnder Arzt, dass dann dieses Netz ähm nicht mehr etwas ist, in dem man frei agiert, sondern etwas in dem man sich verstrickt, weil man Angst hat zum Beispiel Halt zu verlieren, Unterstützung zu verlieren und auch da wieder so eine ganz hochdialektische Geschichte“ (477-483).

Auch ****1002**** betont, Angehörige und eine Gemeinschaft seien für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen bedeutsam. Dort gäbe es „Rückhalt“ (633). Sie stellt einen Vergleich an mit einer Person, die eine Krebserkrankung habe. Auch hier würden sich die Menschen im Umfeld erst einmal zurückziehen, weil sie verunsichert seien, wie sie mit dem Betroffenen umgehen können. Sie bringt ein Beispiel von Mutter und Sohn, wo die Mutter immer wieder Unterstützung angeboten hatte und aber ihrer Meinung nach keine Besserung des Zustands des Sohnes eintrat, was durch die Ärzte richtig gestellt werden konnte, sodass

der Sohn das Weihnachtsfest Zuhause verbringen konnte, was ihm sehr wichtig war. Auf Nachfrage gibt ****1002**** an, dass die Angehörigen überwiegend Eltern psychisch kranker (erwachsener) Kinder seien.

****1003**** betont ebenfalls, die Familie und das soziale Netz hätten eine „sehr entscheidende Bedeutung“ (480). Sie betont die lebenslange Bedeutung der Herkunftsfamilie und weist darauf hin, dass manchmal Grenzsetzung sehr wichtig ist. „Es gibt aber manchmal Situationen, wo es besser ist auch eine Grenze zu setzen zwischen den psychisch Kranken und den Angehörigen, nämlich dann, wenn es nicht konstruktiv eingebunden werden kann in den gesamten Gesundungsprozess des Angehörigen“ (484-486). Zudem sei es wichtig, die Probleme der Angehörigen weitgehend vom Betroffenen fernzuhalten, damit dieser durch ihre Probleme nicht auch noch belastet wird. Das gilt vor allem, wenn „starke Probleme von den Angehörigen noch rübergeschwappt“ (489) kommen. ****1003**** betont ebenfalls, dass es wichtig ist, dass Angehörige Lebensqualität haben und selbst zurechtkommen mit ihrem Leben, denn dann „gibt es eine Rückkoppelung für den psychisch Kranken, sich selbst auch Lebensqualität zu verschaffen“ (497-498).

Bedeutung der Psychopharmaka für die Selbstbestimmung der Psychiatrie-Erfahrenen

Alle drei Probanden wurden nach der Bedeutung von Psychopharmaka für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen befragt. Dies ist ein sehr umstrittenes Thema im Bereich der (Sozial-)Psychiatrie, bei dem häufig Extrempositionen vertreten werden (Psychopharmaka als Fluch oder Segen). Es werden verschiedene Zusammenhänge zwischen Psychopharmaka und Autonomie hergestellt.

So beginnt ****1001**** seine Antwort damit, dass er erklärt, der Einsatz von Psychopharmaka sei der Bereich in der Psychiatrie, wo am ehesten das Gefühl der a) Bedrohung der Selbstbestimmung, auch bei Nicht-Betroffenen, aufkomme. Es gebe eine Angst davor, durch die Medikamente, die im Stoffwechsel wirken ein anderer Mensch zu werden: „dann bin ich plötzlich ein ganz anderer Mensch, kann nicht mehr bestimmen, werde ganz anders“ (488). Zudem gebe es b) das Problem des Informed Consent mit der Frage, wie der Arzt angemessen informieren könne über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente. Eine weitere Verbindung zwischen Selbstbestimmung und Psychopharmaka sei, c) dass manche Patienten ihre Autonomie "beweisen" durch das Nicht-Nehmen von Medikamenten. Schließlich spiele

auch das Vergessen von Medikamenten eine Rolle neben der Selbstbestimmung. Er stellt einen Vergleich an mit der Behandlung einer Borreliose-Infektion: „[I]ch hatte ja erst vor kurzem Borreliose-Infektion gehabt, eine Zecke vergessen ihr Mundwerkzeug zu reinigen, und [unv.] musste drei Wochen lang hinweg Antibiotika nehmen, die erste Woche ging es gut, sozusagen in der zweiten Woche stellte ich fest ich beginne zu schlampen, aber das Schlampen, das ist nur eine Geschichte, passiert auch, und dann rutscht man in so eine war nicht so schlimm gewesen und wenn es nicht so schlimm war, kann ich es nächstes Mal auch noch weglassen, dann wird ja diese Sache auch noch gefüttert noch durch ja die Ambivalenz, die man dem Medikament gegenüber hat, ja, das was man schon immer gedacht hat, was wie negativ sie sein könnten unterstützt einen dann darin das wegzulassen und zuletzt eben diese Entscheidung 'I mog ned'" (520-528). Schließlich weist ****1001**** auf den Einfluss, den die Krankheit selbst auf die Selbstbestimmung hat hin: „Krankheit beeinflusst die Selbstbestimmung verändert sie ganz massiv in Richtung, die durchaus weggeht von gesunder Selbstbestimmung“ (496-497).

****1002**** hebt zunächst hervor, dass Psychopharmaka helfen können den Patienten (schneller) wieder selbstbestimmungsfähig zu machen: „Also ich finde dass Psychopharmaka sehr effektiv sind, bei manchen Patienten das dann zu sehen wie sich innerhalb von einer Woche habe jetzt noch mal eine Patientin auch gehabt, die sechs Wochen unbehandelt war bei uns in der Klinik, da wir alles versucht haben sie zu gewinnen, dann mit Zwangsmedikation und innerhalb von einer Woche auf einmal in Kontakt waren wie sie davor das überhaupt gar nicht ging“ (735-739). Sie weist auf eine wichtige Debatte hin, nämlich dass viele Psychopharmaka die Lebenserwartung verkürzen. Zugleich betont sie, dass ein Leben mit der Krankheit ohne Behandlung auch lebensverkürzend sein kann, vor allem wenn die Versorgung des Patienten zu schlecht sei. Im Hinblick auf die Lebensqualität müsse individuell entschieden werden, ob und wie viel medikamentöse Behandlung richtig sei. Hier sei es wichtig sich Verläufe anzusehen. ****1002**** stellt ebenfalls einen Vergleich mit einem somatischen Krankheitsbild an, nämlich mit einem kaputten Knie: „Wenn ich ein kaputes Knie habe muss ich auch überlegen, ja lasse ich das jetzt operieren und nehme ich dann in Kauf, dass womöglich dann Folgeschäden kommen oder ähm dass ich vielleicht weiter Schmerzen haben werde obwohl eine gewisse Verbesserung da ist oder lasse ich es bleiben oder schlucke ich weiter meine Schmerzmittel das belastet meine Niere oder meine Leber irgendwie das wäge ich ja auch ab, das muss jeder für sich abwägen so müssen es Psychiatrie-Erfahrene oder auch Menschen mit psychischen Erkrankungen eben auch abwägen und das ist

mit unsere Aufgabe glaube ich schon, dass wir das damit in Kontakt kommen müssen und diese Möglichkeiten schaffen müssen“ (749-756).

Schließlich spricht ****1003**** über die Bedeutung von Psychopharmaka für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Sie betont die Extrempositionen, die es zu diesem Thema gibt und nennt die Psychopharmaka einerseits einen Segen, da sie viele heftige Symptome vermindern können und andererseits einen Fluch, wenn man überdosiert oder zu schnell ist mit Psychopharmaka (vgl. 510-511). Schließlich betont sie: "Psychopharmaka kann eigentlich nur eine Ergänzung sein, aber nicht ein Ersatz für die andere Art von äh Unterstützung" (511-512).

Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage nach der Bedeutung der finanziellen Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen gehen etwas auseinander. Der Grund liegt vermutlich darin, dass sich ****1001**** in erster Linie auf seine Patienten/ Klienten bezieht, während ****1002**** in erster Linie vermutlich von in der Selbstvertretung aktiven Psychiatrie-Erfahrenen spricht und ****1003**** in erster Linie die Perspektive der Angehörigen im Blick hat, die von der finanziellen Situation der psychisch kranken Angehörigen (meist Kinder) mitbetroffen sind.

Laut **1001** ist die persönliche finanzielle Situation in erster Linie eine Voraussetzung für Teilhabe, zum Beispiel die Finanzierung der Mitgliedschaft in einem Sportverein (vgl. 545). Diese könnte nicht von allen psychisch kranken Menschen getragen werden. Er nennt jedoch auch das „Gegenbeispiel“ eines Klienten/ Patienten, der trotz Eigentumswohnung und ausreichend Geld in der Familie in seinem gesundheitlichen Zustand schwankt.

****1002**** zufolge würde die finanzielle Situation überschätzt. Oft hätten Psychiatrie-Erfahrene jedoch das Gefühl benachteiligt zu sein und müssen dies kompensieren (855-856). Sie hält es für unklar, ob es zielführend wäre, wenn sie mehr Geld hätten. Ihr sei aufgefallen, dass viele mehr Geld wollen, um sich fortzubewegen, um mehr unterwegs zu sein und an Veranstaltungen teilzunehmen (861-862).

****1003**** gibt eine sehr ausführliche und emotional gefärbte Antwort auf die Frage nach der Bedeutung der finanziellen Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen und betont den großen Aufwand an Geld zu kommen: „Alleine die Anträge auszufüllen ist für psychisch Kranke also absolut äh oft gar nicht möglich, ja dann werden sie noch von Pontius nach Pilatus geschickt zwischen Rentenversicherung, ähm, Hartz IV äh bis hin zur Sozialhilfe und die sind da in dem Teufelskreis der verschiedenen Ämter auf- vollständig hilflos und da ist ganz wichtig, dass äh je nach Erkrankung natürlich, aber da ist wichtig, dass da einer an die Seite gestellt wird, die diesen Ämterdurchgang äh auf jeden Fall mitmachen“ (538-543). Sie nennt zwei Beispiele von Ausgaben, die zu bewältigen seien. Einerseits für die Freizeit (Eisessen) und andererseits für die „normale“ Lebensqualität: „wenn die älter werden und 30 oder 35 Jahre äh und sich um jedes Eis, äh äh was sie essen einen Pfennig umdrehen müssen oder zum Beispiel die Wohnung, ähm wenn die äh die Kaution wird wird nicht bezahlt, solche Sachen laufen da, also wo die äh richtig geknappst wird oder wo sie dann Heizkosten nachzahlen müssen“ (558-561). Sie erklärt, die Geldknappheit sei eine Bestrafung zusätzlich zur Krankheit. Sie nennt das Beispiel einer Mutter, die ihrer Tochter die Einrichtung der Wohnung zahlt, weil nur 500 Euro zur Verfügung gestellt werden. Ihrer Meinung nach seien Psychiatrie-Erfahrene finanziell sehr schlecht gestellt: "[S]ie sind sehr im Abseits, grade von dem Finanziellen her" (581-582). Dies verweist wieder auf den Teilhabe-Aspekt, der bereits von ****1001**** angesprochen wurde.

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

****1001**** betont, dass Zwangsmaßnahmen nur bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig seien, also wenn es sich um „absolut unkontrollierbare Zustände“ (563) handle. Der Freiheitsentzug, der durch die Unterbringung zustande kommt, müsse juristisch abgesichert sein und könne eine „Investition“ sein, die sich lohnt. Manche Patienten seien dankbar für den Schutz, den diese Maßnahme gewährt, andere hassen den einweisenden/ begutachtenden Arzt. Das Vorgehen sei relevant für die philosophische Freiheitsdebatte, mit der Fragestellung, wie weit sich die Freiheit des Einzelnen in einer Kommunität entfalten könne. Dabei gebe es gesellschaftlich definierte (nicht naturgegebene) Grenzen, wie schon in den Schriften Marquis De Sades deutlich werde. ****1001**** geht auch auf die Unterbringung ohne Behandlung ein, die rechtlich möglich ist, wobei es zu Problemen mit der Finanzierung durch die

Krankenkasse kommen könne. Im Hinblick auf die Zwangsmedikation erklärt ****1001****, dass es zwei Formen gebe, nämlich die offene und die heimliche Zwangsmedikation: „Zwangsmäßignahmen, da gibt es die Möglichkeit entweder ich gebe irgendeinem Patienten gegen seinen Willen Medikamente, würde das grundsätzlich aber offen machen, also heimliches Medikamentengeben das habe ich immer vermieden. Ich muss sagen, das wäre unfair, habe es aber gar nicht so selten erlebt, dass vor allem Angehörige in die Suppe in den Tee oder sonst wo irgendwelche Tropfen hineingemischt haben. Dann äh haben Patienten gelegentlich gesagt, dass sie Fixierung wollen, um eine massive Situation auszuhalten, aber auch bewusst auszuhalten, damit sie keinen Schaden anrichten können, für andere war es die absolute Hölle gewesen. Das gleiche auch mit der Zwangsbehandlung, dort vor allem, wo Medikamente dann zu massiven Nebenwirkungen geführt haben, was weiß ich mit Schlundkrämpfen oder so was, das muss absolut scheußlich sein“ (585-594). Neben den Nebenwirkungen gibt es aber auch eine unter Umständen lebensrettende Funktion der Medikamente. ****1001**** bringt ein Beispiel aus „früheren Zeiten“, wo man Patienten niederspritzte, wenn diese „auf eine nicht mehr nachvollziehbare Art erregt“ (608) waren, um deren Tod zu vermeiden, wenn der Organismus den Erregungszustand nicht mehr aushält. Fixierungen seien auch auf freiwilliger Basis möglich, wenn der Patient eine „massive Situation“ bewusst aushalten will oder muss.

****1002**** kam bereits im Zuge ihrer Ausführungen zu Behandlungsvereinbarungen auf die Bedeutung von Zwangsmäßignahmen zu sprechen. Das Ziel der Behandlungsvereinbarung sei ursprünglich gewesen Zwangsmäßignahmen zu reduzieren. Dieses sei auch erreicht worden (vgl. 231-233). In den Behandlungsvereinbarungsgesprächen sei eine Nachbesprechung von Zwangsmäßignahmen sehr wichtig. Es gehe hierbei um „Patienten oder Menschen, die eben schon als Patient in der Klinik waren in der Behandlung waren und Zwangsmäßignahmen erlebt haben und gesagt haben also das möchte ich eben nicht noch mal erleben und dass dann eben in dem Gespräch noch mal ist, warum war das aus unserer Sicht notwendig und wie war das für den Patienten“ (406-409). Die Beschreibung des Erlebens der Zwangsmäßignahme durch den Patienten sei eng verbunden mit dem Autonomiegedanken: „also das finde ich auch noch mal wichtig und dann dann dieses Beschreiben wie Patienten es erleben diese äh Zwangsmäßignahmen und ähm ich finde da kommt noch mal sehr dieses Thema von Autonomie und Selbstbestimmung rein nämlich zu sagen was können sie tun, dass das anders wird“ (428-431). Auch der Versuch einer Hierarchisierung von Zwangsmäßignahmen werde unternommen, z.B. wenn der Patient eine Isolierung statt einer Fixierung wünscht oder die

Einnahme von Tropfen statt einer Spritze: „dass sie dann sagen also das Medikament will ich auf keinen Fall wieder nehmen das war so schrecklich oder dann in diese in diese Spritze lieber da nehme ich lieber dann Tropfen irgendwie also dann über so was dann drauf zu kommen andere Lösungen zu finden und andere Wege“ (439-442).

****1003**** sieht die psychiatrische Unterbringung in erster Linie als eine Entlastung des Betroffenen, zum Beispiel von seinen Pflichten im Haushalt. Wenn die Selbstkontrolle nicht mehr funktioniere, sei eine Versorgung in der Klinik von Nöten. Erst dann kann eine Entwicklung von Autonomie wieder stattfinden als Wachstumsprozess. ****1003**** sagt, Zwangsmaßnahmen seien manchmal nötig. "Der Mensch, der krank ist, lebt ja teilweise im Horror und da ist dann wichtig, dass man einen äußeren Rahmen und eine äußere Regelung hat und auch Grenzen setzen kann. Das dafür finde ich das richtig. Ähm, wenn man wenn die Krise vorbei ist, dann kann man wieder anfangen mit Autonomie, meine ich" (623-626). Sie gibt an, dass "Autonomie [...] die eine Seite und Grenzsetzung und Verantwortung [...] die andere Seite" (631-632) seien. Zwischen diesen Polen bewege sich die psychiatrische Behandlung in einer Krise.

Einfluss der Psychiatrie-Erfahrung auf die Selbstbestimmung

****1001**** denkt, das Psychiatrie-Erfahrung nicht das Problem sei, sondern vielmehr die Reaktion der Gesellschaft auf diese. „Psychiatrie-Erfahrung selbst denke ich ist nicht das Problem, sondern das andere, dass die Umgebung, die Gesellschaft Psychiatrie-Erfahrung mit bestimmten Stigmata versieht“ (678-680).

****1002**** sieht Psychiatrie-Erfahrung als eine Erschütterung von Selbstverständlichkeiten und Freiheit an: „Also vor allen Dingen, wenn sie eben Zwangsmaßnahmen erlebt haben, dann denke ich schon, dass die in dem ich glaube dass jeder Mensch im Grunde genommen einhergeht erstmal mit so einem Gefühl von natürlich mache ich was ich will und natürlich irgendwie also in einem gewissen Rahmen, natürlich entscheide ich über mich selbst und die Erfahrung, wenn man die gemacht hat in der Psychiatrie, dass das nicht so ist, dann ist das häufig sehr erschütternd“ (871-876).

****1003**** erklärt, durch Psychiatrie-Erfahrung erlebe der Betroffene einen „Riesenschock“, weil er erfährt, dass er „nicht richtig tickt“ (639) und dass andere über ihn Gewalt haben und Grenzen setzen. „Diese Grenzerfahrung ist auch gleichzeitig wieder eine Voraussetzung, dass

man Autonomie entwickeln kann“ (643-644). Die Erfahrung, dass man keine Autonomie mehr hat, könne konstruktiv umgedeutet werden: "Diese Grenzerfahrung ist absolut wichtig, um sozusagen einen neuen Bezug zu sich selbst zu entwickeln. Ja, also das ist wieder dasselbe eigentlich, dass es die andere Seite der Autonomie ist und dass die Autonomie dadurch aber eher gefördert wird durch eine Grenzerfahrung als äh als verhindert" (655-657).

Einfluss der Psychiatrie-Erfahrung auf die Persönlichkeit

Die Frage, welchen Einfluss die Psychiatrie-Erfahrung auf die Persönlichkeit des Patienten hat, wurde nur an **1002** und **1003** gestellt.

1002 erklärt, dass manche von der Psychiatrie-Erfahrung profitierten und dankbar seien, andere hingegen mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu kämpfen hätten. Dabei spielt die Diagnose eine große Rolle, denn zum Beispiel mit einer Depression sei man „salonfähig“ (661), was bei anderen Diagnosen gerade aus dem schizophrenen Formenkreis nicht der Fall sei. Viele seien durch die Diagnose „massiv erst mal in ihrer Persönlichkeit auch wirklich verunsichert“ (896-897). Zusätzlich sei es schwierig über die Erfahrung in der Psychiatrie (öffentlich) zu sprechen: „zu sagen irgendwie ich war in der Psychiatrie ist dann doch für viele immer noch sehr schwer ich glaube für die allermeisten und auch kränkend und das ist so so eine Verletzung in der Persönlichkeit“ (904-906). **1002** weist auf den unterschiedlichen Umgang mit der Psychiatrie-Erfahrung hin und rät zu Offenheit: „Wobei Menschen ganz unterschiedlich damit umgehen, ich glaube manche setzen sich dann ganz viel damit auseinander und sagen gut, können es integrieren, nehmen das dann auch als Hilfe wirklich und sind offen damit und ähm und bei anderen glaube ich die wehren sich dann total und verstecken das vielleicht auch sehr. Also ich glaube das macht sehr einsam. Das hat dann auch sehr große Auswirkungen“ (913-918).

1003 spricht weitgehend nicht über den Einfluss der Psychiatrie-Erfahrung auf die Persönlichkeit, sondern den Einfluss der Krankheitserfahrung auf die Persönlichkeit. Diese sei eine „ganz tiefe Erfahrung, ist teilweise ja auch eine Traumatisierung selbst im Patienten“ (679). Auch sie weist auf die prägende Erfahrung hin, die im Laufe des Lebens verarbeitet werden müsse: „[H]interher muss er darüber nachdenken, was er alles gemacht hat und was ihm alles geschehen ist und was ihm alles passiert ist, das ist ja oft hochdramatisch. Das heißt er ist sehr [betont] geschafft damit, also er hat damit zu tun, sein ganzes Leben eigentlich hat

er damit zu tun, wenn er mal in so einer Psychose drin war. Das ist damit ist nicht zu spaßen. Das ist schon eine ganz massive Beeinträchtigung“ (684-688). Die Erfahrung durch die Krankheit könne so massiv sein, dass „wenn man so was mal erlebt hat, dass man sich nicht auf sich selber verlassen kann, dass man voll durchdreht, dann äh das ist das so umwerfend, dass man wirklich äh jemanden braucht, oder Therapie braucht, eine Hilfe braucht, um sich wieder einzukriegen, um das einzu- um das einordnen zu können im Leben“ (692-695).

Verantwortung für das eigene Leben übernehmen

Die Frage, inwiefern Psychiatrie-Erfahrene Verantwortung für ihr eigenes Leben übernehmen können, wurde nur an ****1001**** und an ****1002**** gestellt. Beide antworten unterschiedlich darauf. Während ****1001**** zwar angibt, die Betroffenen würden die Verantwortung übernehmen, könne er nicht sagen (außer in Einzelfällen), ob sie auch dazu in der Lage seien. ****1002**** hingegen gibt an, Betroffene können die Verantwortung für ihr Leben übernehmen, zumal wenn man Empowerment als Grundlage nehme.

****1001**** gibt an, dass die Verantwortung für das eigene Leben übernommen wird von den Betroffenen. Ob die Betroffenen dazu in der Lage sind, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen, könne er nicht entscheiden außer der Betroffene ist offensichtlich außer Stande, weil er komatos, intoxikiert oder akut psychotisch ist. Auch Suizidalität müsse akzeptiert werden.

****1002**** gibt an, Betroffene können die Verantwortung übernehmen, vor allem, wenn man Empowerment als Grundlage nimmt. Es sei allerdings notwendig, dass Hilfen angeboten werden und Möglichkeiten geschaffen, dass sie selbstbestimmt entscheiden können.

Lebensqualität von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung

Die Frage, wie die Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen sei, wurde nur an ****1001**** und ****1002**** gestellt.

****1001**** antwortet, dass diese ganz unterschiedlich sei. Er nennt als Beispiel einen Studenten aus einer Akademiker-Familie, der sich von den Ansprüchen, die an ihn gestellt werden, verabschieden muss

****1002**** gibt an, dass diese Frage nur von den Betroffenen selbst beantwortet werden könne: „was für sie wichtig ist in ihrem Leben und was für sie die Qualität in ihrem Leben ausmacht und ähm das finde ich wiederum gehört natürlich zum zur Autonomie, dass ich das dann natürlich zu respektieren habe“ (760-762).

Weitere Entwicklungen in Hinblick auf die Patientenautonomie in der Psychiatrie (Prognose)

Die Frage nach den weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie beantworteten die drei Profis unterschiedlich, jedoch mit einigen Überschneidungen (z.B. Bedeutung der UN-Behindertenrechtskonvention).

****1001**** geht davon aus, dass es zu einer weiteren Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens komme, im Zuge derer Kranke als Kostenfaktoren und nicht als Humankapital gesehen würden: „als ich begonnen hatte zu arbeiten da war so die Bedeutung des in Anführungsstrichen ‚Ärztlichen‘ mit allen Vor- und Nachteilen viel größer gewesen. Jetzt ist die Frage, was kostet es, wie viel Gewinn bringt es und das sehe ich als eine große Gefahr, weil unsere Kranken zunächst mal Kostenfaktoren sind und äh nicht unbedingt Humankapital“ (705-709). Zudem weist er auf die Bedeutung der UN-Behindertenrechtskonvention hin, aufgrund derer Bedürfnisse und Behinderungen anders bewertet werden. Er habe zweierlei Hoffnungen, nämlich auf besseren Umgangsformen etwa nach dem Modell "Open Dialogue" und dass der akuttherapeutischer Sektor erfolgreicher wird.

****1002**** geht davon aus, „dass immer mehr Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in der Psychiatrie arbeiten werden und ich sehe aber dass das durch die UN-Behindertenrechtskonvention sehr gestärkt worden ist“ (923-925). Nicht so sehr der stationäre Bereich müsse unterstützt werden, sondern eher der ambulante Bereich, damit ein selbstbestimmtes Leben für psychisch kranke Menschen möglich sei: „also da finde ich es fast noch wichtiger im ambulanten Bereich irgendwie im Grunde genommen das zu stärken und unterstützend und begleitend und die Menschen in Stand zu setzen das selbstbestimmte Leben zu leben und ja ich bin da eigentlich was das angeht, dass das weiter ein großes Thema ist da bin ich guten Mutes und auch dass das sehr bedeutend ist und sein wird weiterhin“ (926-930).

****1003**** sieht die Gefahr, dass die Psychiatrie zum Umschlagplatz für Medikamente wird. Sie hofft auf eine bessere Vernetzung von verschiedenen Einrichtungen und eine Verbesserung der Nachsorge. Es könnte zu einer gesamtgesellschaftlichen Rückkopplung mit der Fragestellung „Woher kommen die vielen psychisch Kranken?“ kommen. Dies würde zeigen, dass es eine Überforderung der Menschen in ihren Rollen (Eltern, Kinder, Arbeitnehmer etc.) gibt. Sie hofft darauf, dass es mehr Gleichberechtigung zwischen den verschiedenen Profis gibt.

b) Drei (Sozial-)Pädagogen im Vergleich

Nun werden drei (Sozial-)Pädagogen miteinander verglichen, die noch am Anfang ihrer Berufskarriere im sozialpsychiatrischen Bereich stehen. ****1004**** bezieht sich auf einen 29-jährigen Sozialpädagogen, der als Betreuer arbeitet. ****1005**** bezieht sich auf eine Sozialpädagogin, die als Referentin an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer (sozial-)psychiatrischer Versorgung arbeitet und in Gremien die Interessen ihrer Institution vertritt. ****1006**** bezieht sich auf eine Pädagogin, die ebenfalls weniger als fünf Jahre Berufserfahrung im sozialpsychiatrischen Bereich mitbringt. Alle drei scheinen bis zu fünf Jahren Berufserfahrung mitzubringen.

Vergleich der Fälle 4-6

Allgemeine Informationen

****1004**** steht noch ganz am Anfang seiner Berufskarriere im sozialpsychiatrischen Bereich. Er hat zwar bereits einige Praktika in sozialen Einrichtungen gemacht (von Altenheim bis Kindergarten), sein Abschluss liegt jedoch noch nicht lange zurück. Seine aktuelle Tätigkeit im Betreuungsverein als Berufsbetreuer beschreibt er wie folgt: „Ich denke, das ist auch mit die Hauptaufgabe als gesetzlicher Betreuer Hilfesysteme zu organisieren und auch zu kontrollieren und schauen, ob das auf die aktuelle Situation des Klienten passt.“ (85-87). Zu seinen Kooperationspartnern gehören Einrichtungen im Bereich Wohnen, im Bereich Reha, Ärzte, Medikamentendienste, Kliniken, Staatsanwaltschaft, Gerichte, Polizei, Angehörige. Drei Kriterien müssen erfüllt sein bei seinem Klientel: Erstens muss eine psychische

Erkrankung vorliegen, zweitens muss der Klient volljährig sein und drittens kommt er nicht mehr selbst zurecht aufgrund der Erkrankung/ Behinderung.

Auch ****1005**** arbeitet im ambulanten Bereich und zwar als Referentin. Sie hat bereits ein paar Jahre Berufserfahrung gesammelt im Krisendienst, am Krisentelefon und in einer Tagesstätte für psychisch Kranke. Außerdem hat sie Gruppenangebote und Kommunikationstrainings für Betroffene geleitet. Aktuell ist sie zuständig für Schnittstellenprobleme, also alles rund um das „Rein und Raus in die Klinik“ (66). Sie wirkt mit bei der Gestaltung von Projekten mit Betroffenen und Angehörigen im komplementären Bereich. Ihre Kooperationspartner sind IN der Klinik, z.B. Arbeitsgruppe für Kliniksozialdienste und Gremien und nach AUSSEN regionale Betroffenen- und Angehörigenvereinigungen, Referenten der Wohlfahrtspflege sowie projektbezogene Gremien z.B. des Krisendienstes. Bei ihrer Arbeit hat sie keinen klassischen Klientenkontakt, sondern sie übernimmt institutionelle Vertretungen im Zuge derer sie mit Angehörigen und Betroffenen in Kontakt steht. Die Diagnosen der Betroffenen seien in diesem Setting nicht relevant, jedoch die Begriffe „Krise“ oder „chronische Erkrankung“ würden in den Diskussionen häufiger verwendet. ****1005**** beschreibt die Situation folgendermaßen: „[D]ie haben natürlich die Erkrankung in irgendeiner Form, aber die spielt ja in dem Moment keine Rolle. Die sind zwar vielleicht mal besser oder mal schlechter drauf, sind konzentrierter oder weniger konzentriert oder was auch immer, ne. Ähm aber halt äh es ist ja keine akute Krankheitsphase und ich muss auch NICHT in meiner Funktion als, in dem Fall professionelle Sozialarbeiterin, darauf reagieren, ich reagiere natürlich anders drauf“ (131-136). Auch bei der Ausarbeitung der Angebote für die Betroffenen gehe es nicht um diagnostische Angebote, sondern um das „Erscheinungsbild“: „schwer chronisch psychisch kranke Menschen mit einem besonderen Teilhabebedarf, DIE ähm in der aktuellen Versorgungssituation immer wieder an Grenzen stoßen. Ja, das heißt, es ist ein systemisches Element, es liegt nicht an ihnen, sondern es liegt aber auch am System. Ähm dass sozusagen es nicht klappt, dass sie halbwegs stabil im ambulanten Setting bleiben können, sondern sie landen immer wieder in der Klinik“ (180-185).

Auch im Arbeitssetting (Tagesstätte für psychisch Kranke) von ****1006**** spielen Diagnosen nur eine untergeordnete Rolle: „[D]ie Besucher kommen zu uns egal mit welcher Diagnose die haben und wir wissen auch von ganz vielen Besuchern nicht, was da für eine für eine Grunddiagnose dahinter steckt, weil das quasi für unser Setting nicht unbedingt wichtig ist“ (80-82). Die junge Pädagogin ist mit zwei Jahren Erfahrung ebenfalls noch relativ neu im

Bereich der sozialpsychiatrischen Arbeit, hat zuvor jedoch in der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung, in der Familienhilfe sowie als Dozentin gearbeitet. Bei ihrer Tätigkeit in der Tagesstätte für psychisch Kranke gehe es in erster Linie darum Kontakt und Kommunikation anzubieten sowie Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu sein und Arbeit mit Laienhelfern und Selbsthilfevertretern zu organisieren. Zu ihren Kooperationspartnern zählen der Sozialpsychiatrische Dienst, die Freiwilligenagentur und die Tagklinik. Sie erklärt ihr Aufgabenfeld mit folgenden Worten: „[W]ir machen ja keine Therapien, wo es wichtig ist, wie ich denjenigen behandeln muss, also natürlich muss ich wissen, wie tickt der Mensch, der vor mir sitzt, aber es ist jetzt nicht wichtig, ob der, was der für eine Störung im Hintergrund hat, ich muss halt einfach persönlich einschätzen können, wie ich mit dem umgehe“ (85-88).

Soziale Situation der Klienten

****1004**** betont, dass im Hinblick auf die soziale Situation der Klienten eine große Bandbreite an Wohn- und Einkommensformen existiert: „jegliche Arten der Wohnform von der eigenständigen Wohnung bis hin zu einem geschlossenen psychiatrischen Pflegeheim ist alles drin, ebenso bei den Bildungsabschnitten, ich habe Leute mit Sonderschulabschlüssen, ich hab aber auch, ja, promovierte Forscher. Also das ist ein sehr sehr breites Spektrum. Ja, ähnlich Geschlecht komplett verteilt. [Pause] Auch die Einkommenssituation“ (109-112). Entweder handle es sich um ein einmaliges psychotisches Erleben und die Betreuung wird wieder aufgehoben oder die Betreuung wird längerfristig eingerichtet, was bei dem Großteil seiner Klienten der Fall ist, da diese chronisch psychisch krank seien: „Der Großteil von unsere Klienten sind allerdings chronisch erkrankt, da ist es [Telefon klingelt], äh relativ häufig so, dass die Klienten alleine leben und a sehr, sehr viele über die lange Zeit einfach a den familiären Rückhalt in der Form leider nicht mehr haben. Ja. Also, es gibt schon einzelne, die verheiratet sind, es gibt auch einzelne mit Kindern. Der Großteil ist es aber sicherlich nicht“ (130-133). Die Probleme, mit denen die Klienten zu ihm kämen seien unterschiedlicher Natur. Er nennt drei verschiedene Typen von Fällen, in denen eine Betreuung eingerichtet wird: Entweder nach einer Zwangsmaßnahme in der Klinik oder weil der Versicherungsschutz ausläuft oder Wohnungsverlust droht oder auf Wunsch des Betroffenen, wenn dieser überfordert ist mit der Erledigung seiner Angelegenheiten. Die meisten Problemstellungen seien finanzieller Art. Hier ginge es vor allem darum Entschuldungspläne

zu machen und Zwangsvollstreckungsmaßnahmen zu beenden. Die Zeit, die dafür im Monat zur Verfügung steht beläuft sich auf circa drei Stunden, wobei der Klient idealerweise gehört werden sollte, damit sein Wille angemessen vertreten werden kann. ****1004**** erklärt: „[M]an muss vom Gesetz her den Wohl und den Willen des Klienten vertreten und wenn man die Leute nicht kennt oder nicht weiß, was für Vorstellungen sie haben, wie sie denn leben wollen und wie sie mit Problemen umgehen wollen, kann man das schlecht machen“ (189-191). Dass eine Betreuung gegen den Willen eines Klienten eingerichtet werde, komme zwar vor, sei aber letztlich nicht so gravierend, da dies dem Schutz des einwilligungsunfähigen Patienten diene: „[M]an kann jetzt nicht eine Betreuung gegen den natürlichen Willen eines Patienten einrichten, außer vielleicht die Person ist so krank, dass sie den natürlichen Willen selber nicht mehr formen kann. Das heißt die meisten sind freiwillig unter Betreuung und die meisten schätzen das auch oder sehen das als Hilfsangebot und nicht als Einschnitt in die persönlichen Rechte“ (202-206). Als persönliche Präferenz hinsichtlich des Klientels gibt ****1004**** an: „[A]lso im psychiatrischen Bereich arbeite ich lieber mit Leuten mit schizophrenen Erkrankungen als mit affektiven Erkrankungen“ (152-154).

rw 1 (Fall 5) erklärt zur sozialen Situation der Betroffenen, mit denen sie zu tun hat, dass Gespräche über die soziale/ private Situation der Betroffenen nur am Rande von Veranstaltungen zustande kämen. Sie erklärt, dass sie bei den Gremien entweder als Funktion oder als Person auftreten könne, wobei letzteres angenehmer sei. Letztlich vertritt sie die Interessen ihrer Organisation. Als Beispiel für eine soziale Situation nennt sie die Finanzierung von Fahrkarten für Betroffene, wenn diese nur Hartz IV und EU-Rente bekämen. Sie erklärt, dass es selbstverständlich sei, dass die Bewirtungskosten von der Klinik übernommen würden bei Selbsthilfeprojekten. Das „Gefälle von Geld“ (280) spiele eine Rolle, nicht aber die soziale Situation. Andere Themen seien wichtiger z.B.: Akzeptanz von Selbsthilfe in der Klinik; werden Angehörige miteinbezogen; oder Themen wie Zwang und Gewalt.

****1006**** beschreibt die soziale Situation der Besucher, die in die Tagesstätte kommen recht anschaulich. Die meisten Besucher seien nicht am ersten Arbeitsmarkt integriert: „Menschen, die nicht ähm längerfristig eigentlich in irgendeinem Arbeitsprozess integriert sind, außer vielleicht bei [Name einer Werkstatt] oder so, also nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt und die halt einfach eine tagesstrukturierende Maßnahme brauchen, das heißt die meisten leben allein, gehen eben keiner Arbeit nach ähm und nutzen halt einfach das das Freizeitangebot, das wir hier haben“ (71-74). Auch als Folge dieser fehlenden Integration auf dem Arbeitsmarkt haben

die meisten Besucher wenig Geld: „Die meisten von unseren Klienten haben halt einfach sehr wenig Geld, also sie leben halt einfach von Sozialhilfe, Hartz IV oder sind halt Rentner und genau, haben halt einfach relativ geringes Budget, mit dem sie zurechtkommen müssen“ (93-95). Zu den Problemen, die die Besucher in der Tagesstätte haben, erklärt ****1006****: „dass unsere Besucher halt einfach keine Wohnungen kriegen oder umziehen müssen und der Markt einfach total schlecht ist und des, wenns günstig sind, Löcher sind“ (118-120). Außerdem gehe es um „private[...] Probleme, wo es einfach kurze Unterstützung [gebe] oder Probleme mit Kindern oder mit Ehepartnern, Geschiedenen“ (122-123). Auf die Frage, mit welchen Klienten sie am liebsten arbeite, antwortet ****1006**** nicht etwa mit einer Diagnose, sondern mit einer Erläuterung zur Kontaktqualität, die auf Gegenseitigkeit basieren müsse: „also mit Klienten wo halt auch was was zurückkommt, also wo ich quasi einfach wo eine Gegenseitigkeit auch da ist und wo man interessant wo man auch interessante Gespräch führen kann und wo ned nur was ned nur ein Nehmen ist, also mit Klienten, die mich, oder Besucher, die mich, die quasi nur fordern von mir, find ich am anstrengendsten“ (101-105).

Angehörigenarbeit

****1004**** betont, dass es einzelfallabhängig sei, ob und wie viel Kontakt zu den Angehörigen bestehe. Wenn die betreute Person familiär eingebunden sei, dann finde häufiger Kontakt mit den Angehörigen statt. Diese würden sich auch melden, wenn sie Frühwarnzeichen erkennen. Es sei wichtig „Netze zu spannen“ (224).

****1005**** erklärt, sie würde etwa in gleichem Maße mit den Angehörigen und mit den Betroffenen zusammenkommen im Rahmen ihrer Projekt- und Gremienarbeit.

****1006**** betont, dass von Seite der Einrichtung kein Kontakt mit den Angehörigen aufgenommen würde und sich diese auch nicht melden würden. „[D]ie Nachfrage der Angehörigen ähm [ist] eigentlich nicht so groß [...] zu uns herzukommen und was man auch sagen muss, unser Klientel ist relativ alt, dass sich quasi die Angehörigen im Sinne von Eltern oft einfach ausschließt und ähm Kinder sind oftmals ned da bzw. der Kontakt ist abgebrochen, also es ist relativ wenig Austausch mit den Angehörigen“ (127-130).

Begriff der Autonomie in der Psychiatrie

****1004**** geht es in erster Linie um die Bestimmung des Willens, wenn er von Autonomie spricht. Er trennt zwischen Willensfreiheit und Handlungsfreiheit, wie in der philosophischen Debatte üblich. Einschränkungen in der Fähigkeit zur Willensbildung können sowohl bei psychisch als auch bei körperlich kranken Personen vorliegen: „Ich glaub, dass es sowohl bei psychischen Erkrankungen, wenn die sehr schwer ausgeprägt sind, als auch bei physischen Erkrankungen wenn die sehr schwer sind, Einschnitte gibt, in dem wie Personen ihren freien Willen selber bestimmen können“ (236-239). ****1004**** glaubt zudem, „dass das eine sehr sehr schwammige Grenze ist, wo man sagt, naja, die Leute können an Willen frei bestimmen und ab am bestimmten Punkt eben nicht mehr und es kann sein, dass ein und dieselbe Person des bei vielen Bereichen kann“ (245-248). Den Prozess der Willensbildung beschreibt er an späterer Stelle im Interview wie folgt: „Ich find des macht, macht de freie Willensbestimmung an sich fest, ja, also dass man weiß, was man will [lacht], irgendwie also des Ganzen reflektiert, irgendwie betrachten kann, dass man verschiedene Konsequenzen von Entscheidungen gegeneinander abwägen kann und sich dieser Konsequenzen überhaupt bewusst ist, das ist des Eine, und des Andere ist des Handeln“ (418-421).

****1005**** hat ein sehr differenziertes Verständnis davon, was Autonomie im Kontext der Psychiatrie bedeutet. Sie argumentiert, man müsse immer auf drei Faktoren Acht geben: 1. Die Person, 2. Die Institution, 3. Die Gesellschaft und die Frage, wo es Einflussmöglichkeiten gibt. Am gewinnbringendsten sei der Blick auf die eigene Institution: „wie demokratisch, sage ich jetzt mal, sind s/ so Institutionen aufgebaut, wo und wie ermöglichen die Mitsprache, ähm Teilhabe auch.“ (392-394) Um herauszufinden, wie demokratisch Institutionen sind, müsse man schauen, ob z.B. Ex-Inler beschäftigt werden, ob es Selbsthilfefachtag oder Behandlungsvereinbarungen gibt. Als Beispiel nennt sie ein Theaterprojekt in einer Tagesstätte, das zum Ziel hatte, „auf einer möglichst gleichen Augenhöhe ähm was ähm zu entwickeln“ (420-421). Dieser egalitäre Anspruch sei wichtig, damit „Machtungleichgewichte“ (432) ausgeglichen werden können. Letztere seien kein Spezifikum der Psychiatrie, sondern es gebe sie auch in anderen Bereichen z.B. zwischen Männern und Frauen, zwischen Migranten und Deutschen. Im Hinblick auf den Umgang mit Macht, müsste darauf geachtet werden, dass Machtmittel verteilt werden (z.B. Schlüssel für Besucher in der Tagesstätte): „Also als ein Beispiel, ne, wo man auch Macht verteilt, weil die Macht liegt dann im Schlüssel selber“ (447-448). Schließlich geht ****1005**** noch auf die Macht durch Sprache ein: „Sprache finde ich da entscheidend. Das ist äh (...) also so Definitionsmacht auch,

ne. Aber überhaupt ähm Sprachermächtigung, also sich trauen zu reden, Sätze formulieren können“ (451-453).

****1006**** erklärt hinsichtlich der Frage nach den Unterschieden in der Autonomie zwischen psychisch und körperlich kranken Menschen, dass „eine körperliche Einschränkung [...] halt bei uns einfach anerkannter [ist] in der Öffentlichkeit allgemein als eine psychische Erkrankung; das heißt da bist wirst wahrscheinlich also ich glaub jetzt halt nicht bei uns aber draußen also außerhalb von sozialpsychiatrischen Einrichtungen bist, kann ich mir schon vorstellen, dass du als psychiatrisch erkrankter Mensch mehr eingeschränkt bist als als körperlich behinderter Mensch“ (144-148). Obwohl ****1006**** nicht explizit darüber spricht, liegt es nahe an die Stigmatisierung durch Nicht-Psychiatrie-Erfahrene zu denken, die zu einer Einschränkung außerhalb der Einrichtungen führt. Aber auch andere Einschränkungen können damit gemeint sein, z.B. durch Symptome der psychischen Erkrankung in einer nicht geschützten Umgebung.

Konkrete Projekte zur Förderung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

Während ****1004**** vor allem über die Rechtsinstrumente der Patientenverfügung und der Betreuung spricht, betont ****1005**** die Bedeutung von Ex-In (experienced involvement). Beide nennen eine ganze Reihe von Projekten und Maßnahmen zur Förderung von Selbstbestimmung, vor allem ****1005**** beschreibt einige davon näher. ****1006**** nennt vor allem die Arbeit im Selbsthilfeverein und die Mitarbeit in der Tagesstätte als Maßnahmen zu Förderung von Autonomie. Von anderen Projekten habe sie schon gehört. Sie geht jedoch nicht näher darauf ein.

****1004**** geht in seiner Funktion als Betreuer zunächst auf die Änderungen des Betreuungsrechts ein. Dieses habe „[ü]ber die letzten zwanzig Jahre sehr viele Änderungen [äh] durch sich gemacht, die alle im Endeffekt darauf abzielen, die Selbstbestimmung und auch die Selbstverantwortung von Menschen unter Betreuung zu stärken“ (281-283). Zudem nennt er gesetzliche Änderungen im SGB, die als Ziel die Stärkung der Selbstbestimmung haben (z.B. Persönliches Budget). Freiräume bei der Gesetzgebung seien wichtig, da vieles einzelfallabhängig ist und nicht für jeden Fall eine extra Regelung geschaffen werden könne.

Aus diesem Grund seien auch Patientenverfügungen in der Psychiatrie sinnvoll, da dort individuell Werte und Normen des Betroffenen festgehalten werden können. „[M]an kann

jetzt drei Menschen mit a F2-Diagnose vor sich haben und es sind komplett andere Leute, die komplett anders behandelt gehören, die komplett andere Vorstellungen vom Leben haben, und des kann man viel weniger vereinheitlichen als des bei körperlichen Erkrankungen der Fall ist, ja, grad da spielen Werte und Normen, die man selber hat, wie man gerne behandelt werden möchte, a unglaublich große Rolle und meiner Ansicht nach a dann bei der Genesung“ (323-328). Von Vordrucken würde ****1004**** abraten. Eine selbst formulierte Patientenverfügung sei sinnvoller seiner Meinung nach: „[W]enn welche eine Patientenverfügung machen, dann schreiben sie davor eine Seite oder zwei einfach wirklich über ihre persönlichen Werte und Normen, weil gerade bei psychischen Erkrankungen gibt's so viele Einzelfälle, die man alle im Nachhinein nicht definieren kann, wo man dann einfach im Einzelfall schauen muss, auf welche Werte und Normen die Person hat, kann man des denn irgendwie begründen, wie kann man denn den maßgeblichen Willen oder den mutmaßlichen Willen dann feststellen“ (335-340). Als weitere Projekte, die die Selbstbestimmung fördern, nennt er Selbsthilfegruppen, Patientenvertreter in Kliniken, das Persönliche Budget, trialogische Veranstaltungen und den Open Dialogue.

****1005**** spricht zuvorderst über Ex-In, das sie als „ein saugeiles Projekt“ (484) bezeichnet, „weil das was an diesem MACHT-Gleichgewicht verändert. Verändern kann. Weil äh/ Und DA geht es um eine Definitionsmacht, ne. Wer darf denn eigentlich psychisch Kranke behandeln, so ne“ (492-494). Als weiteres Projekt, das der Förderung der Selbstbestimmung dient, nennt ****1005**** Selbsthilfegruppen, diese seien gut zur Selbststärkung (vgl. 568). ****1005**** äußert auch Kritik an bestehenden Projekten: „Ich bin skeptisch, wenn ich auch mal andersrum drehen kann, gibt es ja so ganz viele Projekte, [seufzt] die so sehr auf äh/ Also als Beispiel fällt mir ein so diese Psychiatrieerfahrene Künstler und Künstlerinnen, also äh äh ne, sowas. Das finde ich zwiespältig. Weil ich finde das ein bisschen double bind. Also auf der einen Seite ähm/ Also es geht mir da jetzt nicht um die künstlerische Qualität, ja. Das ist nochmal eine ganz andere Baustelle, sondern ähm da geht es mir immer wieder um äh die/ die Betonung Psychiatrieerfahrene“ (513-520). Hier stelle sie ganz klar einen Unterschied zu Ex-In fest, da Ex-In etwas im System verändere und da dort ein Rollenwechsel stattfinde: „Ja, aber du wechselst deine Rolle. Ähm sozusagen weil ähm/ Das stimmt, als (Ex-Inlerin?) musst du dich outen. Ähm du outest dich aber als was anderes. Du outest dich als äh eine Psychiatrieerfahrene mit einer Ausbildung, mit einem Recovery, mit einem Gesundungsprozess und MIT einer Aufgabe, in der sagen wir mal institutionellen Psychiatrie, nenne ich es mal so, ne. Ähm äh und dadurch, glaube ich, gibt es eine Möglichkeit, die

institutionelle Psychiatrie zu ändern“ (538-543). Schließlich nennt ****1005**** noch den "Open Dialogue", der ihr aber nur aus der Theorie bekannt ist und der vielleicht eine „super Methode“ darstelle. Außerdem finde sie die Anti-Psychiatrie-Bewegung als Kontrapunkt wichtig sowie die Organisierungen von Betroffenen und Angehörigen.

****1006**** nennt an erster Stelle die Arbeit im Selbsthilfverein und die Mitarbeit in der Tagesstätte. Auf Nachfrage kennt sie weitere Projekte und hat von Ex-In und Open Dialogue gehört.

(Medizinische) Entscheidungen treffen

Die drei Profis sind sich einig, dass ihre Klienten/ Besucher/ Betroffenen weitgehend (medizinische) Entscheidungen für sich selbst treffen können.

****1004**** beantwortet die Frage nach der Fähigkeit seiner Klienten (medizinische) Entscheidungen für sich selbst zu treffen mit: „Grundsätzlich ja“ (366). In Einzelfällen müssten Entscheidungen jedoch übernommen werden, aber nur dann wenn der behandelnde Arzt sagt, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Zusammenfassend hält er fest: „[I]ch würde sagen in 98% aller Entscheidungen können die Klienten von mir auch die Entscheidungen im medizinischen Bereich selber treffen“ (388-389).

Für ****1005**** ist es vor allem „eine Frage des Zeitpunkts. Also ähm es gibt sicherlich äh/ sozusagen äh symptomatische Zustandsbilder und Krisen, in denen das schwierig ist bis nicht geht, also wo es nicht geht. Oder fast nicht geht. Also ich glaube, eine Rest-Autonomie bleibt immer so, aber ähm bestimmte weitreichende Entscheidungen sind da vielleicht tatsächlich nicht/ äh tatsächlich nicht greifbar“ (668-672). Sie führt als Beispiel an, dass sie selbst nicht entscheidungsfähig wäre, wenn jemand ihr eine schwierige Diagnose "vorsetzen" würde.

****1006**** ist der Meinung, dass Betroffene sich selbst am besten kennen und wissen, was für sie passt. Sie betont jedoch, dass dies „[n]atürlich vielleicht nicht in jeder Situation“ (173) der Fall ist und nennt als Ausnahmen psychotische Schübe oder depressive Phasen.

Recht auf Selbstbestimmung ausüben

Die Antworten der drei Profis auf die Frage, inwiefern ihre Klienten das Recht auf Selbstbestimmung ausüben können, fallen sehr unterschiedlich aus. Während ****1004**** sich selbst als Stellvertreter und Mittel sieht, wie der Klient sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen kann, geht ****1005**** vor allem auf gesellschaftliche Barrieren ein, die den Betroffenen hindern, dieses Recht wahrzunehmen. ****1006**** betont, dass das Recht auf Selbstbestimmung völlig ausgeübt werden soll und gibt an, es sei sehr individuell und könne nicht allgemein beantwortet werden.

****1004**** betont, dass seine Klienten ihr Recht auf Selbstbestimmung unter Umständen sogar besser wahrnehmen können als andere psychisch Kranke. Er sieht die Betreuung als Mittel zur Selbstbestimmung, wobei zu seinen Aufgaben das Kommunizieren mit der Person und das Ausführen der Handlung gehöre, wenn zum Beispiel eine schwere Depression vorliege: „[W]enn ich jetzt zum Beispiel an den depressiv Erkrankten denk, den ich jetzt schon paar Mal angeführt hab, dann kann der, kann der vielleicht alles selbst frei sich ausmalen und so weiter, aber vielleicht nicht dementsprechend handeln“ (398-400).

****1005**** sieht kein Problem, dass das Recht auf Selbstbestimmung von Betroffenen ausgeübt wird. Allerdings gebe es viele gesellschaftliche Barrieren, die es schwer machen, im Leben Fuß zu fassen: angefangen von der eigenen Wohnung bis über Heirat, Ehe und Kinderkriegen. Neben der gesellschaftlichen Barriere gebe es auch institutionelle Barrieren, z.B. ist es nicht einfach für manche Betroffene den Führerschein zu machen. ****1005**** geht auf das Beispiel einer jungen Frau ein, die keine Ausbildung hat und immer wieder in Jobs scheitert, weshalb eine Frühverrentung mit 30 Jahren durchgeführt wurde.

****1006**** betont, dass psychisch Kranke ihr Recht auf Selbstbestimmung "völlig" ausüben sollen. Ob sie es jedoch können, sei nicht so klar, könne aber von ihr nicht beantwortet werden: "Pah ich find das schwierig als Nicht-Betroffener des sowas auch zum ja da bin ich nicht der Profi in dem Bereich also das keine Ahnung weiß ich nicht. Ist wahrscheinlich individuell" (181-183).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage, wo der größte Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen liegt, sind sehr verschieden, da sich alle drei Profis auf "ihre" Klienten/ Besucher/ Betroffenen beziehen.

Während ****1004**** den größten Unterstützungsbedarf seiner psychisch kranken Klienten im "Verwaltungskram" sowie im Behördenschriftverkehr und bei Antragstellungen sieht, betont ****1005****, dass die „Hoffnung auf Gesundung, äh Hoffnung auf äh ein selbstbestimmtes Leben, Hoffnung auf ein äh für sie selber befriedigendes Leben“ (751-753) der wichtigste Unterstützungsfaktor bei Betroffenen sei. Es ginge laut ****1005**** in erster Linie darum, einen guten Umgang mit der Erkrankung zu finden und eine längerfristige Begleitung. ****1006**** schließlich betont, dass der größte Unterstützungsbedarf bei ihren psychisch kranken Besuchern in der Kommunikation sowie im Gruppenverhalten liege. Aber auch ganz praktische Hilfestellungen (z.B. wo muss man anrufen, wenn man X braucht) seien von Bedeutung. Es ginge aber oft um Probleme, die man nicht aufgrund der Erkrankung habe, sondern weil man zu einer bestimmten Gruppe gehöre, z.B. der Gruppe der Arbeitslosen.

Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung

Die Antworten der drei Pädagogen auf die Frage nach der Bedeutung des sozialen Netzes und der Familie für die Selbstbestimmung der Psychiatrie-Erfahrenen sind recht ähnlich. Alle betonen, dass der Kontakt zur Familie entweder förderlich oder nicht förderlich sein kann, dass es aber auch häufig zu Kontaktabbrüchen komme.

****1004**** erklärt: „Es gibt Klienten, wo die Familie a ganz rotes Tuch ist, weil auch gewisse Erfahrungen oder negativ besetzte Erfahrungen vorgefallen sind, es gibt aber auch äh Klienten, wo de Familie a ganz ganz wichtiger Haltepunkt ist und das meine ich sowohl positiv als auch negativ, wo oiso positiv einfach im Sinne von a von einer Unterstützung durch Erkrankungsphasen hindurch, negativ in dem Sinne, dass sie vielleicht in bestimmten Systematiken oder eingefahrenen Systemen festgehalten werden“ (475-479). Der Kontakt zur Familie kann also positiv im Sinne einer Unterstützung sein, aber auch negativ im Sinne eines "Steckenbleibens" im System, in dem sich nicht viel verändert.

Ähnlich sieht es ****1005****: Die Familie sei entweder unterstützend oder nicht und wenn sie nicht unterstützend ist, dann ist Distanz besser. Wenn die Familie unterstützend ist, dann müssen die Angehörigen dieselben „emanzipatorischen ähm Prozesse in Bezug auf äh Psychiatrieerkrankung“ mitmachen (771-772). ****1005**** nennt das Beispiel einer engen Mutter-Sohn-Beziehung: „Ja, da ist eine ganz enge Bindung, die auch sehr wenig Freiraum, BEIDEN im Übrigen, ermöglicht“ (792-793). Daher müssten sich Angehörige von psychisch

Kranken die Fragen stellen: „Also was das genau bedeutet, wie viel Verantwortung will, kann, soll ich übernehmen? Was will auch mein Angehöriger, wie einigen wir uns da auch drauf? Was ist für uns ein gesundes Verhältnis, ne?“ (797-799).

****1006**** stellt in der Tagesstätte fest, dass viel über die Familien gesprochen wird und diese eine große Bedeutung haben, auch wenn kein Kontakt besteht: „Also ich kann sagen, dass für viele von unsere Klienten, unsere die Familie trotzdem wichtig ist, auch wenn der Austausch ned da ist. Es wird oft drüber gesprochen, was war wann und wie ist der Austausch jetzt untereinander oder wie ist die Beziehung zueinander, aber eigentlich kann ich nichts Genaues dazu sagen“ (211-214).

Bedeutung der Psychopharmaka für die Selbstbestimmung

Bei der Frage nach der Bedeutung der Psychopharmaka für die Selbstbestimmung haben die drei Profis recht unterschiedliche Antworten gegeben. ****1004**** geht auf die Veränderung der Persönlichkeit durch Psychopharmaka ein und auf ihren Nutzen im Hinblick auf Symptomreduktion: „natürlich verändern Psychopharmaka einen, es ist oftmals die Frage, was man, oder was, was wichtiger ist, ja, und des ist a sehr autonome individuelle Frage, ob es einem wichtiger ist, was weiß ich, weniger von bestimmten Wahnideen geplagt werden muss, was ja brutal anstrengend ist und unglaublich kraftraubend, oder ob man da eher sogt dann ist vielleicht sonst a de Schwingungsfähigkeit nicht so hoch“ (490-494).

****1005**** glaubt, dass Psychopharmaka nützlich sind und betont, dass die Betroffenen mit dem Arzt die Dosis und Dauer der Medikamenteneinnahme besprechen sollen: „Es kommt drauf an, welche und in welcher Situation und natürlich in welcher Dosierung auch äh mit welcher Dauer.[...] Und es ist immer die Frage, ähm was ist für mich jetzt verträglich oder nicht und wie kann ich das mit ähm meinem Arzt, meiner Ärztin gut aushandeln“ (817-821). Sie erklärt, dass es oft viel Jahre dauert, bis eine gute medikamentöse Einstellung gefunden wird: „Also die meisten brauchen da zehn Jahre, bevor sie für sich irgendwie was gefunden haben, was auch nur halbwegs solide ist oder länger, womit sie auch selber gut umgehen können“ (827-829). Sie kritisiert, dass oft zu viele Psychopharmaka verschrieben werden und dass diese Tendenz gefährlich ist. Psychopharmaka zu verschreiben, "um anderen Menschen das Leben zu erleichtern" (843) findet sie schlecht. Alternativen zur medikamentösen Behandlung seien oft „mit mehr Personal zum Beispiel verbunden oder aber auch mit anderen

Räumlichkeiten, also anderen Strukturanforderungen, ne. Und das Problem ist, dass es diese anderen Strukturanforderungen nicht ausreichend gibt. Das finde ich zum Beispiel blöd. Das gilt aber auch in Altenheimen. Ne, da ist es ähnlich beispielsweise. Oder auch bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen. Die haben ein ähnliches Problem, das ist alles immer ähnlich gelagert, ne. Da finde ich, das ist äh/ das ist schwierig, weil das finde ich nicht menschlich“ (847-855).

****1006**** betont, dass Psychopharmaka einen großen Einfluss auf die Selbstbestimmung haben und "dass halt die Medikamente auch deinen Charakter und damit deine, also nicht deinen Charakter aber deine ja ähm also dich verlangsamen oder was auch immer, was halt die klassischen ähm Nebenwirkungen sind, die man so kennt und das halt natürlich dann auch eine Auswirkung auf den ganzen Menschen und mit Sicherheit dann auch auf die Autonomie“ (221-224). Sie betont auch die Vorteile, die durch die Einnahme von Medikamenten entstehen können, denn diese seien „für manchen einfach eine Erleichterung, weil ich weiß weil ich halt einfach strukturierter bin durch die Medikamente und damit halt einfach auch meinem gewünschten Beruf nachgehen kann und und und – und andere finden es wahrscheinlich einschränkend, weil sie die weil sie den zu sehr verändern“ (233-236).

Bedeutung der finanziellen Situation für die Selbstbestimmung

Auf die Frage nach der Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Selbstbestimmung antworten die drei Pädagogen ähnlich und betonen die große Bedeutung, die diese habe.

****1004**** erklärt, dass Geld eine Zugangsvoraussetzung für viele Teilhabebereiche sei und zum Beispiel die Möglichkeiten schaffe, ins Kino oder ins Theater zu gehen oder in den Urlaub zu fahren. Er betont, dass viele seiner Klienten ein Leben am Existenzminimum führten, wobei schnell Schulden entstehen durch anfallende Stromkosten, Buskosten, Telefonkosten, Kabelgebühren oder aber durch das Rauchen. Ohne Geld fielen viele Optionen weg.

****1005**** betont die große Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation und erklärt: "also mit Geld geht alles leichter. Das ist ganz knapp zusammengefasst. Also wenn die aus irgendwelchen Gründen Geld im Hintergrund haben, weil ihre Familie Geld hat oder weil sie selber was geerbt haben, weil/ woher auch immer, spielt überhaupt keine Rolle, ähm denen

geht es tendenziell besser, ist meine Erfahrung, weil die sich andere/ weil die andere Möglichkeiten haben“ (861-865). Sie weist darauf hin, dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung die Gefahr der Verarmung gegeben ist: „Wenn du psychisch krank bist, heißt das normalerweise in unserer Gesellschaft, dass du auch verarmst. Und damit hast du das ganze Problem von äh sozialer Deprivation noch MIT am Hals und das ist natürlich scheiße. Also es spielt eine große Rolle“ (866-868). Sie wünsche sich andere Finanzierungsmodelle und betont, dass dies in einem "reichen Land" möglich sein sollte: „Also da würde ich mir wünschen, dass es ähm/ dass Hartz IV da mehr ermöglicht oder was weiß ich, dass es andere Finanzierungsmodelle gäbe, weil EIGENTLICH finde ich ja schon, dass wir in einem reichen Land leben und dass soweas möglich sein sollte.“ (874-877)

****1006**** betont ebenfalls den großen Einfluss der finanziellen Situation auf die Selbstbestimmung, "weil natürlich sind da viele Wünsche da, viele eigene Wünsche, die einfach nicht, die nicht verwirklicht werden können aufgrund der finanziellen Situation. Die sich die Besucher einfach nicht erfüllen können“ (263-265).

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen und Unterbringung für die Selbstbestimmung

Alle drei Profis betonen, dass Zwangsmaßnahmen einen Einschnitt in die Autonomie des Betroffenen bedeuten.

****1004**** unterscheidet zwischen kurzfristigen Unterbringungen zum Beispiel zur Abwendung von Selbstgefährdung und längerfristigen Unterbringungen zum Beispiel in einem geschlossenen Heim. „Beides ist ein sehr schwerer Eingriff gegen die Autonomie des Betroffenen. Ja, des ist so diese Problematik, mit der man als Betreuer zu kämpfen hat, so der, zum einen muss man den Willen des Klienten beachten, der in einer Zwangsmaßnahme immer in na andere Richtung geht, zum anderen muss man schauen, was ist des Wohl des Klienten“ (563-566). Auf Nachfrage erklärt ****1004**** zwar, dass die Autonomie unter Umständen langfristig gestärkt werden kann durch solche Maßnahmen, allerdings denkt er: „[M]an muss alles versuchen, dass man Zwangsmaßnahmen, egal welche, irgendwie verhindert, weil des der der krasseste und heftigste Eingriff ist in die Autonomie und in die Selbstbestimmung von einer Person“ (571-573).

****1005**** betont die grundsätzliche Einsicht der Psychiatrie-Erfahrenen, die eine Anwendung von Gewalt überflüssig mache: „[I]ch finde das auch ähm moralisch ein schwieriges Thema. Ähm der/ die meisten Psychiatrieerfahrenen haben, ist meine Erfahrung, wenig Problem damit zu sagen, wenn sie im klassischen Sinne akut selbst- oder fremdgefährdet sind, dann haben sie kein Problem dage/ äh damit zum Beispiel äh gegen ihren Willen in eine Klinik zu kommen oder so“ (888-892). Sie betont, dass eine Einweisung wesentlich häufiger wegen Selbstgefährdung stattfinde und dass es oft darum gehe, Suizidalität richtig einzuschätzen. „Die meisten Fälle sind relativ klar. Und in den meisten Fällen, wenn es jetzt nicht/ äh weißt du auch, ob du jemanden wirklich gegen den Willen unterbringen musst oder ob du dir irgendwas bauen kannst, dass es auch anders geht“ (908-910). Die Bandbreite dessen, was passiert, wenn jemand selbst- oder fremdgefährdet ist, sei groß: „Wie geht dann sozusagen die Gesellschaft äh, das Gesetz, äh die Klinik ähm mit äh/ mit dieser Situation um? Und da sind ja die Band/ ist die Bandbreite ja schon recht hoch. Und da muss man auch Gewalt und Zwang nochmal abstufen“ (917-920). Schließlich nennt sie ein Beispiel, nämlich einen Kriseneinsatz bei einer hochpsychotischen Frau, die nicht mehr erreichbar war und den erlebten Missbrauch reinszenierte. Dort ging es auch um die Würde dieser Person und nicht nur die Belastung der Umwelt durch psychotische Personen: „Und ich finde das total schwierig, weil es ist ein Verhältnis zwischen ähm der Würde der Person und da geht es erstmal gar nicht um Selbstbestimmung, sondern ich finde, das ist/ da finde ich den Begriff Würde irgendwie besser. Ich könnte den jetzt auch nicht gut definieren, aber das finde ich hier irgendwie klarer. So, ähm einen Schutz auch. (.) Also von mir und von ihr und den anderen. Und äh gleichzeitig auch der/ eine Chance von einer Erholung auch, aus/ aus/ aus so einem Krisenprozess“ (1020-1026).

****1006**** betont, dass viele von den Besuchern freiwillig auf Station gingen, wenn es ihnen schlecht gehe. Sie findet, Zwangsmaßnahmen sind ein „heftiger Einschnitt“ und eine „krasse Erfahrung“ (280), denn „da ist keine Autonomie mehr gefragt in so einer Situation von Seiten derjenigen, die dich zwangsunterbringen“ (290-291).

Weitere Entwicklung im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie (Prognose)

Die Frage, welche weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie die drei Profis prognostizieren würden, beantworteten diese ganz unterschiedlich.

****1004**** hat die Befürchtung „dass ganz viele Konzepte nicht unbedingt aus einer Autonomieüberlegung entstehen, sondern einfach darum Geld zu sparen und grad wenn man sich unseren SGB V also Krankenversicherungsbereich anschaut, äh, findet da klar eine Anlehnung an eher amerikanische Verhältnisse zurück“ (699-702).

****1005**** erwartet eine stärkere Biologisierung der Psychiatrie. Sie übt Kritik an der Magnetresonanztherapie, wo eine Maschine Bilder erzeugt, die für die Wahrheit gehalten werden. Sie übt zudem Kritik an der Genetik, die Augenfarbe, Haarfarbe etc. prognostiziert. Sie befürchtet nicht nur eine „Zurichtung von Körpern und Seelen“ (1284), sondern auch eine stärkere Normierung in der Gesellschaft.

****1006**** denkt, dass die Belange von psychisch Kranken weiterhin viel Einfluss auf Entscheidungen haben werden. Als Beispiel nennt sie den Einfluss der Selbsthilfe bei der PSAG. Zudem werden weitere verschiedene Modelle vorgestellt, die als Vorbild dienen können, z.B. "Open Dialogue".

4.3 Auswertung Angehörige

Die Auswertung der Interviews mit den Angehörigen und den Betroffenen fand ebenfalls vergleichend statt. Diese unterschieden sich in einzelnen Aspekten ganz wesentlich voneinander. Überwiegend sind die Angehörigen mit einer chronischen Krankheit konfrontiert und nicht mit einer kurzen Krise. Es können Eltern psychisch kranker erwachsener Kinder von Kindern psychisch kranker Eltern sowie Partner psychisch Kranke unterschieden werden.

Studie 2: Interviews mit Angehörigen

Die zweite Studie wurde zeitgleich durchgeführt und widmete sich den Angehörigen von psychisch kranken Menschen. Insgesamt wurden 10 Angehörige interviewt. Das Durchschnittsalter lag bei 59 Jahren. Es wurden acht Frauen und zwei Männer interviewt. Zwei weitere Angehörige befinden sich unter den Betroffenen und ein weiterer Angehöriger unter den Profis. Von den 10 interviewten Angehörigen, die der Gruppe der Angehörigen zugerechnet wurden, sind acht verheiratet, einer geschieden und einer in einer festen

Partnerschaft. Drei Angehörige gaben das Abitur als höchsten Schulabschluss an, vier Angehörige gab die Mittlere Reife als höchsten Schulabschluss an, ein Angehöriger gab das Fachabitur und einer den Qualifizierten Hauptschulabschluss an. Bei einem Angehörigen fehlt die Angabe. Sieben Angehörige haben eine Berufsausbildung absolviert und drei Angehörige haben ein Studium absolviert. Die psychisch kranken Angehörigen sind überwiegend Kinder im Alter von um die dreißig Jahre. Bei fünf Angehörigen ist der Sohn erkrankt, bei zwei Angehörigen die Tochter, bei zwei Angehörigen der Partner bzw. Ehegatte und bei einem Angehörigen die Mutter. Sechs Angehörige geben Schizophrenie als Erstdiagnose an, zwei geben eine bipolare Störung an, einer schizoaffektive Störung und einer Bulimie.

a) Vergleich von drei Angehörigen mit psychisch kranken Kindern

Im Folgenden werden – wie bei den Profis – zweimal je drei Interviews miteinander verglichen. ****1007**** ist Mutter eines psychisch kranken Sohnes, ****1008**** ist Mutter einer psychisch kranken Tochter und ****1009**** ist ebenfalls Mutter eines psychisch kranken Sohnes. Die drei Mütter sind 73, 66 bzw. 58 Jahre alt. In allen drei Fällen ist Schizophrenie die Erstdiagnose. Alle drei Personen nehmen an trialogischen Veranstaltungen teil. Die Dauer der Interviews beträgt zwischen 53:37 Minuten und 01:13:14 Stunden. ****1007**** wurde in meinen Büroräumen interviewt, während ****1008**** und ****1009**** in ihren privaten Wohnräumen interviewt wurden. Die Dauer der Erkrankung liegt zwischen 5 und 10 Jahren. Das Alter der Kinder liegt um die dreißig. Alle drei Kinder haben die Hochschulreife erfolgreich erreicht. ****1007**** und ****1008**** haben das Allgemeine Abitur und sind verheiratet, während ****1009**** die Mittlere Reife als höchsten Schulabschluss angab und geschieden ist. Die Söhne von ****1007**** und ****1009**** sind während des Studiums erkrankt, die Tochter von ****1008**** während des Abiturs.

Situation von Angehörigen

Auf die Frage, wie sie die Situation der Angehörigen beschreiben würden, antworteten die drei Befragten sehr unterschiedlich. Während ****1007**** ausführlich auf diese eingeht, fassen sich ****1008**** und ****1009**** eher kurz.

****1007**** beschreibt die Situation als „zunächst einmal belastend, überraschend und fordert irgendwie eine Verarbeitung heraus“ (46-47). Sie stellt anhand eines persönlichen Beispiels dar, wie die Situation ist. Dabei schildert sie, wie schwierig es war, dass ihr Sohn Hilfe bekam in einer Situation, die sie und ihr Mann als risikohaft einstuften. Sie fühlte sich stigmatisiert durch die Reaktion der Ärzte, die sie als „hysterische Mutter“ (64) hinstellten, da ihr Sohn wie ein „intelligenter, eloquerter junger Mann“ (63) wirkte und daher nicht aufgenommen wurde in die Klinik. In dieser Situation habe sie sich verantwortlich gefühlt für ihren Sohn: „[I]n solchen Situationen fühle ich mich schon ein bisschen verantwortlich, dass ich auch mitrede. Ohne, dass ich jetzt äh seine Freiheit einschränken möchte. Aber da kann er nicht ganz für sich kompetent entscheiden“ (76-78). Die Wahrnehmung der Eltern unterscheidet sich offenbar von der der Ärzte. Zudem betont ****1007****, wie wichtig es sei, Gesprächsregeln zu haben: „Ich kann den anderen nicht dauernd runter buttern, sondern er ist mein Partner. Das ist mal eine Voraussetzung“ (134-136) und „da sind jetzt dann zum Beispiel eben auch wieder vom Landesverband aus Seminare angeboten. Äh dass man wirklich auch was für Gespräche/ Dass man Voraussetzung schafft, für ein echtes Gespräch. Und damit helfe ich ja indirekt auch dem Betroffenen zu seiner Autonomie. Weil für ein Gespräch ist Voraussetzung, dass wir Partner sind“ (145-148). Schließlich geht ****1007**** noch auf die Anti-Stigma-Arbeit ein, die mit dem „gleichen Ziel“ arbeitet, nämlich etwas für Betroffene zu tun. Sie beschreibt das Polizei- und das Schulprogramm, im Rahmen dessen Aufklärung über psychische Erkrankungen an (Polizei-)Schulen geleistet wird.

****1008**** beschreibt die Situation der Angehörigen psychisch Kranker als „ständige[s] Schwanken zwischen Hoffnung, also wenn es dann wieder ein bisschen bergauf geht zwischen Hoffnung und dann eben wenn/ äh wenn sich's wieder verschlechtert äh, dann äh eben wieder dieser Hoffnungslosigkeit, also das sind, glaube ich, so die/ die schwierigsten, ja, Empfindungen und/ und diese Hilflosigkeit oder so, die man da empfindet“ (35-39). Letztere sei noch stärker gewesen, als es noch keine Angehörigenorganisationen gegeben habe.

****1009**** beschreibt die Situation von Angehörigen als eine Suche nach Informationen, die sich schwierig gestaltet. „Also das höre ich auch im Trialog, dass viele betroffene Angehörige darüber klagen, dass sie wenig Informationen bekommen“ (24-25). Sie wünsche sich mehr Informationsflyer, mehr niedrigschwellige Angebote für Betroffene und mehr Selbsthilfegruppen. Sie betont, dass die Situation für Menschen ohne Internet oder auf dem Land wohl noch schlimmer sein müsse.

Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen

****1007**** berichtet von dem letzten Treffen mit Betroffenen, das abgesagt worden sei, was für sie zu (kleineren) Umständen geführt habe. Außerdem berichtet sie, dass es eine kleine Belohnung (z.B. Kaffee und Kuchen) geben sollte, damit auch eingeladene Betroffene kämen zu den Treffen der Angehörigen. Dann spricht sie über die Aktivitäten des Landesverbandes für die Betroffenen, zum Beispiel die Kontaktaufnahme zu den Jobcentern, damit diese lernen mit psychisch kranken Menschen besser umzugehen. Die Einbindung der Betroffenen bei den Anti-Stigma-Projekten hätte das Ziel, die Betroffenen „besser zu verstehen“ (247), aber auch dass der Betroffene eine „kleine Verdienstmöglichkeit“ (248) hat: „Denn es ist notwendig, dass die Betroffenen sich wieder was zutrauen, dass sie Geld verdienen können“ (245-246). Die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und Betroffenen diene auch dazu, dass letztere sich wieder mehr zutrauen: „Ja und irgendwo tut das halt dem Betroffenen auch wieder gut und baut ihn wieder ein Stück weiter auf. Und dann traut er sich es in einem anderen Bereich halt auch wieder mal zu“ (280-282). Im Hinblick auf den Kontakt mit ihrem Sohn berichtet sie, dass dieser nun wieder im Zuhause wohne, nachdem mehrere Versuche einer eigenständigen Wohnform gescheitert seien. Er wohne in einer Wohnung im selben Haus wie seine Eltern, was die Mutter als positiv empfinde: „Und äh ich finde auch, dass sich die räumliche Nähe auf den Kontakt sehr positiv auswirkt. Das wird/ Oder die räumliche Ferne, wenn man es so nennen will. Dass der nämlich wirklich Gelegenheit hat, in seine eigene Wohnung zu gehen und sich zurück zu ziehen. Und zu kommen, wenn er dann so weit ist. Und das muss man halt, f/ finde ich, als Angehöriger akzeptieren“ (294-298).

****1008**** beschreibt den Kontakt zwischen den Angehörigen und Betroffenen auf Vereinsebene als sehr eng, vor allem zu den „Altgedienten oder so, die eben viel gemeinsam auch in Projekten gearbeitet haben“ (357-358) und „durch diese Zusammenarbeiten sind eigentlich schon sehr enge Kontakte entstanden, aber sie sind wie immer eigentlich sehr/ auch sehr persönlich getragen. Während also zum Beispiel mit dem äh äh, glaube ich, äh durch den jetzigen Vorstand [...], also da ähm eher Konfrontation herrscht“ (366-379). Den Kontakt zu ihrer Tochter beschreibt sie ebenfalls als eng, was an der Familiengeschichte läge. „Wenn ich jetzt an die Tochter denke, also da [Räuspern] äh haben auch Drogen zum Teil eine Rolle gespielt. Und eben auch in der Pubertät also dieser Loslösungsprozess äh, ist da eben nicht in einer guten Weise gelungen in dieser Zeit irgendwie. Und äh ist sie da auch zum Teil eben in

Kreise reingekommen über diese Drogengeschichte, die ihr einfach nicht gut getan haben“ (71-76).

****1009**** betont, dass für den Betroffenen „dieses erneute Fallen in eine Situation der Abhängigkeit“ (57) schwierig ist, wenn der Betroffene schon am Sich-Ablösen von der Familie war. Umgekehrt sei für die Angehörigen die Schuldfrage immer wieder ein Thema: „die Angehörigen fühlen sich häufig schuldig, was habe ich falsch gemacht, wieso läuft das so quer“ (71-72). Sie erlebe die Betroffenen als „gnädiger“, denn diese würden oft sagen: „hätte ich das früher gewusst, hätte ich meinen Eltern nicht so viel Kummer gemacht“ (73-74). Es könnte auch zu Vertrauensbrüchen zwischen Angehörigen und Betroffenen kommen, wenn zum Beispiel Fotos von privaten Zimmern, die in großer Unordnung sind, weitergegeben werden oder eine anderweitige Ausgrenzung des Betroffenen im Familiensystem stattfinde: „[D]as habe ich jetzt zweimal gehört, dass die [Betroffenen, S.A.] sagen es ist so furchtbar, ich bin krank und die machen sich über mich lustig, oder sie ignorieren mich innerhalb des Familienverbandes, ich werde nicht mehr eingeladen“ (78-80).

Kontakt zwischen Angehörigen und Profis

****1007**** hatte sich eingehend bereits über den Kontakt zwischen Angehörigen und Profis geäußert, der durchaus problembelastet sein kann, wenn der Angehörige in seinem Anliegen oder in seiner Sorge um den kranken Angehörigen nicht ernst genommen wird. Sie erklärt allerdings auch, dass sie „als Angehöriger nie Probleme gehabt [hätte], [einen] Termin mit einem Arzt zu bekommen, mit dem ich mich unterhalten wollte“ (53-54). Diese Gespräche hätten ihr geholfen ihr Wissen zu erweitern. Sie berichtet auch vom Kontakt zwischen Angehörigen und Profis im Rahmen der Angehörigenarbeit und der Anti-Stigma-Arbeit. Diesen Kontakt beschreibt sie als positiv.

****1008**** erklärt, dass die Angehörigen noch sehr zu den Profis aufschauen würden (vgl. 377). Dies werde zum Beispiel im Psychose-Seminar deutlich, wo sich mehr Teilnehmer bei den Profis als bei den Betroffenen sammeln: „[D]ie Tendenz ist eigentlich eher, dass die Angehörigen dann zu den Profis gehen, weil sie also praktisch von den Profis lernen wollen und eben äh also diese Medikamentengeschichte da auch so unheimlich im Vordergrund steht“ (386-389). Sie selbst habe aber eher immer den Austausch mit den Betroffenen gesucht und weniger mit den Profis.

****1009**** moniert, dass zum Trialog kaum Profis kämen, außer sie würden dafür bezahlt: „im Trialog, ganz ganz selten dass mal Fachleute da sind, haben alle keine Zeit, weder von der pflegerischen Seite noch von der ärztlichen Seite, dankbarerweise habe ich einmal den Chefarzt von der Klinik E., der kam mal, das er sich manchmal als Chefarzt fragt, wie man zu solchen Diagnosen kommt, was ob ob denn jemand, der das diagnostiziert hat auch weiß, was das für denjenigen, der die Diagnose bekommen hat bedeutet hat“ (58-62).

Angehörige miteinbeziehen in die Behandlung

Bei der Frage danach, wie sie in die Behandlung miteinbezogen werden möchten, reagierten die drei Angehörigen ähnlich. Einladungen zu gemeinsamen Gesprächen seien das Mittel der Wahl.

****1007**** fasst ihre Wünsche hinsichtlich einer Einbeziehung in die Behandlung knapp zusammen: „mit dem gegenseitigem Erfahrungsaustausch. Dass mal der Profi erzählt, was er für wichtig hält und ich gleichzeitig meine Beobachtungen von zu Hause mitteilen kann. Und dass ich dann auch echte Hinweise für den Umgang kriege“ (371-374).

****1008**** hat von vornherein betont gegenüber den Ärzten, dass Gespräche im Trialog stattfinden müssen, weshalb dies auch geschehen sei: „Ich denke, wenn man so auch das von vornherein so ranträgt, dass man äh das also/ die Offenheit vielleicht auch da ist. Also wenn man/ man muss es halt einfordern“ (454-456). Ein Gespräch zwischen Profi und Angehörigem alleine halte sie für kontraindiziert: „Und also mir als Angehörigem ist es auch unangenehm, jetzt nur mit dem Arzt zu reden und also über jemanden anders zu reden und äh, ja, geht auch immer schlecht aus“ (460-462).

****1009**** erzählt zunächst ein Negativbeispiel, also eine schlechte Erfahrung aus der Zusammenarbeit mit der Klinik. Sie wurde nicht miteinbezogen in die Behandlung, da ihr Sohn dies nicht wollte, aber sie wurde dann von den Ärzten darüber informiert, dass die Blutwerte nicht stimmen würden und sie kontrollieren solle, dass der Sohn die Medikamente nehme. Dies sei einerseits ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht und andererseits könne man dies von ihr nicht verlangen, zumal der Sohn alleine lebt. Sie erzählt auch ein Positivbeispiel von einer Klinik, von der sie nach sechs Wochen Behandlung zum Gespräch eingeladen wurde und „[d]ie haben dann auch noch den Bruder eingeladen und den Vater, des

ist also, das sind für mich so, das das finde ich, so ist für mich eine Würdigung des Familiensystems“ (129-131).

Was bedeutet Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen?

Für ****1007**** bedeutet Förderung von Autonomie bei Psychiatrie-Erfahrenen, dass diese soweit als möglich wieder in unsere Gesellschaft integriert werden: „Das heißt konkret, dass der äh eine Arbeit hat, die seinem Anspruchsniveau gemäß ist. Die kann deshalb ruhig kürzer sein. Nicht, ich meine, das wäre ja jetzt das, äh wo ich gesagt habe, voll integriert, so weit als möglich. Äh dass er Freunde hat. Dass er nach Möglichkeit auch eine Partnerin hat“ (387-390). Weiterhin hält sie die „Aufhebung der Stigmatisierung“ (400-401) für wichtig, die durch die Anti-Stigma-Arbeit der Angehörigen unterstützt wird: „Und da tun wir indirekt immer was, auch für die Betroffenen und vor allem für deren Autonomie. Weil einfach der/der äußere Status dazu beträgt. Und wenn die g/ ständig gegen so was kämpfen müssen“ (454-457). Am besten wirke jedoch Anti-Stigma-Arbeit, wie das bei den Schulprojekten der Fall sei, „wenn der Betroffene selber hin geht und sagt, so schaue ich aus, so bin ich“ (462).

****1008**** wurde gleich nach den konkreten Projekten zur Förderung der Autonomie befragt, wo sie vor allem Ex-In nannte. Sie beschreibt, wie sich die Ex-In Teilnehmer in Richtung mehr Selbstbestimmung entwickelt hätten: „wenn man sieht äh, WAS sich da entwickelt hat, also einfach durch die/ die Reflexion jetzt der eigenen Geschichte, äh und äh durch äh die gemeinsame Erarbeitung also der verschiedenen äh Geschichten, also dann ist das wirklich erstaunlich, das habe ich mir vor Start des Projekts eigentlich so auch nicht vorgestellt, also dass es so/ so große Schritte sind“ (500-504). Sie erlebe auch, wie sich die Ex-In Absolventen „da einbringen äh und/ und/ und dass sie also jetzt wirklich auch sagen, ich will mich jetzt engagieren irgendwo“ (542-543). Statt sich ins Private zurückzuziehen, würden Ex-Inler sich engagieren.

****1009**** beschreibt die Förderung von Autonomie als „Förderung der Sozialkontakte, also das halte ich für eine ganz wichtige äh Geschichte, die vereinzeln ja, also psychisch Kranke haben ja, ich erlebe es an meinem Sohn, er zieht sich komplett zurück“ (140-142). Neben Kontakten bräuchten psychisch Kranke vor allem Struktur. Als Schritte in Richtung Selbstbestimmung bei ihrem Sohn erklärt ****1009****, dass er medikamentös gut eingestellt sei, dass er sich einen Praktikumsplatz gesucht habe, dass er seinen Hobbies nachgehe. ****1009****

finde es würdelos etwas gegen den Willen ihres Sohnes zu machen, z.B. seine Wohnung zu putzen. Sie betont auch, dass er kein Geld von ihr bekomme; nur Nahrungsmittel und Miete habe sie für ihn bezahlt.

Konkrete Projekte, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern

Auf die Frage, welche konkreten Projekte sie kennen würden, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern, nannten alle drei Probandinnen Ex-In. Zudem wurden insbesondere von ****1007**** und ****1008**** weitere Projekte und Maßnahmen genannt.

****1007**** nennt zuvorderst die Schulprojekte, bei denen die Betroffen zusammen mit Angehörigen und Profis in die Schulen gehen, um die Schulklassen über ihre Krankheit und die Situation psychisch Kranker aufzuklären. Die trialogische Umsetzung sei das Wichtige an den Projekten. Außerdem nennt sie Ex-In und Workshops für Mitarbeiter von Jobcentern sowie Aufklärung von Mitarbeitern in Unternehmen durch Angehörige. In erster Linie aber seien es nicht diese Projekte, die die Autonomie förderten, sondern die „grundsätzliche Haltung, den anderen als Partner zu sehen. Und auf der aufzubauen“ (482-483). Auf Nachfrage spricht ****1007**** über die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen. Diese können „manchmal sehr heilsam“ (489) sein und „man erfährt auch andere Lösungen. Und äh man kann mit Leuten über das reden, was einen wirklich bewegt“ (490-491). In Selbsthilfegruppen habe sie immer neue Freunde gefunden und auch ihr Sohn habe durch Selbsthilfe Kontakte knüpfen und Freundschaften schließen können. Sie finde Selbsthilfe aus zwei Gründen wichtig, einmal als persönliche Hilfe und dann auch als Interessenvertretung.

****1008**** nennt als konkretes Projekt, das die Selbstbestimmung fördert Ex-In. Sie ist begeistert, dass viele der Absolventen der Ex-In Ausbildung „inzwischen auch tatsächlich eine Beschäftigung gefunden [haben], also sind RAUS aus diesem ja Psychiatrieerfahrenen-Gekreise oder so und äh haben wirklich einen Schritt ins Leben, ins Berufsleben getan“ (506-508). Jedoch gehe es bei Ex-In nicht so sehr um Selbsthilfe, sondern „auch schon sozusagen, ich WILL was tun, ich will irgendwas voranbringen, also in der/ in der Psychiatrie“ (548-549). Ex-In würde zwar von den Angehörigen unterstützt werden durch Gelder und Veröffentlichungen in den Verbandspublikationen, aber die Angehörigen würden eher weniger ihre eigenen psychisch Kranken dazu ermutigen diese Ausbildung zu machen, da sie

diese häufig als „viel zu krank“ (567) ansehen. In die Ex-In Ausbildung selbst würden Angehörige nur im Modul Trialog miteinbezogen, wo es die Möglichkeit gäbe, einen Angehörigen (oder einen Profi) mitzubringen. Als weitere Projekte, die die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen fördern, nennt ****1008**** „an allerersten Stelle natürlich mal die Selbsthilfvereine“ (626), dann aber auch Einrichtungen, die sich unter dem Schlagwort der „Sozialraumorientierung“ nach außen öffnen würden, wo also zum Beispiel Psychiatrie-Erfahrene Gedichte vorlesen könnten und es eine Öffnung zur Gemeinde hin gäbe. Schließlich nennt sie noch Psychose-Seminare, die auch die Autonomie von Betroffenen fördern würden.

****1009**** nennt als konkretes Projekt, das die Autonomie der Psychiatrie-Erfahrenen fördert Ex-In. Dieses habe sie über den Trialog kennengelernt. Sie sei positiv von den Ex-Inlern überzeugt: „[I]ch finde es eine tolle Idee, dass Betroffene, die stabil sind, anderen die betroffen sind ähm stützend zur Seite stehen“ (273-274). Sie wisse, dass die Ausbildung „anspruchsvoll“ und „zeitintensiv“ sei und alle Teilnehmer es als eine „große Bereicherung“ empfänden (280-282). Den Einsatz von Ex-Inlern könne sie sich zum Beispiel in der Institutsambulanz oder auf Station vorstellen: „Wir waren da im Wartezimmer vier Stunden rumgesessen, da wäre ein Ex-Inler fantastisch [lacht] [...], der dasitzt ein Wasser anbietet und ähm als als Außenstehender und Unabhängiger schon vermittelt, weil da ist schon ganz viel Spannung ähm drin, ein Angehöriger kommt mit einem Betroffenen, äh der der meist ist der Betroffene neben der Spur, der Angehörige ist ziemlich hilflos, da wäre ein Ex-Inler fantastisch“ (289-295). Auf Station können sie sich den Einsatz von Ex-Inlern in den Gesprächsrunden oder in den Freizeitgruppen vorstellen. Weitere Projekte zur Förderung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen nennt ****1009**** nicht.

(Medizinische) Entscheidungen für sich treffen

Auf die Frage, inwiefern Psychiatrie-Erfahrene (medizinische) Entscheidungen für sich treffen können, antworteten die drei Probanden unterschiedlich. Während ****1007**** betont, dass ihr Sohn diese Entscheidungen meist für sich treffen konnte, geht es ****1008**** vor allem um das Einverständnis des Betroffenen, das eingeholt werden sollte und ****1009**** geht davon aus, dass sie diese Entscheidungen nicht für sich treffen können, weil es ihnen an Hintergrundinformationen fehle.

****1007**** denkt, „dass es auf den jeweiligen Gesundheitszustand ankommt“ (518). Ihr Sohn habe die Entscheidungen für sich treffen können und er sei „zumindest mit der Ausnahme von einem Mal von selber in die Klinik gegangen“ (524-525). Sie plädiert dafür, dass man den Betroffenen weitestgehend die Entscheidungen selbst überlassen soll, außer wenn eine Gefährdung vorliegt.

****1008**** denkt, dass Betroffene auf jeden Fall medizinische Entscheidungen für sich treffen können, „solange sie rational ansprechbar sind“ (654). Wichtig sei das Einverständnis des Betroffenen, weil man sonst bei der Zwangsbehandlung lande. Sei die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass man den Betroffenen nicht mehr erreichen könne, müsse man trotzdem sicherstellen, dass er das Medikament nehme und dass es in seinem Einverständnis passiere.

****1009**** geht davon aus, dass es den Betroffenen zu viel an Hintergrundinformationen fehle, als dass sie (medizinische) Entscheidungen für sich treffen könnten. Es gäbe Situationen, wo man eingreifen müsse, um den Patienten vor sich selbst zu schützen, zum Beispiel eine akute Psychose mit Verfolgungswahn. In diesem Zustand habe zum Beispiel ihr Sohn gedacht, es würden Menschen durch die Wand kommen. Sie beschreibt, wie sehr ihr Sohn unter den Nebenwirkungen von Psychopharmaka gelitten habe und sie findet es „schade, dass das nicht mehr auch Möglichkeiten der Medikamentierung ausgetestet wird, dass man sagt okay das sehen wir ein, dass das für Sie so nicht hinnehmbar ist, ne, versuchen wir es so rum, müssen Sie nehmen [lacht]“ (367-369).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrenen die meiste Unterstützung benötigen gehen weit auseinander. Während ****1007**** nicht auf die Frage antwortet, weil sie die Autonomie ihres Sohnes schützen möchte, geht es ****1008**** vor allem um psychologische und praktische Unterstützung und ****1009**** in erster Linie um die „offiziellen Geschichten“ (373).

****1007**** meint, es komme auf den Einzelfall an, wo Unterstützung nötig sei. Auf die Frage nach dem größten Unterstützungsbedarf bei ihrem Sohn antwortet sie nicht, da sie seine Autonomie schützen möchte.

****1008**** denkt, dass der größte Unterstützungsbedarf darin liegt, dass Betroffene „wirklich so ihren eigenen Weg zu finden, also ihnen äh praktisch dabei äh, ja, zu helfen oder so, dass sie eben äh die eigenen/ eigene Schritte wieder machen können oder so, das, denke ich mir, ist so das Wesentliche“ (671-674). Kontraindiziert sei es etwa, die Wohnung des Betroffenen zu putzen, stattdessen sollte man ihm „dabei behilflich zu sein, eine Struktur zu schaffen oder so, damit derjenige sich an dieser Struktur entlang eben auch selber dann wieder organisieren kann“ (680-682).

****1009**** sieht den meisten Unterstützungsbedarf bei den „offiziellen Geschichten“ (373): „Was mache ich jetzt beruflich, eine Reha- Berufsrehabilitation, ne Beglei-, also ähm wie kriege ich einen Therapieplatz, ein ein psychologisches Gespräch, wie schaff- wo kriege ich das Geld dafür her oder wie wie komme ich da ran, ähm, ja, und was bedeutet persönliches Budget“ (373-376). Sie sagt, es würden Informationen fehlen zu diesen Schritten, die eigentlich ein Sozialdienst übernehmen müsse.

Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung

Die Antworten auf die Frage, welche Bedeutung die Familie und das soziale Netz für die Selbstbestimmung des Psychiatrie-Erfahrenen haben, sind sehr emotional gefärbt.

****1007**** beschreibt es so: „Also es ist das äh/ Ja, das ewige [stöhnen] Grenzfeld zwischen [lachend] loslassen und nicht loslassen. Wo man vielleicht oder mit Sicherheit manchmal Fehler macht“ (568-570). Dabei vermittelte die Familie ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Behütung. Man dürfe jedoch nicht außer Acht lassen, was der Betroffene allein gestalten kann.

****1008**** sagt, die Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung sei „zwiespältig“ (697). Einerseits sei die Familie eine wichtige Ressource und andererseits müsse der Betroffene davon unabhängig werden. Natürlich käme es auf die individuellen Familienverhältnisse an, doch im Idealfall sei die Familie eine Ressource, „die es eben ermöglicht oder so, dass derjenige da eben seine/ sein Leben in/ selber wieder in den Griff nehmen kann, die uns aber auch wieder loslassen können“ (702-704). Zu der Bedeutung von Freunden und Kollegen äußert sich ****1008**** ebenfalls. Ihre Tochter habe die Freunde nach Abschluss der Schulausbildung und mit Beginn der Erkrankung weitgehend aus den Augen verloren, was ihr „sehr, sehr zu schaffen machte, dass das alles so weggebrochen ist und sie

eigentlich so völlig alleine stand“ (720-722). Im Hinblick auf die Kollegen sei es wichtig, dass ihre Tochter einen offenen Umgang mit der Erkrankung habe, da diese dann verständnisvoll reagierten und „die Beziehungen eine andere Qualität haben“ (739-740).

****1009**** denkt, dass es ganz wichtig ist, dass „der Erkrankte weiß, ich habe hier Menschen, die zu mir stehen, egal wie es mir geht“ (382-383). Diese Menschen begleiteten den Kranken auch mit seiner Krankheit positiv und glaubten an ihn.

Bedeutung der finanziellen Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

Auf die Frage nach der Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen antworteten die beiden Befragten ähnlich. Diese hätte einen großen Einfluss. ****1009**** wurde nicht zu diesem Thema befragt, kommt aber kurz darauf zu sprechen bei der Frage nach der Lebensqualität.

****1007**** gibt an, die persönliche finanzielle Situation habe eine große Bedeutung für die Selbstbestimmung, denn durch Unterstützung von Seiten der Eltern oder der Ämter befindet sich der Betroffene in einer Abhängigkeit und das würde der Selbstbestimmung widersprechen. Zudem würde eine Dankbarkeit von Seite der Betroffenen (und Angehörigen?) erwartet, so als ob diese verantwortlich wären für die Situation. „Nicht, man muss ja froh sein, dass man für den so sorgt“ (628).

****1008**** gibt an, dass es kränkend sei, wenn das Geld für den Lebensunterhalt von den Eltern oder den Ämtern komme und man vor Augen geführt bekomme, „dass man das nicht geschafft hat und äh dann eben gerade im Vergleich mit der Alterskohorte“ (689-690).

****1009**** wurde zwar nicht direkt zu diesem Thema befragt, gibt jedoch an, dass sie ihrem Sohn finanziell immer wieder unter die Arme gegriffen habe. „[E]ntweder ich lasse ihn in die Obdachlosigkeit rein oder ich übernehme halt wenigstens die Grundfinanzierung, habe ich halt die Miete übernommen und habe ich gebe ihm dann auch kein Geld, also er kriegt von mir Nahrungsmittel und ich lade ihn zum Essen ein, aber er kriegt kein Geld, weil ähm das ertrage ich auch nicht, wenn er das dann in Zigaretten umsetzt, ne, das, so so großzügig bin ich dann doch nicht [lacht]“ (252-256).

Bedeutung von Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Die drei Angehörigen antworteten unterschiedlich auf die Frage nach der Bedeutung von Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen. Allerdings ist bei allen drei ein kritischer Unterton herauszuhören, was für Angehörige eher untypisch ist, da diese die Medikamente meist als (große) Unterstützung wahrnehmen.

****1007**** gibt an: „Also ich bin/ ä/ grundsätzlich kein absoluter Gegner von Medikamenten. Ich bin nur ein absoluter Befürworter der anderen Sparte. Nämlich der ähm Psych/ ähm Psychotherapie“ (582-584). Im Hinblick auf ihren Sohn beschreibt sie die aktuelle Situation bereits an früherer Stelle im Interview: „Also äh es ist so, ähm er wollte oder will immer noch seine Tablettendosierung reduzieren. Hat aber mit dem Versuch schon mal Schiffbruch erlitten. Und nachdem es ihm jetzt relativ gut geht, ist er der halt Reduzierung sehr skeptisch gegenüber. Also er hat sich es jetzt wieder fürs Frühjahr vorgenommen. Weil eben der Winter sowieso problematischer ist und einen verändert, ne?“ (346-350).

****1008**** sagt, die Psychopharmaka würden die Selbstbestimmung wegdämpfen und eine neue Abhängigkeit erzeugen. Sie beschreibt Nebenwirkungen, die sie bei einer Betroffenen beobachtet hat: „also wo du so auch gemerkt hast, also jegliche Art von Selbstvertrauen war eigentlich weg. Ne? Also es ging praktisch nur mit diesem Tavor. Und ja, ist halt/ Musst halt die entsprechenden Psychiater finden, die das gut begleiten können“ (754-756). Im Hinblick auf ihre Tochter erklärt sie, dass diese sporadisch Termine bei einem Therapeuten habe, der gleichzeitig Psychiater sei und dass sie sich bei einem anderen Psychiater die Medikamente hole. Sie habe sie zu dem Termin nach der Klinik begleitet auf ihren Wunsch hin.

****1009**** wurde diese Frage nicht gestellt. Sie äußerte sich jedoch an anderer Stelle ausführlich über die Nebenwirkungen, unter denen ihr Sohn litt, als er verschiedene Psychopharmaka bekam. Dies waren neben Verkrampfungen auch Erektionsstörungen. Als Maßnahme gegen die Verkrampfungen habe der Betroffene die Tabletten „ins Klo geschmissen und dann haben sie ihn entlassen, da er gut auf die Medikamente angesprochen hat“ (348-349). Gegen die Erektionsstörungen habe er „sich dann selber medikamentiert“ (364). Wie bereits zuvor zitiert, wünsche sich ****1009**** mehr Spielraum für das Ausprobieren von Medikamenten am Patienten.

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage nach der Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen gehen auseinander. Während ****1007**** wenig Erfahrung mit diesen gemacht hat und daher kaum Stellung dazu bezieht, erlebte ****1008**** die Einrichtung einer Betreuung für ihre Tochter als Zwangsmaßnahme, da es im Selbstlauf von stattene ging. ****1009**** schließlich sieht das Problem in einer mangelnden Verfügbarkeit und Kompetenz des Personals Situationen zu deeskalieren.

Der Sohn von ****1007**** hat nur eine Nacht auf einer geschützten Station verbracht. Ansonsten kenne sie Zwangsmaßnahmen nur aus den Erzählungen derer, die sie „erduldet hatten“ (639) und „da habe [sie] also von den Meisten eigentlich nur Negatives gehört“ (640). ****1007**** gibt an, dass Zwangsmaßnahmen eingeschränkt werden sollen.

Die Antwort von ****1008**** ist ausführlicher und wesentlich stärker emotional geprägt. Sie glaubt, „das ist so mit das Schlimmste, was einem passieren kann [...] Wie eine Vergewaltigung“ (800-802). Sie hält es für sehr wichtig, dass Alternativen entwickelt werden. Die Zwangsbehandlung „ist wirklich so ein traumatisches Erlebnis“ (808), wie ****1008**** an den Betroffenen sieht, die sie aus dem Psychose-Seminar kennt und die immer wieder darüber sprächen. Dies könnte so weit gehen, dass Leute Todesängste entwickelten und eine starke Hoffnungslosigkeit, dass sie die Institution nicht mehr verlassen werden. Sie selbst habe erlebt, wie eine Betreuung im Selbstlauf eingerichtet wurde, die sie als Eltern übernommen haben. Das Unterbringungs- und Betreuungsverfahren habe sie als einen Zwangseingriff erlebt: „Das ging im Selbstlauf, also praktisch durch diese Verordnung, die dieser Psychiater da geschrieben hat, also war das faktisch ja eine Zwangseinweisung mit Polizei und mit Dings“ (836-838). Das Vertrauensverhältnis zur Tochter sei durch die Betreuung vorübergehend schlechter geworden, da diese ohne die Zustimmung der Eltern die Klinik nicht verlassen konnte. Andere Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) habe ihre Tochter jedoch nicht erlebt.

****1009**** antwortet auch emotional auf die Frage nach der Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Selbstbestimmung: „wenn sie entwürdigend sind, ist es glaube ich ganz ganz furchtbar, das ist zerstörerisch“ (389). Sie erklärt, dass der Umgang mit nicht kooperativen Patienten ja auch in normalen Krankenhäusern geregelt werden müsse und dass es möglich ist, „auch einen einen Patienten, der der erstmal nicht kooperativ ist, mit viel Charme da hinzukriegen, dass er kooperativ ist“ (392-393). Sie ist sich dessen bewusst, dass

es vielleicht mehr Zeit und Personal kostet, doch sie denkt, dass solche Situationen anders gelöst werden können: „[D]ie fünf Minuten habe ich und ich denke es ist mit psychisch Erkrankten ähnlich, es ist halt eine Frage des Personals, wie so oft“ (396-397). Als Beispiel nennt sie die Öffnung der Türen in einer Klinik nahe Baden-Württemberg, die den Effekt hatte, dass der Medikamentenumsatz stark gesunken sei, weil allein das offene Setting einen beruhigenden Effekt habe.

Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen

Auf die Frage nach der Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen haben alle drei Probanden die Antwort gegeben, dass diese eingeschränkt sei.

1007 betont, dass es sich durch die Krankheit um eine „deutliche Verschlechterung“ der Lebensqualität handelt, „weil einfach die Ziele, die man sich gesetzt hat, nicht verwirklicht werden können. Weil man Freunde verliert. Weil man einfach auch w/ Kontakte nicht mehr so pflegen kann“ (651-654). Obzwar manche Betroffene eine Bereicherung durch die Krankheit erleben, kann dies von **1007** nicht nachvollzogen werden. Vielmehr gehe es darum, „irgendwie damit fertig zu werden. Dran zu arbeiten“ (663).

1008 bezieht sich in erster Linie auf ihren psychisch kranken Bruder, der eine große Trauer empfindet, dass er keine eigene Familie hat. Einschränkend in der Lebensqualität ist weiterhin, dass Freundschaften nicht leicht fielen und „wirklich sehr große Spannungen aushalten können müssen“ (874). Finanziell gäbe es oft Knappheiten oder Abhängigkeiten, mit denen der Betroffene leben müsse. Dazu kämen die Symptome der Krankheit, etwa sehr große Ängste oder Verfolgungswahn, und eine Unzufriedenheit in der Kommunikation sowie ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Nähe und Verständnis. Im Hinblick auf ihren Bruder erklärt sie: „[M]it seinem Verfolgungswahn [kann er] halt äh bei niemandem so richtig landen [...], weil ihm/ das kann ihm keiner abnehmen oder so, ne. Das kann ihm auch keiner äh/ ist dann auch so, dass man sagt, äh dass er es bei uns schon gar nicht mehr anbringt oder so, ne. Also dass da äh/ Für ihn ist es natürlich ein sehr großes Anliegen, aber äh der andere äh kann sich's anhören, aber er kann es ihm nicht abnehmen und äh das ist natürlich auch eine/ eine äh/ eine Unzufriedenheit also mit der Kommunikation und auch mit der Enge äh oder Nähe äh, Wunsch nach Nähe oder so. Ne? Den/ Den man so nicht erfüllen kann irgendwie, ne“ (885-892).

****1009**** bezieht sich ebenso wie ****1007**** auf die verschwundenen Freunde ihres Sohnes und erklärt, dass es neben dem Frust, in einer hochtechnisierten Welt nicht mehr zurechtzukommen, auch große finanzielle und partnerschaftliche Einbußen gebe. „Das ist auch ganz schwierig jemanden kennenzulernen, der ähm da ein weites Herz hat und mit der Problematik offen ist“ (414-415). Es sei wichtig, dass man sich selber zuspricht, man sei was wert „auch wenn ich nicht mehr funktioniere, das gelingt wenig, vielleicht auch erst dann nach einem gewissen Maß an Erfahrung, aber am Anfang fallen die fast alle in ein fürchterlich tiefes Loch“ (408-409). Doch am einschränkendsten sei wohl „nicht mehr dazugehören. Vom X [Name des Sohnes] sind alle Freunde verschwunden. Es kommt keiner mehr zu ihm. Die haben mitgekriegt ein paar Mal mitgekriegt, dass er halt spinnt. Vergiss es“ (417-419).

Verantwortung für das eigene Leben und die Gesundheit übernehmen

Die Frage, inwiefern Psychiatrie-Erfahrene Verantwortung für sich und für ihr Leben und ihre Gesundheit übernehmen können, wurde von den drei Angehörigen unterschiedlich beantwortet. Während ****1007**** feststellt, dass sie Verantwortung übernehmen und übernehmen sollen, sagt ****1008****, dass sie Verantwortung übernehmen können und müssen. ****1009**** macht es fest an der Überwindung der akuten Phase.

Auch ****1007**** erklärt, es komme auf den Gesundheitszustand des Betroffenen an, ob er aktuell Verantwortung für sich und seine Gesundheit übernehmen könne. Diese Verantwortung finge bei der Medikamenteneinnahme an. Es könne passieren, dass der Betroffene seine Tabletten vergesse, dem könne man aber Abhilfe verschaffen, doch „kontrollieren würde ich nicht gerne, nur wenn ich drum gebeten werde“ (738-739). Unter Umständen sei dann eine Spritze besser für den Betroffenen, „[w]eil da ist er/ Da muss er hingehen, da ist er für sich selber zuständig“ (744-745).

****1008**** erklärt, Psychiatrie-Erfahrene können und müssen Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Leben übernehmen. Mehr noch, sie müssten auch Verantwortung für das Umfeld übernehmen, in dem sie leben. Konkret sieht das so aus, „dass sie halt lernt, äh was sie sich zumuten kann und was sie sich halt NICHT zumuten kann, also wo bestimmte Grenzen sind äh der Belastbarkeit, dass sie äh lernt, äh äh Fremdeinschätzung und Eigeneinschätzung also anzunähern“ (947-949). Wichtig sei zudem, dass der Betroffene aus

seiner Isolierung rauskomme und „den Schritt tu[t] und sich eben die entsprechende Hilfe zu holen, wobei es dann halt immer schwierig ist, wo findet er sie, solange es eben verschiedene äh Ausrichtungen gibt, ne?“ (962-964).

Für ****1009**** geht es darum, „die akute Phase zu überbrücken und danach denke ich ist ist der genauso verantwortlich wie wie jeder von uns“ (427-428). Die Überbrückung könne mit Hilfe der medikamentösen Einstellung oder mit therapeutischer Hilfe geschehen.

Weiter Entwicklungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Prognose)

Bei der Frage nach den weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung in der Psychiatrie haben die drei Probanden vor allem über ihre Wünsche und Hoffnungen für die Zukunft gesprochen und über Fehlentwicklungen.

****1007**** wünscht sich mehr Inklusion, dass „äh Schranken, also dieses Stigmata fallen und dadurch dem Betroffenen mehr Möglichkeiten geboten werden“ (804-805). Außerdem solle die Medikation auf ein Minimum reduziert werden und angemessene Arbeits- und Freizeiträume geschaffen werden.

****1008**** äußert sich kritisch über das neue Entgeltsystem, in dem sie die Gefahr sieht, „[d]ass es äh/ ja, diese Pauschalierung ja letztendlich heißt äh, ja, alle Fälle gleich also zu takten, abzutakten, sodass eben gerade für diese alternativen äh Therapien und/ und Heilungsmöglichkeiten immer weniger Raum bleiben wird“ (981-984). Sie wünsche sich, dass die alternativen Behandlungsmethoden, „also eben Empowerment, Recovery, ähm Teilnahme an bestimmten Projekten, dann Beschäftigung, also äh äh das/ also ähm Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke, also nicht auf diese viele Barrieren stoßen, die es gegenwärtig gibt“ (1008-1011).

****1009**** steht wie ****1008**** dem „Bestreben auch die Zeiten der Behandlung, die Behandlungsdauer zu kürzen“ (432-433) skeptisch gegenüber. Besser würde sie es finden, wenn „sich viele verschiedene äh Zuständigkeiten zusammentun, um einem Betroffenen zu helfen“ (435-436) nach finnischem bzw. schwedischem Modell. Sie argumentiert, dass die Sparmaßnahmen der Krankenkassen zu langfristig mehr und früheren Verrentungen und höheren Kosten führen würden, die dann wieder der Steuerzahler tragen müsse: „[Z]u sparen

in der Klinik und in der Behandlung, ist letztlich hinten nach viel teurer als vorne, wenn man vorne ordentlich investiert denke ich und die Menschen gut begleitet, dass die auch sich selber wieder versorgen können, ist wesentlich günsti- kostengünstiger für alle“ (442-444).

b) Vergleich von drei Angehörigen mit psychisch krankem Partner, Eltern, Kind

Im Folgenden werden noch einmal drei Interviews mit Angehörigen miteinander verglichen. Dieses Mal allerdings nicht nur Eltern psychisch kranker erwachsener Kinder, die den Großteil der Stichprobe ausmachen, sondern auch Partner und Kinder von psychisch kranken Eltern. ****1010**** ist die 54-jährige Ehefrau eines seit 22 Jahren psychisch erkrankten Mannes, ****1011**** ist die 35-jährige Tochter einer seit mehr als fünfunddreißig Jahren psychisch kranken Mutter und ****1012**** ist die 69-jährige Mutter einer psychisch kranken Tochter, die bereits im Kindesalter erkrankte. Während in den ersten beiden Fällen eine schizoaffektive Erkrankung zugrunde liegt, handelt es sich in letzterem Fall um eine Essstörung. Während rw und GE an trialogischen Veranstaltungen teilnehmen, ist die Teilnahme von ****1010**** auf eine Selbsthilfegruppe für Angehörige beschränkt. Die Dauer der Interviews beträgt zwischen 1:00:37 und 01:14:30 Stunden. ****1010**** wurde in ihren privaten Wohnräumen, ****1011**** an ihrem Arbeitsplatz und ****1012**** in meinen Büroräumen interviewt. Die Dauer der Erkrankung liegt bei mehr als 20 (Fall 4 und 6) bzw. mehr als 30 Jahren (Fall 5). ****1010**** und ****1012**** haben die Mittlere Reife sowie eine Ausbildung erfolgreich absolviert, während ****1011**** das Allgemeine Abitur und ein Studium absolvierte. Alle drei sind verheiratet.

Situation der Angehörigen

Zunächst schilderten alle drei Angehörigen ihre persönliche Situation mit dem psychisch erkrankten Familienteil.

****1010**** geht darauf ein, dass ihr Ehemann aktuell wieder in einer Klinik sei. Seit mehr als 22 Jahren sei er an einer schizoaffektiven Störung erkrankt und habe immer wieder stationäre Aufenthalte auf geschlossenen und offenen Stationen. Der Familienvater von drei Kindern sei Akademiker und Vollzeit berufstätig. Die Kinder seien alle älter als zwanzig Jahre und leben zum Teil noch im Haushalt der Eltern. ****1010**** sei Mitglied einer Angehörigengruppe, ihr

Mann Mitglied einer Betroffenenengruppe. Trialogische Veranstaltungen würde ****1010**** nicht besuchen. Ihr Mann habe nie eine Betreuung gehabt.

****1011**** habe eine Mutter, die seit mehr als 35 Jahren psychisch erkrankt sei. Ihre Mutter habe drei Kinder und leide an einer schizoaffektiven Störung. ****1011**** macht keine Angaben zur aktuellen Berufstätigkeit ihrer Mutter. Diese habe eine „exzellente akademische Laufbahn hinter sich [gebracht] und ist dann letztlich aufgrund der Erkrankung so gescheitert“ (1047-1048). ****1011**** nehme an trialogischen Veranstaltungen teil und engagiere sich aktiv in der Angehörigenbewegung. Sie habe eine Vorsorgevollmacht für ihr Mutter, die ihr „einfach überhaupt das RECHT, mich mit den Profis zu unterhalten und gleichzeitig auch das Interesse meiner Mutter zu vertreten“ (447-448) gibt. Das System der Betreuung habe bei ihrer Mutter versagt: „Meine Mutter hat Betreuer verschlissen, noch und nöcher. In der Zeit, wo es immer hieß, es sei notwendig, es sei notwendig, es geht nicht ohne. Sie dürfe nicht selbstständig in ihrer Wohnung leben, wenn sie keine Betreuung hätte“ (991-993). Im Hinblick auf ihre Sonderposition als Tochter einer psychisch kranken Mutter in der Angehörigenbewegung betont sie: „Also, ähm es SIND und bleiben die Eltern, die sich am stärksten engagieren, weil sie die größte Hilflosigkeit erleben. Und es ist auch eine Generationssache. Ich merke, dass die Jüngeren immer weniger bereit sind, sich in einer ehrenamtlichen Funktionstätigkeit in der Selbsthilfe zu engagieren“ (318-322).

****1012**** schildert ausführlich den langen und teils steinigen Genesungsweg sowie die Krankheitsgeschichte ihrer Tochter, die seit mehr als 22 Jahren erkrankt ist, aktuell aber gesund sei. Die Erkrankung der Tochter (Essstörung) begann, als diese 13 Jahre alt war. Ihre Tochter sei gegenwärtig 35 Jahre, erfolgreich in ihrem Beruf, in einer Beziehung und (noch) kinderlos: „Ich glaube, wenn sie sie jetzt kennen würden, würden sie nicht unbedingt darauf kommen, dass sie psychisch mal krank war“ (175-176). ****1012**** engagiert sich in der Angehörigenarbeit und hält Kontakt mit ihrer Tochter, wobei sie selten über die Zeit der Erkrankung sprechen.

Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen

****1010**** lebt mit ihrem Ehemann in einem Haushalt, wobei die Erfahrung gezeigt habe, „dass es ab einem gewissen Punkt nur noch in der Klinik geht“ (432) und in der Regel „sagt er ja selber immer, er will in die Klinik, also er nimmt das in Kauf“ (305-306), sodass er noch

nie zwangseingewiesen werden musste. Seit circa drei Jahren sei ihr Mann in einer Gruppe für Betroffene und sie „kenne die Leute da teilweise, weil die mal bei uns Zuhause waren“ (147-148). ****1010**** stellt eine Vermutung über die Beziehung der beiden auf: „Vielleicht braucht es diese kranken Abschnitte sogar, dass wir uns wieder näher kommen“ (325-326). ****1010**** unterstütze ihren Mann in der Bewältigung des Alltags, begleite ihn wenn nötig zum Arzt und besuche ihn im Krankenhaus. In Krankheitsphasen versuche sie ihn zu überzeugen von ihrer Meinung. Sie müsse manchmal unheimlich aufpassen „das nicht zu übertreiben mit diesem Bemuttern“ (189-190).

****1011**** betont, dass der Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen wie jeder zwischenmenschliche Kontakt höchst individuell sei und eine psychische Erkrankung durchaus eine Kontaktbarriere sein könne. Im Hinblick auf die Beziehung zur ihrer Mutter sagt sie. „Wenn Sie mich PERSÖNLICH fragen, ähm dann habe ich es halt LEIDER so erlebt, dass der/ dass die psychische Erkrankung dazu geführt hat, dass sich unser/ unser Beziehungsgefüge verändert hat, dass ich immer mehr in die Rolle gekommen bin, die/ äh die Mutter meiner Mutter zu sein, statt das Kind oder die Tochter meiner Mutter“ (335-339). Durch die Vorsorgevollmacht hat sie viel Verantwortung und ist froh über die räumliche Distanz zwischen ihr und ihrer Mutter, auch wenn diese die Unterstützung eher aufwendig macht.

****1012**** lebt ebenfalls in räumlicher Distanz zu ihrer genesenen Tochter. Zudem gibt es eine zeitliche Distanz zum Krankheitsgeschehen, das derzeit nicht im Vordergrund steht. Auf die Frage nach dem Kontakt zwischen Angehörigen und Betroffenen, spricht sie überwiegend über die Kontakte von Angehörigen untereinander, die sich im Rahmen des Angehörigenvereins „gegenseitig stützen“ (187). Das Verhältnis zu den Betroffenen beschreibt sie als „problematisch[...]“ (196): „Ja, manchmal kommen sie, [...] manchmal kommen sie wieder und treten dann sogar dem Verein bei und ich habe eine ganze Liste, [...] die mal kommen und mal nicht kommen, je nachdem wie die wie sie sich fühlen oder ob sie Probleme haben“ (206-209).

Kontakt zwischen Angehörigen und Professionellen

****1010**** beschreibt, dass es teilweise „so mühsam“ (75) sei an die Ärzte ranzukommen und sie als Angehörige schon Dinge erlebt habe, die sie „entwürdigend“ (73) finde: „wenn ich

dann so äh Sachen höre, wie ja wer sind Sie eigentlich und kann ja jeder sagen er sei oder sie sei die Frau und dann finde ich das wirklich absolut krank [...], allein immer diese Frage ja äh ist denn ihr Mann einverstanden das hat mich teilweise wirklich sehr gekränkt, weil ich gedacht habe jetzt stehe ich ihm seit so vielen Jahren [...] ich stehe zu ihm, ich unterstütze ihn, ich versuche ihm zu helfen und dann muss ich mir solche Sachen sagen lassen, das fand ich immer auch kränkend“ (73-80).

****1011**** beschreibt, „in den trialogischen Veranstaltungen [seien] die Profis oft sehr NAHE an den Angehörigen, weil sie in eine gemeinsame Stoßrichtung oft gehen. Weil sie sich die bestmögliche Behandlung wünschen. [...] Wie überzeuge ich meinen betroffenen Angehörigen davon, die Behandlung wieder aufzunehmen, um es mal kurz zu fassen“ (349-355). Was den Kontakt zwischen Angehörigen und Profis jedoch schwierig mache, sei, wenn sich Letztere „nicht in die Karten schauen lassen wollen [...] und wenn Angehörige das Gefühl haben, sie müssen um jede Information bitteln“ (357-359). Bei diesen Informationen handle es sich nicht in erster Linie um Informationen, die unter die Schweigepflicht fallen, sondern um solche, die nötig sind für den Umgang mit dem erkrankten Angehörigen.

****1012**** beschreibt den Kontakt zwischen Angehörigen und Profis als „sehr gespannt“ (227). Es gebe Angehörige, die aufgegeben hätte und nicht mehr mit den Ärzten sprechen und es gebe Betroffene, die nicht wollen, dass die Angehörigen miteinbezogen werden. Wenn es zu Notfällen käme, wo zum Beispiel ein Sohn die Mutter mit dem Messer bedroht und dann nur für das Wochenende eingewiesen wird und „montags wieder bei seiner Mutter vor der Tür steht“ (234), dann sei dies eine sehr belastete Situation. Der Angehörigenverein pflege regelmäßige Gespräche mit der Klinikleitung.

Angehörige in die Behandlung miteinbeziehen

Auf die Frage, wie sie gerne in die Behandlung ihres psychisch kranken Familienmitglieds miteinbezogen werden möchten, antworteten die drei Angehörigen sehr unterschiedlich.

****1010**** ist zufrieden mit der Einbeziehung ihrer Person in die Behandlung ihres psychisch kranken Ehemannes: „wie es jetzt ist, dass äh wenn der Patient einverstanden [ist] [...] dass man halt dann wirklich bei den Gesprächen dabei sein äh kann“ (152-154). Sie beschreibt, wie sie Termine bei einem Psychiater zusammen mit ihrem Mann wahrgenommen habe, um ihre Sicht der Dinge zu schildern und damit der Profi ihren Mann nicht gehen lasse, ohne dass er

sich ein Bild von der Situation gemacht habe: „der Arzt hat sich offenbar damit zufrieden gegeben, wenn mein Mann bei ihm war und ihn gefragt hat und wie geht es Ihnen Herr S., dann hat mein Mann gesagt gut und dann hat er ihn wieder heimgeschickt und es ist ihm halt nicht gut gegangen und dann bin ich halt doch mehrere Male mitgegangen, das war auch kein Problem und habe halt dann auch mal so aus meiner Sicht geschildert, also immer mit meinem Mann zusammen, der es halt dann doch auch so bestätigt hat“ (158-163).

****1011**** würde (derzeit) gerne weniger in die Behandlung ihrer psychisch kranken Mutter miteinbezogen werden: „[I]ch wäre in MANCHEN Situationen sogar dankbar, wenn ich weniger eingebunden werden MÜSSTE, weil das in meiner Situation heißen würde oder in unserer Situation, meiner Mutter und meiner Situation, dass es gut läuft. [lacht] Also, dass sie stabil ist, dass die Therapie gut funktioniert, dass sie mit den Medikamenten gut zurechtkommt“ (416-420). Dennoch sei sie froh, dass sie den Profis nicht hinterherlaufen müsse, um an Informationen zu kommen, sondern dass diese sich bei ihr meldeten aufgrund der Vorsorgevollmacht.

****1012**** beschreibt, dass sie sehr gerne mehr in die Behandlung ihrer Tochter miteinbezogen worden wäre, da sie die Jugend ihrer Tochter kaum miterlebt habe: „Und wenn ich jetzt so denke: ich weiß nicht, welche Musik sie mag oder was anzuziehen, oder sowas, ich hätte schon gerne lieber äh ja und ich hätte ja das Glück, dass sie damals ja noch minderjährig ist, ich hätte ja die Chance gehabt alles zu erfahren, nicht“ (260-262).

Was bedeutet Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen?

Auf die Frage, was Förderung der Autonomie bei Psychiatrie-Erfahrenen bedeute, antworteten die drei Angehörigen sehr unterschiedlich.

****1010**** hält es für „wahnsinnig schwierig, weil halt die Kranken oftmals ja eine falsche Selbsteinschätzung haben“ (169). Konkret bedeute das, dass sie „sich eben als gesund erleben, also ich beziehe es jetzt auf meinen Mann, obwohl er eben nicht gesund ist. Und jetzt ist die Frage ja lässt man ihn oder lässt man ihn nicht und irgendwie nachdem wir halt in einer Gemeinschaft leben und äh da liegt einem ja das Wohlergehen des anderen am Herzen und äh ja und dann möchte man ja, dass es dem anderen WIRKLICH gut geht“ (171-174). Im Hinblick auf ihren Mann sieht sie wenig Förderbedarf an Autonomie, weil er durch die Familie und die Berufstätigkeit ein sehr autonomes Leben führt. Sie erzählt ein Beispiel, wie

sie ihn in der Manie überzeugen will, dass seine Pläne nicht sinnvoll und vielleicht gefährlich sind. Dabei ergänzt sie: „Wobei man da ja auch unheimlich aufpassen muss, das nicht zu übertreiben mit diesem Bemuttern sage ich jetzt mal in Anführungszeichen“ (189-190).

Für ****1011**** bedeutet Förderung von Selbstbestimmung bei Psychiatrie-Erfahrenen, dass „ein LEBEN mit der Erkrankung ähm so gut wie möglich erstmal von ALLEN Beteiligten ermöglicht wird, das heißt natürlich auch von dem Betroffenen selber. Ähm ein Leben mit der Krankheit heißt aber auch nicht, äh ein Leben nur rund um die Krankheit“ (42-45). Sie betont dabei, wie wichtig die eigene Wohnung ist und im „Idealfall natürlich auch eine Beschäftigung“ (60). Auch das Akzeptieren einer psychiatrischen Diagnose durch den Betroffenen und das Umfeld sei ein wichtiger Schritt, weil dadurch Schuldzuweisungen aufhören würden und stattdessen eine Basis für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung geschaffen werde: „die Erkrankung im Idealfall sogar mit einem NAMEN besetzen zu können und sagen zu können: `Das ist die Erkrankung. Die hat einen bestimmten Charakter, die hat einen bestimmten Verlauf, das kann sich immer wieder verändern`, ähm aber sie bekommt dadurch/ sie wird dadurch konkreter und nicht mehr dieses abstrakte, alles ähm dominierende und alles irgendwie ständig auf unsichere Beine stellendes“ (111-116).

Ähnlich sieht es ****1012****. Sie sagt: „[I]ch denke mir für die Autonomie eines Betroffenen muss erst mal die Grundlage geschaffen werden, dass man sagen kann, ich habe Zucker oder ich habe, was weiß ich oder ich bin psychisch erkrankt“ (305-307). Für sie bedeutet Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen zuvorderst, „dass man dieses Stigma nicht nicht mehr hat“ (301). Weiterhin bedeutet es für sie, „dass man dann sich auf das Zeitgefühl des Psychiatrie-Erfahrenen einlässt, denn Zeit ist ist nichts“ (315-316). Außerdem empfiehlt sie „einen Mentor oder einen Lotsen oder einen Freund, der ähm die gesunden Aspekte eben erkennt und fördert oder die kranken eben darauf auf- hinweist da hast ja auch noch andere nicht nur deine Tics oder deine, deine Müdigkeit oder sowas“ (333-336).

Konkrete Projekte zur Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Auf die Frage nach konkreten Projekten, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern, nennen die drei Angehörigen sehr unterschiedliche Maßnahmen.

****1010**** kennt keine konkreten Projekte außer (auf Nachfrage) Selbsthilfegruppen. An anderer Stelle spricht sie über eine psychiatrische Patientenverfügung, über die sie und ihr

Mann bereits nachgedacht hätten, für die es aber noch nicht den richtigen Zeitpunkt gegeben hätte. "Open Dialogue" kenne sie nicht. Auch auf Ex-In kommt sie nicht zu sprechen.

****1011**** nennt zuallererst das Ex-In Projekt, aber auch das Psychose-Seminar, die Selbsthilfe sowie Anti-Stigma-Projekte. Wir sprechen im Zuge dessen über die „Generationenfrage“ (280) in der Angehörigenselbsthilfe und die „Geburtsstunde“ der Angehörigenselbsthilfe: „MEIN Eindruck ist der, dass DAS die Wurzel auch der Angehörigenhilfe ist. Diese Hilflosigkeit, nicht gesehen, nicht gehört zu werden, nicht eingebunden zu werden, sogar als Störfaktor wahrgenommen zu werden und gleichzeitig aber oft auch das Gefühl von Schuld und ähm FEHLERN ähm und natürlich auch Verantwortung. Ich kann doch mein Kind nicht jetzt einfach so dieser psychiatrischen Erkrankung überlassen“ (270-275).

****1012**** nennt als konkrete Projekte, die die Selbstbestimmung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung fördern den Namen einer Tagesstätte und einer Werkstatt für psychisch Kranke sowie therapeutische Wohngemeinschaften. Vorschläge für die Förderung der Autonomie hat sie bereits zuvor genannt (siehe voriger Abschnitt).

(Medizinische) Entscheidungen für sich selbst treffen

****1010**** sagt, es komme immer „auf den Grad der Krankheit“ (215) an, ob ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung medizinische Entscheidungen für sich treffen könne: „Ich denke, die sind schon fähig, ob es halt dann immer zum Besten ist sei dahingestellt“ (215-216). Als Beispiel nennt sie die Medikamentenumstellung, die ihr Mann vornehmen ließ, weil er die Nebenwirkungen (Zittern) sehr spürte. Nach der Umstellung sei sein Allgemeinzustand schlechter geworden.

****1011**** „sehe IMMER im Fokus, dass so WEIT wie nur möglich meine Mutter ihre Entscheidungen selber treffen soll und dazu gehört auch die Entscheidung, möchte ich mich behandeln lassen? Weiß allerdings auch, und das ist sehr schmerhaft die Erfahrung, dass aufgrund der psychiatrischen Erkrankung viele Betroffene ihre aktuelle Situation anders einschätzen, als sie sie später rückblickend einschätzen würden“ (459-463). Aufgrund der Erkrankung würden die Betroffenen manchmal Entscheidungen treffen, die gegen das spricht, was er bräuchte. In manchen Phasen seien sie nicht in der Lage Entscheidungen zu treffen, zum Beispiel wenn sie starke Wahnvorstellungen hätten.

****1012**** fühle sich hinsichtlich der Frage nach der Kompetenz von psychisch Kranken medizinische Entscheidungen zu treffen „sehr gespalten“ (345). Als ihr Tochter erkrankt war, war sie froh, „dass [sie] entscheiden durfte, kraft meines Amtes, weil sie eben noch nicht, nicht volljährig war“ (346-347). Dann bezieht sie sich vor allem auf Kranke, die nicht einsichtig sind und jegliche Behandlung ablehnen: „[L]etztendlich ist der Wille des Kranken äh ausschlaggebend, das halte ich für sehr bedenklich, denn die die können, die die sind völlig krank und und und und be- sich bedrohen sich selber, bedrohen andere, aber das einzige, was sie machen, wenn man sagt ist okay Klinik, was sie sagen können ist „Nein“ und das können sie, ich glaube wenn sie noch halb bewusstlos sind, können sie noch „Nein“ sagen und da klinken sie alle alle heraus und das meine ich immer ist sehr sehr bedenklich“ (348-353). Schließlich spricht sie sich für die Zwangsbehandlung aus, wenn der Zustand des Kranken zu schlimm ist: „dann denke ich mir immer dann muss man ihm medikamentös helfen, auch wenn er dann ‚Nein‘ schreit“ (371-372).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrene die meiste Unterstützung brauchen, wurde von den Probanden unterschiedlich beantwortet.

****1010**** gibt an, dass ihr Mann die meiste Unterstützung dabei braucht „schon so den Alltag zu bewältigen, überhaupt früh aufzustehen, in die Arbeit zu gehen äh ich nehme ihm auch eigentlich so die ganzen Sachen ab, was halt so anfällt mit Steuer und diese ganzen Geschichten“ (251-253).

Auch ****1011**** bezieht sich auf alltagspraktische Dinge, aber nur zum Teil. In erster Linie gäbe es den größten „Unterstützungsbedarf beim Umgang mit der Vergangenheit, ähm weil einfach/ weil letztlich durch die Erkrankung in ihren Augen so viel zerstört wurde oder zerstört ist und je nachdem in welchen Phasen ihrer Erkrankung sie ist, hat sie gerade großen Unterstützungsbedarf ähm nicht total zu verzweifeln“ (127-131). Praktische Unterstützung brauche ihre Mutter im Hinblick auf die Fortsetzung der Behandlung und dass sie ihre Medikamente nimmt. Schließlich gebe es Unterstützungsbedarf, da „durch Ängste viele Kleinigkeiten im Alltag nicht so gut funktionieren“ (154-155).

****1012**** gibt an, dass es für den Betroffenen „die meiste Unterstützung ist, dass man ihn als Person annimmt, dass das äh wahrgenommen wird und dass er ja dass, es ist egal wie er

aussieht oder ob er sich wäscht oder ob er in irgendeinem Verhau haust, sondern das die die meiste Unterstützung braucht er, dass er dass er das Gefühl hat, er wird als Mensch wahrgenommen“ (375-379).

Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung

Die drei Angehörigen sind sich einig, dass die Familie und das soziale Netz eine zentrale Bedeutung haben für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen.

Im Hinblick auf ihren Mann sei ****1010**** zwiegespalten. „Einerseits habe ich das Gefühl ich muss mich einmischen und muss ihn unterstützen, dass es ihm gut tut und dennoch gibt es dann auch Momente, wo ich mir denke, ich mische mich vielleicht auch zu viel ein“ (259-261). Sie kümmere sich darum, dass ihr Mann die Medikamente nehme, „denn wir leben in einem Haushalt wir kriegen es ja alle mit ab, wenn er dann wieder krank ist“ (266-267). Zwar unterlaufe sie mit ihrem Verhalten seine Selbstbestimmung, aber dies sei zu seinem Besten. Auch die anderen Kontakte seien wichtig, weil sie ein positives Gefühl vermitteln: „insofern, dass er eben diese Kontakte hat in der Arbeit ja auch, das ist ja auch ein ganz wichtiges Thema oder halt dann auch so auf freundschaftlicher Ebene oder auch seine Geschwister, dass das einfach GUT TUT“ (271-273).

Auch ****1011**** drückt den Zwiespalt aus, den die Familie für die Selbstbestimmung des Betroffenen darstellt, denn einerseits sei diese ein „elementarer Bestandteil, um ein selbstbestimmtes Leben leben zu können“ (492-493). Andererseits kann sie zu einer großen Hürde werden, wenn das Familiensystem zu übergriffig agiert. Die Selbstbestimmung zeitweise an Familienmitglieder abgeben zu können, könne aber auch eine Hilfe für den Betroffenen darstellen. Das Familiensystem sei auch deshalb für die Autonomie wichtig, weil „wir finden NIRGENDWO so viel RÜCKMELDUNG, ob positive oder negative, als innerhalb der Familie. Ähm und vielleicht der allerallernächsten Freunde“ (508-510).

****1012**** gibt an, die Familie und das soziale Netz seien für die Selbstbestimmung am wichtigsten und hätten die größte Bedeutung, „weil die Familie äh diese schlechten Phasen abfangen kann“ (387). Hilfe könne dadurch entstehen, dass man als Familie oder Nahestehender „einfach die Dinge dann weiß, die helfen, oder wie lange die Phasen dauern, dass man da Unterstützung oder auch Kontakt mit dem Arzt herstellt oder ich denke mir,

wenn es einfach das Netz ist, das der Kranke sich gewoben hat, da kann man so ein paar Zwischenfäden ziehen, [...] die das abgleiten verhindern“ (393-397).

Bedeutung von Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Alle drei Angehörigen sind ambivalent im Hinblick auf den Einsatz von Psychopharmaka.

****1010**** hält die Medikamente zwar für wichtig, bedauert aber, dass sich ihr Mann durch die Medikamente sehr verändert habe und wie eine „Marionette“ geworden sei: „[I]ch [habe] wirklich ganz oft auch so das Gefühl, dass er letztlich ganz so gar nicht mehr selber er selber ist, dass seine Persönlichkeit jetzt mal überspitzt ausgedrückt äh eigentlich ausgelöscht ist. Dass er nur noch wie so eine Marionette je nach Gabe der Medikamente halt irgendwie äh funktioniert“ (277-280).

****1011**** ist ähnlich ambivalent im Hinblick auf die Medikamente. Einerseits habe sie Menschen erlebt, die ihre Psychopharmaka bis ins Grab hinein brauchen und verlangen. Diese hätten eine solche Haltung: „‘Ich WEISS, dass ich das Leben, so, wie ich es lebe/, ein selbstbestimmtes Leben, wie sie es selbst beurteilt haben auch dank der Medikamente die ich nehme, leben KANN‘. Weil sie eine gewisse Stabilität garantieren“ (529-532). Andererseits habe sie auch Betroffene erlebt, die das Gegenteil davon sagen, nämlich: „‘Es sind GERadE die Medikamente, die mir alles nehmen. Die mir das Gefühl für mich selbst nehmen. Die mir das Gefühl nehmen, mich wieder spüren zu können“ (536-538).

****1012**** hat eine ähnlich ambivalente Einstellung gegenüber Medikamenten. Im Rahmen der Behandlung ihrer Tochter habe sie die Auswirkungen gesehen und sich gefragt, wie diese überhaupt noch zur Schule gehen könne. „[D]ie Ärzte [haben ihr damals] erklärt, dass sie ähm ja durch die Medikamente einen Zustand herstellen, in dem man dann eigentlich eine Therapie machen kann oder dass sie dann aufmerksam oder bereit ist sich auf irgendwelche [hustet] Argumente oder Diskussionen einzulassen ohne die Tabletten würde das länger dauern oder gar nicht möglich sein“ (402-405). Für ****1012**** habe jedoch ein Gespräch immer Vorrang und „eine Wahrnehmung der Person des Kranken“ (408-409). Sie denke jedoch, dass es ohne Medikamente nicht oder nur in ganz seltenen Fällen funktioniere.

Bedeutung der finanziellen Situation für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

1010 betont, dass es schon wichtig sei, dass es ihrer Familie finanziell relativ gut gehe. So könne sich ihr Mann einen gewissen Luxus leisten, zum Beispiel das Rauchen oder Kurzausflüge in die Berge.

1011 betont, dass die persönliche finanzielle Situation der Psychiatrie-Erfahrenen leider eine viel zu große Bedeutung für die Selbstbestimmung habe. Sie sei froh, dass ihre Mutter trotz instabiler Phasen, in denen sie nicht mit Geld umgehen konnte, nie in finanzielle Schwierigkeiten geraten sei: „[I]ch habe so viele Menschen erlebt, die aufgrund ihrer Erkrankung finanziell ins absolute Abseits geraten sind und leider/ leider ist es so, dass äh finanzielles äh oder prekäre finanzielle Situation auch gesellschaftliches Abseits bedeutet“ (580-582). Dies führe dazu, dass die gesellschaftliche Teilhabe gefährdet sei und der Betroffene neben der Krankheit noch ein finanzielles Scheitern zu ertragen habe: „[D]ieses wirtschaftliche, das finanzielle Scheitern, das viele Türen verschließt. Türen in soziale Teilhabe, gesellschaftliches Miteinander, sich was gönnen können. Also auch die Dinge des Lebensgenusses“ (589-592).

1012 findet, dass die persönliche finanzielle Situation große Bedeutung hat. Es solle ein Bewusstsein da sein auf der Seite des psychisch Kranken, dass man für Geld auch etwas leisten müsse: „auch als Anreiz, dass wenn man was tut, man eben dann auch mehr Geld dann kriegt“ (427). Geld könne auch als Druckmittel eingesetzt werden, „um einen aus seiner Lethargie oder aus seinem aus seiner Welt zu reißen“ (429-430).

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen

Obwohl ihr Mann nie suizidal gewesen sei, halte **1010** die Unterbringung für gerechtfertigt, um ihren Mann vor sich selbst zu schützen, also vor den Konsequenzen seines Handelns. Da er immer an den Punkt komme, an dem er freiwillig in die Klinik möchte, sei eine Zwangsunterbringung noch nie notwendig gewesen. Ihr Mann sei nur einmal fixiert worden, weil er es „heraufbeschworen“ habe. „Er wollte das mal ausprobieren, wie das ist [lacht]“ (317).

Für ****1011**** „sind und bleiben [Zwangsmassnahmen] das, was die Selbstbestimmung komplett in Frage stellt. Muss man ganz klar sagen. Auch/ also, es gibt keine Entschuldigung dafür zu sagen ,Es ist nun mal im Rahmen der Krankheit notwendig.‘ Es bleibt IMMER eine Traumatisierung“ (552-555). Zwar nimmt sie keinen Bezug auf die Situation ihrer Mutter, doch sie scheint viele Betroffene und Profis zu diesem Thema gehört zu haben. „[D]as wird dann häufig so VOrwEG als/ als das vordergründige Argument gebracht, eben aufgrund der Aggressivität des/ des Patienten oder aufgrund der GEFÄHRDUNG für sich selbst, musste die Maßnahme angestrengt werden. Ich bin ÜBERZEUGT davon, dass es auch ohne die Zwangsmassnahmen gehen kann“ (564-567).

****1012**** erklärt, die psychiatrische Unterbringung sei ein Druckmittel für die „sehr Kranken, die Zuhause nicht mehr zurechtkommen“ (434-435). Es sei wichtig, dass diese „erst mal herausgenommen werden aus ihrem Umfeld, auch vielleicht von den Personen gelöst“ (436-437). Sie plädiert für längere Unterbringungszeiten, nämlich so lange, bis die Medikamente wirksam sind, was oft sechs Wochen dauern könne. Im Hinblick auf Zwangsmedikation hat sie eine klare Position. Sie empfinde es als „absolute Unterlassung von Hilfeleistung, wenn ich jemanden, der so in einer Psychose drin ist, der so daneben ist, wenn ich dem [lacht] wenn ich dem kein Medikament gebe“ (449-450). Sie spricht über Alternativen zur Zwangsfixierung aus England, wo der Patient mit Gewalt vom Personal festgehalten wird. Dies empfinde sie nicht als bessere Methode. Außerdem bräuchte es ein klares Stopzeichen, wenn eine Person in einem psychotischen Zustand sei: „,[I]ch lehne das einfach ab, dass sie dann ähm ja meinen sie müssen es aushalten und dann dauert dieser psychotische Schub dauert vielleicht dann mal 24 Stunden und dann treibt er die ganze Station, die ganze Familie und was weiß ich, springt, schmeißt die ganze Zeit Sachen aus dem aus dem Fenster und Sie können sich ja gar nicht vorstellen, was da abgeht, und das muss ich aushalten als Angehörige“ (476-480).

Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen

****1010**** beschreibt die Lebensqualität ihre Mannes als hoch, da er seine Familie hätte: „gerade in so kranken Phasen ist da auch immer so eine große Nähe da“ (323-324).

****1011**** beschreibt die Lebensqualität als „,[v]on Fall zu Fall höchst unterschiedlich“ (602). Sie nennt das Beispiel einer jungen Frau, die sie kenne: „,[S]ie hat eine geregelte Arbeit, hat

einen guten Job, ähm hat eine Ausbildung geschafft trotz Erkrankung und alles, aber sie sagt, alleine die Tatsache, dass es GEDANKLICH immer wieder um ihre Krankheit geht, schränkt ihre Lebensqualität äh ein. Und äh der Wunsch nach Normalität und eben nicht immer wieder daran ERINNERT zu werden, ist sicherlich etwas, was ganz GROSS ist und was mit Sicherheit auch einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität hat“ (614-619).

****1012**** betont, das jeder Kranke, also auch ein Mensch mit Diabetes oder Multipler Sklerose, eine eingeschränkte Lebensqualität habe. Die Lebensqualität sei anders eingeschränkt als bei körperlich Kranken, insofern die Stigmatisierung hinzukomme und die „Unsichtbarkeit“ der Krankheit, also die Tatsache, dass man die Einschränkung dem Kranken nicht ansieht und wenn es aber ans Licht kommt, dass es die Krankheit gibt, dann sei die Lebensqualität eingeschränkt.

Verantwortung für das eigene Leben und die Gesundheit übernehmen

****1010**** gibt an, dass Psychiatrie-Erfahrene Verantwortung für ihr Leben und ihre Gesundheit übernehmen können „vor allem halt auch mit Unterstützung durch Therapie“ (349-350). Sie beschreibt, wie ihr Mann vier Jahre lang weitgehend stabil war und in dieser Zeit medikamentös gut eingestellt und therapeutisch gut versorgt war: „[I]ch glaube diese Therapie hat ihm letztendlich schon sehr geholfen, die haben da auch Methoden entwickelt, das fand ich wirklich toll, wenn es halt wieder so losgeht, äh, was kann er selber tun“ (357-359). Die Frage, ob ihr Mann je einen Betreuer hatte, verneint ****1010****.

****1011**** sagt, dass Psychiatrie-Erfahrene unbedingt die Verantwortung für ihr Leben und ihre Gesundheit übernehmen können und dass es vermassen sei zu sagen, die Verantwortung liege bei den Angehörigen oder Profis, auch wenn es für diese oft schwer sei die Situation zu ertragen als Außenstehende: „Dass er alles aufgibt, dass er alle Kontakte abbricht, dass er alles weg gibt, dass er sich selbst verletzt. Ähm dass er gesundheitsschädlich äh LEBT. Weil es nach objektiver Einschätzung sicherlich etwas ist, wo wir sagen, das tut ihm nicht gut oder das tut ihr nicht gut, ähm aber das Hauptproblem ist ja, dass wir das aushalten müssen“ (728-732). ****1011**** findet es gut, dass es keine Vormundschaft mehr gebe: „Wir können nicht damit anfangen, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu entmündigen. Also, ich bin froh, dass es diese Form von Vormundschaft nicht mehr gibt und dass wir von Entmündigung nicht mehr sprechen“ (745-748).

****1012**** betont, dass psychisch Erkrankte in großem Maße die Verantwortung für ihr Leben oder ihre Gesundheit übernehmen können: „sagen wir mal in den guten Zeiten, wo die gesunden Faktoren noch ansprechbar sind. Da kann man sagen, du wenn du so aussiehst und so rumrennst, brauchst dich nicht wundern, wenn die Leute dir aus dem Weg gehen oder da wenn du mal auf dem das ist auch ich glaube das ist auch wichtig, dass man sie dazu zwingt Verantwortung zu übernehmen“ (559-563). Dabei sollte man aufpassen, dass man die Betroffenen nicht überfordere.

Weitere Entwicklungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Prognose)

****1010**** prognostiziert, dass die Selbstbestimmung im Bereich der Psychiatrie gestärkt wird. „Ob das halt dann wirklich auch immer so zum Vorteil des Kranken ist, sei aber mal dahin gestellt“ (451-452). Sie denkt, die Stigmatisierung werde abnehmen. Sie betont, dass sie selbst eher gegen Selbstbestimmung in der Psychiatrie sei, weil die Kranken oft eine falsche Einschätzung hätten. Obwohl ihr der Gedanke einer Fixierung eine Gänsehaut bereitet, „muss es halt dann doch in dem einen oder anderen Fall mal sein“ (480).

****1011**** hält es für wichtig, dass „das Thema auch rechtlich und damit auch politisch nochmal ähm ähm viel, viel BESSER überhaupt verankert wird“ (764-766). Es reiche nicht das Thema in der Gesundheitspolitik zu besprechen, man müsse es auch in der Sozialpolitik besprechen und nicht nur auf Länderebene. ****1011**** argumentiert: „[I]ch finde es NICHT richtig, dass das Ländersache ist, ähm weil das einfach ZEIGT, wie/ wie unterschiedlich damit umgegangen wird und dass wir hier in Bayern dermaßen hinterher hinken ist sicherlich einfach auch der Tatsache geschuldet, dass wir hier in Sachen Unterbringungsgesetz, ähm Maßnahmeregelvollzug und all diesen Dingen einfach noch ein System haben, das extrem konservativ geprägt ist von Hierarchie und von Machtausübung“ (778-783). Sie hoffe, „dass wir dahin kommen, dass Formen der/ [stottert] der Zwangsmaßnahmen nicht mehr notwendig sind. Also, ich finde sie EH nicht notwendig, aber dass man sie auch nicht mehr vertreten kann“ (793-794).

****1012**** betont, dass „das Stigma weg [müsste], dass man ganz ehrlich sagen kann, ich bin psychisch erkrankt, ich bin nicht so belastbar, ich möchte aber teilhaben am Leben und dann Wege suchen für diesen Menschen“ (596-598). Sie erzählt aus der Leidensgeschichte ihrer

Tochter: „[W]enn mich einer fragt, dann sage ich, wie es ist. Sie ist psychisch erkrankt aus dem und dem Grund. Und dann glauben Sie nicht, wie wie viele Hilfen und wie viel Möglichkeiten und und mir dann zuteil geworden ist wie ähm als wenn ich das jetzt verschwiegen hätte ne und und meinetwegen mich jetzt eingeiigelt hätte“ (611-614).

4.4 Auswertung Betroffene

Studie 3: Interviews mit Betroffenen

Die dritte Studie untersucht Möglichkeiten der Förderung von Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen aus der Perspektive der Betroffenen. Es wurden insgesamt 14 Personen befragt, die Psychiatrie-Erfahrung haben. Drei davon sind gleichzeitig Profis (Psychologen, Ergotherapeuten) und zwei weitere sehen sich gleichzeitig als Angehörige (Schwester eines psychisch kranken Bruders und Partner einer psychisch kranken Person). Tatsächlich geben acht der vierzehn Betroffenen an, psychisch kranke Angehörige zu haben. Das Alter der befragten Betroffenen liegt zwischen 28 und 70 Jahren. Dabei sind neun der Befragten zwischen 40 und 50 Jahre alt.

Es wurden sieben Männer und sieben Frauen befragt. Acht davon sind ledig, drei sind in einer Beziehung, eine Person ist verheiratet, eine geschieden und eine getrennt. Zwölf der vierzehn Betroffenen haben keine Kinder, zwei haben Kinder. Acht Personen haben die Hochschulreife erlangt, zwei Personen die Mittlere Reife, zwei Personen den Qualifizierten Hauptschulabschluss und zwei Personen keinen regulären Abschluss. Zehn Personen nehmen an trialogischen Veranstaltungen teil, vier Personen nicht. Die psychischen Störungen reichen von Persönlichkeitsstörungen, Angststörung, Depression über schizoaffektive Störungen bis hin zur Schizophrenie. Zwölf der Betroffenen leben in einer eigenen Wohnung, eine Person im Betreuten Wohnen und eine überwiegend bei den Eltern. Zwei Personen haben eine Patientenverfügung, eine Person hat eine Behandlungsvereinbarung.

Die stationären Aufenthalte liegen maximal 30 Jahre und teilweise weniger als ein Jahr zurück. Zehn der Betroffenen sind aktuell in psychiatrischer Behandlung, vier nicht. Ebenso verhält es sich mit den Psychopharmaka: Zehn Personen nehmen Psychopharmaka und vier nicht. Sechs Personen haben eine Ausbildung absolviert, vier Personen ein Studium und vier Personen haben weder eine Ausbildung noch ein Studium abgeschlossen. Der Großteil der

befragten Betroffenen ist chronisch psychisch krank. Bei drei Personen ist die Krankheit als „abgeschlossen“ zu betrachten.

a) Vergleich von drei betroffenen Frauen zwischen 40 und 50 Jahren

Zunächst sollen die Aussagen dreier betroffener Frauen, die zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 40 und 50 Jahre alt waren, verglichen werden. Zwei davon sind mehrfach betroffen. ****1014**** hat einen psychisch kranken Bruder und ****1015**** hat einen psychisch kranken Partner. Somit sind beide gleichzeitig Angehörige. ****1015**** befindet sich außerdem auf dem Weg zum "Profi", da sie gerade ein Psychologie-Studium absolviert.

Bei ****1013**** liegt der Beginn der Erkrankung circa fünf Jahre zurück (2008). Sie war circa 20 Jahre berufstätig und wurde 2011 berentet. Sie ist Besucherin einer Tagesstätte und wurde dort befragt. Im **zweiten Fall (**1014**)** reicht die Krankheit bis in die frühen 80er Jahre zurück. Seit circa dreißig Jahren krank, wurde sie vor circa 20 Jahren berentet. Es finden regelmäßig stationäre Aufenthalte statt. ****1014**** wurde in meinen Büroräumen befragt. Im dritten Fall ****1015**** liegt der Krankheitsausbruch circa 14 Jahre zurück (1999). Nach zwei stationären Aufenthälten wurden die Medikamente mit ärztlicher Unterstützung abgesetzt. pt ist aktuell berufstätig und wurde an ihrem Arbeitsplatz befragt. Die Erfahrungen mit der Psychiatrie wurden also zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Krankenhäusern gemacht. Während ****1013**** und ****1014**** zufrieden sind mit der Behandlung, die sie erfahren (haben), steht ****1015**** den Behandlungserfahrungen nicht ablehnend, aber doch kritisch gegenüber.

Persönliche Erfahrung mit stationärer oder ambulanter Behandlung

****1013**** war zur Jahreswende 2010/2011 in einem Bezirkskrankenhaus auf einer offenen Station in sechswöchiger stationärer Behandlung. Zu ihren Erfahrungen befragt, antwortet sie: „Ich hab eigentlich sehr gute Erfahrungen gemacht, also die Mitarbeiter waren sehr, sehr lieb gewesen, also die Schwestern, die Pfleger auf Station“ (178-179). Sie beschreibt, dass sich die Patienten immer abmelden mussten, wenn sie die Station verließen: „zum Beispiel Chi Gong, da musst ich auch eintragen, damit die wissen, wo ich war, wo ich bin, und ansonsten darf ich auch immer tagsüber das Haus verlassen“ (187-189). Auf die Frage, was ihr in der Klinik

geholfen habe, antwortet sie: „Die Gespräche, das Verstehen, äh, ihre Herzlichkeit, ihr offenes Ohr, man kann jederzeit zu den Mitarbeitern hingehen, zu den, ob das nun die Psychologen sind, ob das nun meine Bezugsschwester war, äh, es, die waren einfach da, rund um die Uhr, so das geborgen fühlen und so auch die Therapien die äh die Gespräche und ähm einfach alles“ (191-194). Sie habe das Gefühl, dass das Personal bzw. die Behandlung durch das Personal sie wieder zu dem Menschen gemacht habe, der sei eigentlich sei, denn sie hätte das Lachen verlernt, seit sie 2008 erkrankt sei. „Ich, ich fang gleich an hier zu heulen hier.... [lacht] Ich hab einfach, ich habs Lachen verlernt durch die ganze Sache...ich war nicht mehr ich selber... aber die haben mich dadurch unbewusst wieder zu dem gemacht, was ich einmal war“ (198-200). Die Zeit in der Klinik beschreibt sie als eine Zeit, in der sie sehr aktiv war und Angebote wie Schwimmen und Spazierengehen wahrgenommen habe. Die Motivation dafür habe sie bekommen durch einen „sanften Druck“, den das Personal ausgeübt habe: „Ja, zwar so, nicht so so krass, aber so so sanften Druck, also von daher hab ich mich schon versucht mich zu bewegen, dass ich nicht ganz so einrostet“ (268-269).

****1014**** beschreibt ihre Erfahrungen mit mehr Distanz. Sie bezieht sich dabei allerdings lediglich auf die Erfahrungen in *einer* Klinik und im Laufe des Interviews stellt sich heraus, dass sie auch in anderen Kliniken gewesen ist. Sie beschreibt, dass ihre Ärztin in der Klinik, zu der sie ambulant gehe, sie nun schon seit 16 Jahren betreue. Sie sagt „es klappt prima“ (22), auch wenn es oft zu Wartezeiten käme oder sie wahrnehme, dass der „Verwaltungskram“ (26) zu viel sei. Sie denke, das „Team arbeite [...] sehr gut da“ (28) und man erkenne, dass die Klinik das Ziel habe, dass sich die Leute dort wohlfühlen. Sie sei auf verschiedenen Stationen gewesen „und es war aber auch in Ordnung, bis auf eine Erfahrung, aber da mag ich heut nicht darüber reden, das ist eigentlich so, das möchte ich eigentlich für mich so behalten“ (34-36). Die Aufenthalte in der Klinik hätten sich positiv auf ihr Leben ausgewirkt, da sie zum Beispiel mit Todesfällen im Freundes- und Verwandtenkreis besser zurechtgekommen sei. Sie betont, wie wichtig es sei, dass sie als chronisch kranke Patientin bei ihrer Ärztin angebunden sei und ein Vertrauensverhältnis zu ihr pflege.

****1015**** beschreibt die Erfahrungen, die sie in der Klinik gesammelt habe, als „sehr zwiespältig“ (43): „[I]ch bin immer noch nicht begeistert, wie viele Medikamente ich da in diesen Einrichtungen oder da in dieser Klinik bekommen habe. Ich hätte mir im Nachhinein immer noch mehr Psychotherapie, mehr Begleitung, mehr Aufklärung gewünscht und ich wollte da nie wieder hin und bin aber etwa ein Jahr später doch wieder dort gelandet“ (43-46). Dass sie nach ihrem ersten mehrmonatigem Aufenthalt in der Klinik dort wieder gelandet ist,

lag teilweise an der schlechten Nachsorge und auch daran, dass sie die Medikamente auf eigene Faust zu schnell abgesetzt hatte. Nachdem sie die Medikamente abgesetzt hatte „hatte [sie] auch schnell den Eindruck es wird tatsächlich alles wieder gut, also ich kann wieder denken, ich kann wieder arbeiten, ich kann wieder lesen, ich nehme auch langsam wieder ab, ich habe sehr viel zugenommen durch die Medikamente und hatte dann gerade so das Gefühl ich hätte mein Leben im Griff und habe eben auch wieder gearbeitet als mich dann ein Rückfall getroffen hat, für mich damals wieder aus heiterem Himmel“ (52-56). Nach dem zweiten Klinikaufenthalt habe sie dann die Medikamente zusammen mit Unterstützung durch einen Psychiater und einen Therapeuten abgesetzt, was letztlich funktioniert habe. Die Erfahrungen, die sie gemacht habe, hätten sich „ziemlich gravierend“ (69) auf ihr Leben ausgewirkt. Einerseits negativ, weil sie sich stigmatisiert fühle. So berichtet sie, sie „komme [...] in Situationen, dass ich sage, wir führen das Gespräch jetzt hier dann ab von anderen Menschen und nicht nur damit wir jetzt ungestört reden können, sondern auch damit es andere Menschen in meinem meinen Arbeitskollegen eben nicht mitkriegen, also es ist es sind Dinge, die man nicht allen einfach erzählt“ (71-74). Andererseits positiv, weil sie dadurch ein Verständnis für Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt hätte, das ihr die Motivation gegeben hat, sich näher mit diesen Menschen zu beschäftigen. So kommt sie zu dem Fazit: „,[A]lso insgesamt war es auch eine bereichernde Erfahrung, vor allem im Nachhinein“ (80-81).

Projekte, die die Autonomie fördern

Auf die Frage nach Projekten, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern, präsentieren die drei Probandinnen sehr unterschiedliche Antworten.

****1013**** antwortet, dass sie keine Projekte kenne, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern. Auf Nachfrage gibt sie an, dass sie bereits vom Psychose-Seminar gehört habe, weil ein Bekannter von ihr zweimal dort gewesen sei. Von Selbsthilfegruppen haben sie „nicht so“ (282) gehört, doch „irgendjemand hat mich drauf auf das...der hat mir so einen Zettel in die Hand gedrückt, wo auch einiges draufstanden und zwei Sachen hab ich mir rausgesucht und zum Schluss bin ich doch hier hängengeblieben, bei dem Tageszentrum“ (286-288). Der Grund dafür sei die gute Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel. Sie habe sich drei Gruppen ausgesucht, zu denen sie regelmäßig hingehe und arbeite auch in der

Tagesstätte mit: „,[M]ach ich gerne, weil das auch wieder ein Grund ist aus der Wohnung rauszugehen. Ist man wieder unter Menschen“ (311-312).

****1014**** nennt als Projekte, die die Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen fördern Selbsthilfegruppen, Betreutes Einzelwohnen und therapeutische Wohngemeinschaften. Sie erklärt, dass sie auch Erfahrungen mit einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen gemacht habe, aber seit drei Jahren wieder selbstständig wohne. Sie mache zudem eine ambulante Ergotherapie und Arbeitstherapie in der Klinik. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe sei etwas misslungen, weil „das war eigentlich ähm ja mir ist es da nicht so gut gegangen und ich habe mich nicht so gut gefühlt. Außerdem ist mir immer vorgegeben worden, was ich machen soll und wenn es mir nicht so gut geht, kann ich mich nicht so gut wehren oder artikulieren und sagen, ‚das möchte ich jetzt machen, das möchte ich machen, das möchte ich machen‘, das fand ich also nicht so gut und dann war das so eine Gruppchengesellschaft, also, da haben mich, ich war ja dabei und es war schon eine Erfahrung wert, aber ich möchte da nicht mehr, ich würds nicht mehr machen, obwohl ich das schon empfehlen kann, dass da die Leute hingehen“ (73-79). Sie habe sich dann eine andere Selbsthilfegruppe gesucht, die sie nun zweimal aufgesucht habe: „,[D]a würde ich vielleicht mich mehr selbst einbringen oder ich habe vor eine eigene Gruppe zu gründen“ (89-90).

****1015**** vertritt einen klaren Standpunkt zum Thema Projekte, die die Autonomie fördern: „Also, wenn es um Autonomie geht, kenne ich eigentlich wirklich nur das Ex-In Projekt, das alles andere zumindest was ich kenne, es mag eben noch Projekte geben, die Autonomie fördern, aber das meiste die meisten anderen Dinge haben für mich immer so einen Beigeschmack, wir kümmern uns um die und das ist bei Ex-In eben meines Erachtens anders“ (148-151). Sie erwähnt außerdem die Psychose-Seminare, bei denen es allerdings schwierig sei, „dieses gleichberechtigte Nebeneinander aufrechtzuerhalten“ (158). Auf die Frage, ob Selbsthilfe eine Maßnahme sei, um die Autonomie zu fördern, antwortet sie eingeschränkt mit einem „Ja“, denn es gäbe „eben viele Selbsthilfeprojekte, die meines Erachtens von Außen aufgesetzt sind“ (163). Im Hinblick auf Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen sehe sie vor allem die Haken daran, doch sie sagt: „,[W]enn sie denn eingehalten werden, halte ich sehr viel davon“ (169). Auf Nachfrage bezieht ****1015**** noch Stellung zu anderen Angeboten, nämlich Tagesstätte und Widereingliederungsmaßnahmen in die Arbeit. Hier unterscheidet sie ganz klar zwischen der Profi-Perspektive und der Perspektive der Betroffenen, die nicht übereinstimmen, wenn es darum geht, solche Angebote als autonomiefördernd zu bezeichnen: „Was ich gehört habe

von Menschen, die solche Einrichtungen besucht haben, sind sie es nicht. Was ich gehört habe von Menschen, die in solchen Einrichtungen arbeiten, haben sie schon die Idee und den Anspruch es zu sein, leider habe ich den Eindruck, dass auch hier Anspruch und Wirklichkeit auseinanderklaffen“ (185-188). Mit "Open Dialogue" ist sie nicht vertraut, findet aber, dass es schön wäre, wenn Großkliniken nicht mehr nötig wären und solche Projekte auch in Deutschland umgesetzt würden.

Recht auf Selbstbestimmung ausüben

Während bei ****1013**** und ****1015**** Zweifel daran bestehen, ob das Recht auf Selbstbestimmung ausgeübt werden kann, ist sich ****1014**** sicher, dass dieses Recht von Betroffenen ausgeübt werden kann.

****1013**** beschreibt Symptome ihrer Krankheit, die zeigen, dass sie das Recht auf Selbstbestimmung nur eingeschränkt wahrnehmen kann. „[M]anchmal gibt es Phasen, also da trau ich mich gar nicht so groß über die Straße zu gehen, da hab ich einfach Angst über die Straße zu gehen oder mal die Treppen runter zu gehen, und da muss ich mich irgendwo festhalten, dass ich ja nicht irgendwas passiert, dass ich nicht einfach los- einfach runterfalle, [...] also es gibt manchmal Situationen, da schaff ich nicht mal die alltäglichen Sachen“ (233-241).

****1014**** liegt sehr viel an der Selbstbestimmung: „Es bedeutet mir alles letztendlich Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Eigeninitiative zeigen. Ich meine das habe ich alles im Laufe meines Lebens lernen müssen. Weil das früher, ich bin eigentlich nicht so mit einem Verantwortungsgefühl oder Urvertrauen aufgewachsen und das war wahrscheinlich schon mit einer Ursache oder Auslöser von meiner Erkrankung, die sehr früh losgegangen ist mit 19“ (98-102). Sie ist davon überzeugt, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in der Lage sind ihr Recht auf Selbstbestimmung wahrzunehmen: „Die sind sehr wohl in der Lage, viele sind sich aber dessen nicht bewusst, weil sie oft nicht ihre Ressourcen, ihre äh Stärken wissen, es ist oft, dass sie nur in ihren Schwächen kreisen in ihrer Erkrankung herumkreisen“ (116-118). Hier sei die Ermutigung von Seiten der Profis gefragt, die „nachhaken“ (124) sollen. Außerdem sei es für die Selbstbestimmung wichtig, „dass man einfach lernt mit der Erkrankung umzugehen das ist eine Grundvoraussetzung für Selbstbestimmung und dass man es akzeptiert die Erkrankung“ (140-141).

****1015**** betont, dass es wichtig sei, dass man bei der Krankheit Episoden ausmache, in denen mehr und in denen weniger Selbstbestimmung möglich sei. „[A]lso es gab Zeiten, da war ich zu gar nichts mehr in der Lage und garantiert nicht ein irgendein Recht auf irgendetwas auszuüben, da war ich fast nicht einmal mehr in der Lage Zähne zu putzen, aber im Großen und Ganzen gibt es natürlich Menschen, die mit den Etikett psychisch erkrankt, die alles selbst ausüben können, also der Begriff ist einfach zu weit gefasst, um da Aussagen treffen zu können“ (205-209).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrene die meiste Unterstützung brauchen, gehen recht weit auseinander. Während ****1013**** anführt, sie brauche Unterstützung mit der Steuererklärung, geht es bei ****1014**** um den Bereich Teilhabe und ****1015**** sagt, es ginge vor allem darum, wie man an Informationen komme.

****1013**** beschreibt, in welchen Dingen sie sich Unterstützung von ihrem Vater hole, z.B. wenn es um die Steuererklärung gehe oder wenn sie Probleme mit dem Computer habe: „also äh nur so jetzt zum Beispiel jetzt bei der Rente da fährt mein Vater mich nächste Woche rein, damit ich in der Lage bin irgendwas zu machen, [...] mein Vater ist auch hier auf meinem Konto der zweite Unterschriftberechtigte, da wenn mir was passiert, dass er da an das Geld rankommt. Muss sagen, ähm in der Hinsicht äh bin ich schon froh, dass mein Vater auch so auf der Höhe ist“ (330-335).

****1014**** beschreibt, dass psychisch Kranke die meiste Unterstützung in Sachen Teilhabe brauchen und im Hinblick auf die Nachsorge bei Klinikaufenthalten. „[U]nd dass man Menschen psychisch Erkrankten Freiräume schafft, also und dass man halt ein Umfeld schafft, also ein gesundes Umfeld und da finde ich sollen auch die Profis gefragt sein und nicht nur bloß [Name einer psychosozialen Einrichtung], also das ist nicht unbedingt, dass man halt auch Menschen kulturell, also es gibt Möglichkeiten, dass man in ein Museum umsonst gehen kann, also einmal im Monat“ (348-352). Wichtig sei, „dass man die Leute, die psychisch Erkrankten viel mehr noch integriert nach Außen und nicht so enklavenmäßig macht“ (370-371). Anschließend berichtet ****1014**** über eine Einladung sich im Rahmen des Weltaidstages zu engagieren und über ehrenamtliches Engagement, das sie pflegt.

****1015**** betont, es komme „extrem auf den Einzelfall an“ (220): „Wahrscheinlich auch in solchen Bereichen, wie viele Kranke, auch viele auch Rentner, wie auch alle Menschen in Ausnahmesituationen, einfach nur so ein bisschen die die Informationen wo sie eigentlich hingehen können mit ihrem Problem, oder wer auch vielleicht kommen könnte im Notfall. Am Anfang ja, ähm, Informationen, viel Unterstützung brauchen auch Angehörige, manchmal sogar mehr als der, zumindest war es bei mir so“ (220-225).

Bedeutung der Familie und des sozialen Umfelds für die Selbstbestimmung

Vor allem ****1013**** und ****1015**** betonen, wie wichtig die Familie und der Freundeskreis seien für die Selbstbestimmung. ****1014**** beschreibt ein distanziertes Verhältnis zu Familie und zu den Nachbarn und gibt an, dass Todesfälle im Bekanntenkreis sie belasteten.

****1013**** hat bereits betont, wie wichtig ihr Vater als Unterstützung ist. Auch ihre wenigen aber guten Freunde seien wichtig für ihre Selbstbestimmung: „Ich muss sagen, ich ich habe zwar nicht viel Freunde, aber die, die ich habe sind schon wichtig für mich, denn jetzt in Y wohnt ein befreundetes Ehepaar, fahr ich auch immer regelmäßig hin zum Spieleanfang“ (340-342). Über einen anderen Freund sagt sie: „[W]ir telefonieren ab und zu mal miteinander, zwar selten, aber wir reden auch sehr viel über Gott und die Welt und jetzt hier in S. hab ich auch ein befreundetes Ehepaar wohnen, die P., die hat mich jetzt gestern ange-, ne vorgestern angerufen. Haben wir fast eine Dreiviertelstunde miteinander geredet“ (350-353). Auch mit den Nachbarn pflege sie Kontakte: „und dann aus dem Nachbarhaus die R., äh die ist auch immer froh, wenn ich für die mal Zeit habe, denn wir waren jetzt irgendwann mal wieder zusammen mal wieder bisschen Spazieren gehen, da... und wenn ich da irgendwie Probleme habe oder irgendwas kann ich auch immer zu ihr hingehen“ (360-362). Schließlich betont sie mehrfach: „auf meine Freunde, die auf die will ich nicht verzichten, weil wie gesagt, ich hab wenige, aber die helfen mir auch“ (375-376). Auch über ihre Herkunftsfamilie (Vater, Mutter, Bruder) spricht ****1013**** sichtlich gerne.

Für ****1014**** spielt die Familie keine so große Rolle, „weil die haben mich eigentlich eher, die haben jetzt die Krankheit nicht so akzeptiert, [...] ich war und bin das schwarze Schaf in der Familie, wenn ich das mal so sagen darf. Meine Eltern haben eigentlich erst 1997, bin das erste Mal ins BKH gekommen, da haben sie mich auch besucht, da haben sie eigentlich erst gemerkt, was ich eigentlich für, was das für eine Tragweite hat die Erkrankung“ (180-185).

Die Reaktion darauf sei eine Überforderung und Hilflosigkeit gewesen. ****1014**** betont: „Und ich bin halt ein Mensch, der offen ist und offen darüber sprechen möchte, nicht zerreden, aber das ist halt immer unter den Teppich gekehrt worden und das war, da habe ich schon sehr darunter gelitten, also hat meine Familie, in Anführungszeichen ‚Gesundung‘ nicht so fördern können“ (187-190). ****1014**** spricht auch kurz über ihren psychisch kranken Lebenspartner und ihren psychisch kranken Bruder, zu dem sie ein distanziertes Verhältnis habe. Ihre Nachbarn erwähnt ****1014**** kurz an einer Stelle, als es um eine Einweisung geht, die diese wohl veranlassten. Seither grüße sie sie nur noch knapp. Eine Freundin erwähnt ****1014**** ebenfalls im Zusammenhang mit einer Einweisung, bei der es um eine suizidale Krise ging. Zudem spricht sie mehrmals über Todesfälle im Freundes- und Bekanntenkreis, die sie nur schwer verkraftet habe.

****1015**** beschreibt ihr soziales Netz als „unglaublich wichtig“ (247): „Also meine Eltern waren sehr verzweifelt, aber auch das war natürlich sehr wichtig, dass sie mir einfach wieder einen Halt gegeben haben, dass sie dafür gesorgt haben, dass was zu Essen da ist. Was ich jetzt nicht so schön fand sie haben auch dafür gesorgt, dass ich die Medikamente regelmäßig nehme, aber das haben sie natürlich auch in bester Absicht gemacht, aber sie waren da, sie haben sich gekümmert, sie haben sich auch um rechtliche Dinge, um Beantragen von Krankengeld oder sowas gekümmert. Da wäre ich nicht fähig gewesen. Meine Freunde haben immer angerufen, haben nie einen Rückruf bekommen, haben immer auf den Anrufbeantworter gesprochen, haben mir erzählt, wo sie denn wären, wenn ich Lust hätte mitzugehen, habe ich zwar nie gemacht, aber ich fand es trotzdem ganz prima, dass sie es gemacht haben und dass sie so lange durchgehalten haben, das war unglaublich wichtig“ (248-257).

Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Autonomie

Während bei ****1015**** die finanzielle Situation aufgrund ihrer Berufstätigkeit nicht problematisch ist, geben ****1013**** und ****1014**** an, von Rente zu leben und wenig aber ausreichend Geld zu haben.

****1013**** betont, dass es beruhigend ist, dass die Rente jeden Monat komme, weil sie damit ihren Lebensunterhalt bestreite. Sie nennt die laufenden Kosten, die sie hat, nämlich die Miete, Telefon, Strom und ihr Auto. „[U]nd vor allen Dingen ich bin ja durch die Rente auch

krankenversichert und das ist ja auch der Punkt, wo ich sage, ich brauche das das das die Rente, wenn die jeden Monat drauf kommt, das ist das dann bin ich schon beruhigt“ (413-415).

1014 bezeichnet die finanzielle Situation einerseits als „Riesenthema“ (290), betont aber andererseits, dass sie nicht so eine große Rolle spielt „wie es immer heißt“ (300). Dennoch „habe [sie] einfach oft Jonglieren müssen, ich habe am Ende fünf Tage des Monats oft kein Geld mehr gehabt“ (303-304). Zusammenfassend hält sie fest: „,[A]Iso ich habe keine hohe Rente, aber ich kann meine Wohnung bezahlen, meinen Unterhalt und wie gesagt so Nebenso Sachen wie Kino oder Ausgehen, das ist eigentlich nicht drin, da muss ich schon schauen, dass ich einen Nebenjob finde, das möchte ich nächstes Jahr wieder angreifen oder anschaffen, das ich habe jetzt einen Gitarrekurs wieder angefangt im Oktober und habe mir auch eine Gitarre gekauft, die alte geht zwar einigermaßen, und eine neue, die war dann günstiger, weil sie einen Fehler gehabt hat äußerlich und mit der spielt ich halt total gern, weil das und das tut mir unheimlich gut für meine Psyche das Gitarrespielen“ (290-297). Unangenehm sei es ihr, wenn sie nach dem Grund für die Berentung gefragt werde, „aber es klingt halt wirklich wie gesagt dann auf der anderen Seite besser Rente als wenns so Hartz IV-Empfänger bist“ (329-330).

Für **1015** habe die persönliche finanzielle Situation insofern eine Rolle gespielt als sie sich zwar „sehr viele Sorgen gemacht [haben], dass [sie] furchtbar arm werden könnte, aber das hat wohl auch eher was mit Wahnideen als mit der realen Situation zu tun gehabt. In der im wirklichen Leben habe ich jetzt keine echten Geldsorgen gehabt. Also ich war natürlich nicht reich oder auch vielleicht nicht mehr gut situiert, aber ich habe nie jetzt Angst haben müssen, dass ich aus finanziellen Gründen meine Wohnung verliere oder nicht mehr satt werden kann, also das war auch Gott sei Dank immer durch meine Eltern und durch deren sich Kümmern abgesichert und ich war ja auch eher spät dran mit meiner Krankheit, also ich war ja Anfang 30, hatte schon eine Ausbildung, schon einen Beruf, hatte ja jetzt schon ein bisschen was, das war ja sage ich mal nicht so ganz dramatisch bei mir“ (260-268).

Bedeutung der Psychopharmaka für die Autonomie

Für **1015** spielen die Psychopharmaka heute keinerlei Rolle mehr, da sie nach ihrer Krise vor rund 10 Jahren abgesetzt worden waren. **1013** und **1014** nehmen bis heute

Medikamente, wobei ****1013**** sie erst seit rund 5 und ****1014**** sie bereits seit rund 30 Jahren nehme. ****1014**** hat eine kritischere Haltung gegenüber den Medikamenten als ****1013****.

****1013**** gibt an, dass die Psychopharmaka ihr Stimmung verbessert hätten: „Ja, die sind schon stimm-, stimmungs-, stimmungsaufhellend gewesen, also dass ich da wirklich mal manchmal aus mich herauskomme, dass ich nicht so ganz wieder absacke in so ein dunkles Loch“ (249-250). Sie nehme diese seit ihrem ersten Zusammenbruch vor fünf Jahren. Kritisch äußert sie sich nicht dazu.

Für ****1014**** sind Psychopharmaka ein „ganz heikles Thema“ (231): „[I]ch nehme halt seit dreißig Jahren Medikamente mit Absetzen äh zum Teil zwei drei Mal ohne Einbeziehung des Arztes und einmal mit Einbeziehung des Arztes und es ist einmal gut gegangen für zwei Jahre und da habe ich es aber selber abgesetzt ohne Einwilligung des Arztes, also da bin ich auch kaum zu einem Arzt gegangen und habe ich auch nie Tabletten, ich habe sie mir verschreiben lassen, aber halt nicht genommen und dann war halt wieder irgendwas, ein Auslöser, also es sind meistens Männerbeziehungen gewesen, die negativen Einfluss gehabt haben auf mich oder Todesfälle“ (231-237). Wichtig sei ihr, bei der Wahl der Medikamente mitzusprechen: „Sie sind total wichtig vor allem im Akutfall und auch bei chronischen Erkrankungen finde ich es wichtig, aber vielleicht dass man trotzdem auch bei chronischen Erkrankungen, man ändert sich ja, man ändert sich, man wird älter, man kann anders mit der Erkrankung umgehen, es ist vieles neu hinzugekommen“ (268-271). Schließlich betont sie, dass sie die Tabletten lange Zeit nur wegen ihrer Ärztin genommen habe und nicht wegen sich. Heute sei das ein wenig anders: „Ich nehms zum Teil wegen der Ärztin und wegen mir, aber ich habe immer noch die Hoffnung, dass ich mal ganz ohne auskommen kann“ (281-282).

****1015**** hält es im Nachhinein für gerechtfertigt, dass ihr Psychopharmaka verabreicht wurden und „vielleicht haben sie auch geholfen, mich tatsächlich bisschen schneller in die Realität zurückzuholen“ (292-293). Dennoch betont sie kritisch: „Ich bin allerdings immer noch der Meinung es hätte nicht so hoch dosiert sein müssen, es hätte nicht so lange sein müssen und man hätte nicht so sehr darauf drängen müssen, das so lange weiterzunehmen, also einerseits hat man es mir ja sehr lange direkt verabreicht in der Klinik in hohen Dosen und andererseits eben es war ja schon fast Gehirnwäsche, Psychoterror, zu sagen ,Aber die müssen Sie ewig nehmen egal wie schlecht es Ihnen damit geht“ (295-299). Gerade diesen „drohenden Unterton“ (303) empfinde sie als unangenehm. Heute nehme sie keine

Medikamente mehr, diese seien nach dem zweiten Klinikaufenthalt, also vor circa zehn Jahren, mit ärztlicher Begleitung abgesetzt worden.

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Während ****1013**** und ****1015**** nicht über Zwangsmaßnahmen aus eigenem Erleben berichten, erzählt ****1014**** ausführlich, wie sie zwangseingewiesen und -medikamentiert wurde. Auffällig ist, dass ****1013**** sehr ins Stottern kommt bei der Frage nach Zwangsmaßnahmen und ****1015**** einen unmittelbaren Bezug zur Autonomie herstellt.

****1013**** antwortet auf die Frage nach der Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen sehr ausweichend und stockend. Sie habe es „nicht so so groß mitgekriegt“ (492), „vielleicht haben sie mir jemand was erzählt, bei mir ist es so, ich krieg was, ich hör was und dann irgendmal hab ich es wieder vergessen [...], vielleicht ist es auch ganz gut so, dass ich es vergesse, dann brau- dann brau- dann da [stottert] tratsche ich es nicht so weiter [...], oder oder äh dass das keiner in den falschen Hals kriegt dann, aber i- ich hab wo ich einmal oben war hab ich da einmal mitgekriegt, dass die Polizei mal jemand eingeliefert hat mit Handschellen“ (494-503).

****1014**** berichtet ausführlich über zwei Zwangseinweisungen, die sie erlebte. Einmal sei es positiv abgelaufen und beim zweiten Mal sei es sehr negativ und entwürdigend gewesen. Im ersten Fall habe sich eine Freundin nach einem Telefonat mit ihr Sorgen gemacht und die Polizei gerufen, da sie sich suizidal geäußert hatte. Im zweiten Fall haben wohl die Nachbarn nachts die Polizei verständigt, da sie sich noch einen Tee gemacht habe und die Möbel geknarzt hätten. Sie beschreibt die „ganz miese Erfahrung“ (479) wie folgt: „[E]ntwürdigend war das, was da gemacht worden ist mit mir. Das war um halb am Freitag in der Früh oder Samstag in der Früh um halb drei standen plötzlich drei Sanitäter und zwei Polizisten da, ein Polizist befragt mich dann und ich saß da mit dem Nachthemd oder einem Hemd und ich wollte und ich habe schon so viel Doxazypen genommen gehabt, ich konnte nicht mehr nehmen und ich konnte nicht schlafen, habe mir einen Tee gemacht und ich war ganz ruhig, habe die weder angegriffen noch irgendwie angeschrien, gar nichts [...] und dann haben sie mich mitgenommen, einfach so, ziehen mich da zwei Stockwerke runter und dann habe ich natürlich zu schreien angefangen und dann habe ich natürlich bin ich ausgeflippt. Du, mit dem Nachthemd ohne Unterhose, im Februar [...] saukalt war es letztes Jahr und dann legen sie

mir auch noch Handschellen an, als ich draußen bin hinten, dann legen sie mich auf die Pritsche auf den Bauch und stellen mir hunderttausend Fragen, wie ich heiße und wo ich geboren bin, du ich habe mir gedacht ich bin im falschen Film [...]. Dann habe ich dann unterschreiben müssen, dass ich freiwillig da war, das habe ich ja alles nicht gecheckt“ (494-514). Fixiert sei ****1014**** nie geworden (561), sei aber Zeugin von einer Fixierung geworden bereits in den frühen 80ern: „das war mein erster Klinikaufenthalt die ersten Tage, 1982 oder 83 und auf jeden Fall haben sie da echt eine auch fixiert, die wirklich zu fünf sind sie da ran und haben die Spritze reingehaut und es war für mich so ein schlimmes Erlebnis, das möchte ich selbst nie an mir erleben“ (567-570).

****1015**** bezeichnet Zwangsmaßnahmen als „sehr sehr kontraproduktiv für die Autonomie“ (277-278), wobei sie keine Unterscheidung zwischen den einzelnen Zwangsmaßnahmen zum Beispiel im Sinne einer Hierarchisierung vornimmt: „Also Zwangsmaßnahmen finde ich ganz fürchterlich, bedrohlich und es nimmt einem jede Autonomie und es kann einem auch jeden Mut nehmen sich wieder zu trauen am Leben teilzuhaben, das nimmt einem die Hoffnung irgendwann ohne Medikamente klarzukommen, weil es eben auch eine permanente Bedrohung darstellt in die Psychiatrie eingewiesen zu werden, zwangsfixiert zu werden, zwangs- zwangswise Medikamente zu bekommen, also das macht unglaublich viel Angst und das hält denke ich auch viele Menschen davon ab zu versuchen ohne Medikamente zum Beispiel oder überhaupt wieder autonom am Geschehen teilzunehmen, also es ist sehr sehr kontraproduktiv für die Autonomie“ (271-278).

Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen

Während ****1013**** und ****1015**** die Einschränkungen der Lebensqualität einerseits durch die Krankheit und andererseits durch die Lebensumstände schildern, bezeichnet sich ****1014**** als "rundum zufrieden" (574) und begründet dies auch näher.

Im Hinblick auf die Lebensqualität betont ****1013****, dass sie immer wieder Phasen habe, in denen es ihr schlecht gehe: „[W]o ich mir sage, okay, mir geht's schlecht, ich ich komm schlecht aus dem Bett raus, komme schlecht in die Gänge, äh im Moment gehts mir gut, aber heute früh wars so, ich bin kaum aus dem Bett gekommen, ich, ich war total erledigt gewesen, äh, kein Antrieb gehabt“ (219-222). Dazu komme, dass die Rente noch nicht dauerhaft bewilligt sei und ungewiss sei, wie es weiter gehe: „[E]s kommt noch dazu, dass nächste

Woche zur wieder zur Gutachterin muss, da, das macht mich zu schaffen und das geht mir schon an die Nieren und sag, mein Gott wie geht's denn weiter jetzt“ (222-224).

****1014**** hingegen bezeichnet sich als „rundum zufrieden“ (574): „[I]ch mache viele Dinge, ich habe eben wie gesagt den Gitarrekurs angefangen, weil ich schon seit 30 Jahren oder schon seit Kind es lernen wollte [...]. Und auch dass ich halt einen netten Freund habe, dass ich da ganz gut klarkomme mit ihm, das macht auch viel Positives und dass ich halt schon an mir gearbeitet habe und immer noch versuche an mir zu arbeiten“ (574-580).

****1015**** differenziert, was die Lebensqualität betrifft nach zwei Richtungen: „[A]lso in dem Moment, wo die psychische Krankheit noch sehr aktuell ist, sehr im Vordergrund steht, sehr viele Auswirkungen haben hat auf die Arbeitssituation, damit dann auch auf die finanzielle Situation, womöglich auf die Wohnsituation, womöglich wenn einige deswegen gezwungen in betreutem Wohnen oder Heimen zu leben, wo sie gar nicht sein möchten, da äh sind die Auswirkungen natürlich ganz ganz gravierend, in dem Moment wo das wieder ja besser wird, wo man womöglich auch wieder finanziell gefestigt ist, wo man vielleicht wieder anfängt zu studieren, zu arbeiten, Freunde zu treffen, da kann die Lebensqualität genauso wie bei jedem anderen sein, also zumindest ist die Chance darauf wieder ganz normal“ (280-287).

Weitere Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie (Prognose)

****1014**** und ****1015**** sind sich weitgehend einig, was ihre Wünsche für die Zukunft betrifft. Sie wünschen sich beide einen Abbau der Heimstrukturen bzw. kleinere Wohneinheiten für psychisch kranke Menschen und weniger „Verwaltungskram“ bzw. „Papierkrieg“. ****1014**** fasst zusammen: „Also ich hoffe, dass es so Modelle wie in Schweden, Norwegen, Finnland, die da so kleine Wohneinheiten zum Beispiel nachsorggemäßigt oder wohntechnischmäßig, dass es eigentlich, dass es auch mehr in den deutschen Raum kommt“ (624-626). ****1015**** fügt dem hinzu: „dass es ganz explizit mit aufgenommen wird sozusagen in diese Aufnahme, dass es eben nur vorübergehend ist, dass den Menschen einfach die Hoffnung gemacht wird, dass man das bald wieder verlassen kann“ (404-406). ****1014**** wünscht sich zudem eine bessere Nachsorge und mehr Forschung im Bereich Psychiatrie außerhalb der Pharmaindustrie. ****1015**** betont, dass sie entgegen ihrer Wünsche denkt, dass die Psychiatrie „wieder einen fürchterlichen Schritt zurückgehen [wird], dass wir eigentlich gerade in Deutschland schon mal viel weiter waren“ (395-396). Im

Hinblick auf Ex-In denkt sie, dass es eine Seltenheit sein werde in Bayern, dass Ex-Inler richtige Stellen bekommen.

b) Vergleich von drei betroffenen Männern zwischen 28 und 49 Jahren

Im Folgenden sollen die Aussagen dreier betroffener Männer, die zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 28 und 49 Jahre alt waren, verglichen werden. Alle drei Männer sind ledig, zwei haben das Allgemeine Abitur und einer hat keinen regulären Schulabschluss. Keiner der Männer nimmt an trialogischen Veranstaltungen teil. Die Diagnosen lauten Depression, bipolare Störung und instabile Persönlichkeitsstörung. Alle drei Männer leben in einer eigenen Wohnung. Keiner der Männer hat eine Patientenverfügung. Bei ****1016**** fand der letzte stationäre Aufenthalt im Jahr 2009 statt. Bis 2012 war er in ambulanter Behandlung. Er macht derzeit die Ausbildung zum Ex-In Genesungsbegleiter. Bei ****1017**** fand der letzte stationäre Aufenthalt 2001 statt und er ist aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung. ****1018**** ist ebenfalls in ambulanter Behandlung, war allerdings nie in stationärer Behandlung. Die Dauer der Interviews beträgt zwischen 52:08 Minuten und 1:27:24 Stunden. Zwei Probanden wurden in meinem Büro befragt und einer in einer in den Vereinsräumen eines Psychiatrie-Erfahrenen Vereins.

Persönliche Erfahrungen mit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung

Während ****1016**** seine Erfahrungen mit ambulanter und stationärer Erfahrung als gemischt bezeichnet, erzählt ****1017**** ausführlich, wie er die Behandlung vor allem auf der geschlossenen und der offenen Station erlebte. ****1018**** geht auf seine ambulanten Erfahrungen mit Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung ausführlich ein und bewertet sie überwiegend kritisch.

****1016**** schildert seine Erfahrungen mit ambulanter und stationärer Behandlung als „sowohl positiv als auch äh nicht unbedingt positiv. Also im Sinne von äh sowohl förderlich äh als auch etwas hemmend“ (20-21). Während seine erste Psychotherapie ihn weitergebracht und ermutigt habe, sei seine zweite Psychotherapie eher begrenzend gewesen: „Also man hat nicht äh versucht, mich ähm/ mich zu bestärken in meinen Wünschen, in meinen Bedürfnissen ähm ja, in meinen Visionen, sondern im Gegenteil. Äh ja, hat man mich

versucht zu begrenzen. Also meine Energien wurden nicht wirklich unterstützt, sondern eher so im Rahmen, im Zaum gehalten“ (48-52). In der psychosomatischen Reha seien einige Dinge förderlich gewesen für die Selbstbestimmung, andere weniger. Als förderlich erlebte ****1016**** „eine Sache, die ich in einer gruppentherapeutischen Sitzung kennengelernt habe. Äh und zwar dass man Sachen tun sollte, die einem gut tun, die einem gefallen. Und das war sehr förderlich für mich. [...] Hemmend war allerdings ähm ähm, ja, dass man/ dass das irgendwie so autoritär war. So diese Bestimmung, das war nicht wirklich äh Selbstbestimmung, sondern das war so ein vorgegebenes Programm von der Klinikleitung, ja das man zu absolvieren hatte. Ansonsten hätte man äh äh ja, hätte man befürchten können, dass die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen werden“ (36-45). Schließlich habe er die Erfahrung gemacht, oft nicht ernst genommen zu werden: „Ähm vor allem jetzt in den Reha-Einrichtungen habe ich auch noch ähm die Erfahrung gemacht, ähm dass man nicht immer/ Also ich hatte das Gefühl, man nimmt einen nicht wirklich ERNST. Und man geht auf einen nicht wirklich ein, so wie man sich das wünschen würde“ (52-55).

****1017** beschreibt viele verschiedene Behandlungssituationen im stationären Setting, vor allem solche, in denen er sich nicht ernst genommen oder unter Druck gesetzt fühlte. „[J]a es ist halt schon zwischen der Offenen und der Geschlossenen ein Riesenunterschied, weil es sind halt in der psychiatrischen Intensivstation sind halt dann viele Leute auch, die aggressiv sind, dann ähm habe ich auch finde ich auch nicht gut, dass oft mehrere vom Pflegepersonal dann einfach auf einen Patienten im Boden hinschmeißen, vor allem Frauen, die dann im Zimmer im Überwachungszimmer fixieren oder dass halt Leute dann teilweise, wenn ihnen dem Personal was nicht passt äh dass sie sie dann einfach mit Medikamenten ruhigstellen, dass du überhaupt keine Rechte hast auf der Geschlossenen Intensiv“ (20-26). Er betont, wie wichtig es ist, dass er einen guten Kontakt mit seiner Ärztin habe, die ihm immer wieder zu Hilfe gekommen sei und ihm auch zu einer eigenen Wohnung verholfen habe. Er berichtet über weitere Vorfälle auf der Station und in anderen Kliniken, die mit Gewalt einhergegangen sind und kritisiert das Handeln der Ärzte und Pfleger. „Ja und hier in X habe ich halt auf der psychiatrischen Ambulanz Intensivstation auch schon erlebt, dass eine Frau okay es war von ihr ein Fehler, dass sie sich im Gang draußen eine Zigarette angezündet hat, weil dafür hat man einen Raucherraum. Was ich aber mit eigenen Augen gesehen habe ist, dass die Frau war weder aggressiv noch sonst was [...] und äh dann habe ich gesehen sind vom Stationszimmer vier Pfleger raus in den Gang, haben die Patientin von hinten angegriffen, die sah nicht einmal, dass die auf sie zukommen, schmissen die zu Boden, heben sie sie auf,**

Überwachungszimmer und fixieren und das meine ich mit Gewalt, die für mich ein bisschen übertrieben ist da drin“ (127-140). Auch er selbst habe mehrmals Gewalt erlebt. Zudem schildert er eine Situation, in der ihn ein Arzt provoziert hat, indem er ihn vor einer Scheinwahl stellte, die er dann selbst autoritär entschied: „Dann sagt der Arzt ‚Herr X. Sie haben jetzt zwei Möglichkeiten: Entweder Sie entscheiden sich für die Entlassung oder für die Unterbringung.‘ Und dann habe ich gesagt, entscheide ich mich für die Entlassung. Sagt er ‚okay, dann sind sie ab sofort untergebracht‘. Hat er wortwörtlich so gesagt und dann bin ich so ausgerastet, so ausgerastet, dass sie mich dann auch fixiert haben“ (175-178).

****1018**** berichtet zunächst über seine persönlichen Erfahrungen mit einem psychologischen Psychotherapeuten, den er 1987 kennenlernte und 2001/02 abermals aufsuchte. „Ich habe also immer die Erfahrung gemacht: Wenn ich meiner Bezugsperson etwas sage, was WIRKLICH mich betrifft, kann sie dem nicht standhalten und überhaupt nicht vernünftig damit umgehen. [...] Äh, ich war ja mit der Hoffnung hingegangen, dass mir geholfen wird, aber ich hatte die entscheidenden Worte nicht gefunden, und ich muss auch sagen, ich habe mich gar nicht so GEIRRT in ihm“ (146-159). An diesen (negativen) Erfahrungen „strampele“ er sich immer noch ab (236), bezeichnet die Erfahrung als „üble Psychotherapie“ (329). Anschließend spricht er über seine psychiatrische Behandlung in einer Praxis, in die er seit 20 Jahren gehe. Über seinen Psychiater sagt er: „Zu mir ist er recht streng, aber ich habe [seufzt] drei Jahre gebraucht, bis ich es geschafft habe, den zu bitten, dass er mich krankschreibt. Und zu dieser Zeit hatte ich schon diese üble Psychotherapie hinter mir, und es ist so: Ich bin/ ich bin so fragmentiert und oft so durch den Wind, ich habe auch Angststörungen, äh, dass ich wahnsinnige Verrenkungen gemacht habe, bevor ich überhaupt gebeten habe“ (327-331). Außerdem beschreibt er eine Enttäuschung über einen extra zum Gespräch vereinbarten Termin: „dieser Gesprächstermin, der doch eigentlich ein Gesprächstermin von 20 Minuten sein sollte, war in meiner Wahrnehmung zu, sagen wir mal, 55 Prozent ein äh Schluck-die-Pille-Termin. Und es/ es kostete mich wirklich große Mühe, irgendwie in dieses Gespräch einzuflechten, dass ich das vielleicht irgendwie nicht will. Weil mein/ mein Körper ist mir ja schon verlorengegangen, und durch die Nebenwirkungen wird er mir noch weiter verlorengehen“ (369-374). Schließlich kommt er auch auf das Thema der Stigmatisierung zu sprechen: „Irgendwo hängt ein Kruzifix im Wartezimmer. Es kommen auch Mühselige und Beladene, denen es man mehr ansieht als mir, dahin. Und das ist eben auch das Problem. Wenn man in das Raster der Mühseligkeit und Beladenheit fällt, ja, aber dann ist man/ dann hat man ERST RECHT keine Chance, Person zu sein. Wenn man sich zusammenreißt wie

ich, dann wird der Leidensdruck nicht so wahrgenommen. Aber dazwischen gibt es irgendwie nichts“ (380-385). Schließlich berichtet ****1018****, dass er 4,5 Jahre ohne Krankenversicherung gelebt habe, auch aus Enttäuschung über das Gesundheitssystem, das ihm nicht weiterhelfen könne: „Im Grunde war die Entscheidung, die Krankenversicherung nicht zu verlängern in 2002, nicht nur wirtschaftlich bedingt. Das war so eine Rationalisierung. Sondern auch, äh, ein Versuch, die Tür hinter sich zuzuknallen. Das hat jetzt doch nicht geholfen, und, äh, wenn die mir schon nicht helfen, sollen sie wenigstens nicht auch nicht Beiträge über/ von mir erhoffen können“ (465-469). Die Zeit ohne Krankenversicherung bezeichnet er selbst als „autonomes Dasein“ (481).

Projekte, die die Autonomie fördern

Als Projekte, die die Autonomie fördern bezeichnet ****1016**** (in einem gewissen Widerspruch zum vorher Gesagten) „alle therapeutischen Verfahren“, wobei er als konkretes Beispiel nur Ex-In nennt. ****1017**** wurde nicht explizit nach Projekten, die die Autonomie fördern gefragt, allerdings erzählt er sehr anschaulich, wie die Erfahrungen in der Tagesstätte ihm geholfen haben bei der Entwicklung bzw. Förderung seiner Autonomie. ****1018**** nennt vor allem Träger von Selbsthilfegruppen, da er selbst in diesem Bereich aktiv ist.

****1016**** beschreibt als Projekte, die die Autonomie fördern „alle therapeutischen Verfahren eigentlich auch“ (132). Er nennt – abgesehen von Ex-In – keine konkreten Projekte, geht aber darauf ein, dass in der Gesellschaft versucht wird, psychisch kranke Menschen mit einzubeziehen und nicht auszugrenzen.

****1017**** beschreibt sehr anschaulich, wie ihn die Mitarbeit in einem Tageszentrum seit 2001 unterstützt hat, seine Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten. Er geht nicht nur auf die Aufgaben ein, die er hatte und die vielen verschiedenen Tätigkeiten, die er ausübte, sondern auch auf seine psychische Entwicklung. Vor allem beschreibt er, wie er nun besser mit Konflikten umgehen könne, ohne zu wütend zu werden: „[W]enn ich jetzt gemerkt habe, dass ich in einem Gespräch bin, wo dann wieder ein Streit oder eine Eskalation entstehen könnte [hustet], dass ich halt dann entweder jetzt am Balkon oder in im Raucherraum dann bin ich halt dann da reingegangen oder auf den Balkon, habe dann die Türe zugemacht“ (196-199). Dabei betont er seine engen Beziehungen zu den Mitarbeitern der Einrichtung.

****1018**** nennt als Projekte, die die Autonomie fördern vor allem Träger von Selbsthilfegruppen. Dort erlebe er als positiv die „vorurteilsfreie Haltung“ (598) und die Unterstützung, die man dort erfährt: „Und es ist auch so: Sie verstehen sich als Helfer der Selbsthilfe, und wenn mal [stottert] der Ansprechpartner der Selbsthilfegruppe in spe am Krückstock geht und/ und nicht mehr kann, oder er begreift ein Behördenschreiben nicht, äh, oder will sich dagegen auflehnen, dann setzen sich die auch mal hin und lesen das durch. Und ich habe schon erlebt, dass mir dann ein Brief formuliert wurde. Das mache ich sehr sparsam Gebrauch, weil die betreuen Dutzende Selbsthilfegruppen, aber alleine das, was ich dort schon an Aufmerksamkeit, dass auch sich jemand mal eine Stunde hinsetzt, erlebt habe, das ist unerreicht“ (630-637).

Recht auf Selbstbestimmung ausüben

Bei der Frage nach der Fähigkeit bzw. Möglichkeit das Recht auf Selbstbestimmung auszuüben, antworteten die drei Befragten mit Beispielen. Sie stellten außerdem einen Bezug zum Thema der Stigmatisierung her, die die Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung verhindere.

Auf die Frage, inwiefern Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ihr Recht auf Selbstbestimmung ausüben können, antwortete ****1016**** mit der Gegenfrage, „Haben wir überhaupt ein Recht auf Selbstbestimmung?“ (148). Er glaube, dass dieses teilweise gesetzlich verankert sei, aber dass es auch abhängig von der Gesellschaft sei und von den „Strukturen der Gesellschaft, ähm/ Was die so erlauben. Solchen Menschen“ (159-160). Er schildert ein Beispiel für Exklusion, die eine Barriere für die Wahrnehmung des Rechts auf Selbstbestimmung darstelle: Er sei im Bewerbungsprozess nicht mehr berücksichtigt worden, nachdem er der Zeitarbeitsfirma von seiner Krankheit erzählt hatte: „Und ab diesem Zeitpunkt äh habe ich dann gemerkt, äh als ich versucht habe, äh mich bei der Firma weiterhin zu bewerben für anderen Stellen, ähm hat man überhaupt nicht mehr auf mich reagiert. Nicht mal geantwortet, gar nichts“ (182-185).

****1017**** schildert eine Situation, in der er von einem Richter befragt wurde, welchen Betreuer er haben wolle. Als er dann einen benannte, habe er zur Antwort gekriegt, was er wolle, sei nicht von Interesse (vgl. 223-239).

****1018****denkt, dass er fast nicht dazu in der Lage ist, sein Recht auf Selbstbestimmung auszuüben. Die Hindernisse seien, dass es nachteilige Zuschreibungen gebe, die „unterschwellig mitkommuniziert werden“ (649). Er beschreibt die asymmetrische Situation einer Therapie und wie er sich dagegen zur Wehr setzt und gesetzt hat: „Und irgendwann, als ich diese Therapiesituation nicht mehr verlassen konnte, weil das Job Center mich erpresst hat mit der Strafe des Verhungerns, wenn ich die Eingliederungsvereinbarung nicht einhalte und so, äh, bin ich dann quasi auf/ auf die Methode Gandhi umgeschwenkt. Das ist dann praktisch passiver Widerstand. Und habe immer, wenn/ wenn die irgendwas Unempathisches oder Zersetzendes zu mir gesagt hat, bin ich von dem Sofa aufgesprungen und habe mich dann eigenwillig wieder auf den Stuhl gesetzt. Und das ging oft so“ (671-677).

Größter Unterstützungsbedarf bei Psychiatrie-Erfahrenen

Die Antworten auf die Frage, wobei sie die meiste Unterstützung bräuchten, gehen auseinander. Während ****1016**** eher auf psychologische Bedingungen eingeht, die hergestellt werden müssen, geben ****1017**** und ****1018**** an, dass es eher die bürokratischen Barrieren seien, bei denen sie Unterstützung bräuchten.

****1016**** antwortet, auf die Frage, wobei Psychiatrie-Erfahrenen die meiste Unterstützung benötigen: „In der Förderung der Selbstbestimmung. Also dass man versucht, sie ähm so weit als möglich wieder selbstständig zu machen oder dass diese Leute einfach wieder selbstständig werden. Und da kommen wir genau zu dem Thema Empowerment“ (198-201).

****1017**** gibt an, dass er bei den „bürokratischen Sachen“(287) Unterstützung brauche und beim Rechnen.

****1018**** brauche vor allem im rechtlichen Bereich Unterstützung. Er gibt an, dass ihm eine Schreibkraft sehr geholfen hätte (vgl. 742), um Anträge zu stellen. Er halte nichts von Erziehungsmaßnahmen und habe Angst vor Entmündigung.

Bedeutung der Familie und des sozialen Umfelds für die Selbstbestimmung

Während ****1016**** nur sehr wenig auf die Bedeutung seiner Familie und seines sozialen Netzes eingeht, diese aber durchaus als wichtig einstuft, beschreibt **SF (Fall 6)** sehr

anschaulich, wie ihn Nachbarn, Familie und Freunde in seiner Selbstbestimmung beeinflussen. ****1017**** beschreibt ein eher distanziertes Verhältnis zu seiner Familie bzw. vor allem zu seiner Mutter, sein Vater sei bereits verstorben. Von seinen anderen Familienangehörigen (Tanten, Schwester) habe keine die Betreuung übernommen.

****1016**** betont, auf die Frage nach der Bedeutung seiner Familie und seines sozialen Umfeldes, dass er Unterstützung durch seine Mutter bekommen habe in alltäglichen Dingen wie Kochen und Waschen. „Ansonsten war das soziale Umfeld eher/ eher ein Umfeld, in dem man sein eigenes Schicksal nicht verraten wollte, bei mir was das so“ (233-234).

****1017**** erklärt, dass seine Familie „gar keine“ Bedeutung für seine Selbstbestimmung habe. Zwar habe er einen guten Kontakt zu seiner Schwester und zu einer Tante, aber der Vater sei bereits verstorben und die Mutter meide den Kontakt mit ihm: „[I]ch muss ganz ehrlich sagen, ich telefoniere ihr jetzt auch nicht mehr nach, weil warum soll ich einen Kontakt herstellen, der nur einseitig läuft, wenn ich dann [...] keinen Rückkontakt oder kein Interesse an einem Kontakt spüre, dann lasse ich es eben“ (89-92).

****1018**** geht auf die Bedeutung der Nachbarn und Freunde sowie der Familie ein. „Von der Sozialisierung her, meine Familie hat sich extrem abgeschottet, vor allem durch meine Mutter bedingt. Vielleicht auch, um/ um was unter dem Deckel zu halten, dass man/ dass die Nachbarn nicht merken: Ich bin ein bisschen komisch. Aber ich habe mich da demonstrativ ein bisschen wegentwickelt“ (838-841). Er berichtet von einem guten Kontakt zu den Nachbarn und zu „sehr spärlich[en]“ (872) Kontakten zu Freunden. Ein Freund und seine Frau seien vor einigen Jahren gestorben und andere Freundschaften haben sich als nicht tragfähig erwiesen: „Ich habe mich lange durch so Phasen geschleppt, wo ich dann immer wieder schwer beschimpft wurde, und irgendwann habe ich gemerkt: Da muss ich was tun. Das heißt: Ich verzichte lieber als dass ich unwahre oder nicht hilfreiche Beziehungen habe“ (880-883).

Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Autonomie

Alle drei Männer berichten über die Erfahrung mit wenig Geld auskommen zu müssen. Vor allem ****1016**** betont, dass er seine Selbstbestimmung nur eingeschränkt ausüben könne, da er nicht genug Geld habe und dass er sich oft nicht zugehörig fühle aufgrund fehlender finanzieller Mittel. ****1017**** berichtet, wie er das Notwendigste des Alltags mit dem Geld

bestreitet, das ihm seine Betreuerin als eine Art Taschengeld zur Verfügung stellt. Und ****1018**** berichtet über seinen Ausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung und wie wenig Geld er in dieser Zeit benötigte. Er argumentiert, dass Geld nur ein Faktor sei, der zur Autonomie beitrage.

****1016**** betont, dass die finanzielle Situation eine große Bedeutung habe, „[w]eil ich einfach äh erfahre, ähm dass ich durch meine finanziellen Beschränkungen einfach sehr beschränkt bin in meiner Selbstbestimmung, im/ in dem, wie ich gerne leben würde“ (263-265). Er geht darauf ein, wie fehlende finanzielle Möglichkeiten zu einem Ausschluss aus der Gesellschaft führen: „Man fühlt sich einfach zugehöriger, wenn man die finanziellen Möglichkeiten hat und wenigstens ein bisschen äh angepasst an die Gesellschaft zu sein, wenn man das nicht hat äh, dann ist das echt schwierig“ (271-273).

****1017**** erklärt, dass er sein Geld eingeteilt bekommt von seiner Betreuerin, weil er selbst nicht mit Geld umgehen könne: „[I]ch habe vierzehntägig bei ihr einen Termin und ähm am Anfang vom Monat kriege ich jetzt kriege ich halt jetzt immer 200 Euro und vierzehn Tage darauf dann bloß noch einen Euro äh hundert Euro und dann ähm kaufe halt ich am Anfang des Monats immer Essen ein“ (249-251). Das restliche Geld gebe er überwiegend für Zigaretten und Angebote in psychosozialen Einrichtungen aus.

****1018**** berichtet über die Zeit, in der er nicht krankenversichert war: „Das ist also ganz übel, wenn man nicht, äh, beim Sozialstaat angemeldet ist. Man hat praktisch nur die Wahl zwischen dem vollen Programm als Zwangsbeglückung oder gar nichts. Und in 2002 bis 2006, äh, bin ich mit der Hälfte von dem ausgekommen, was ich jetzt habe“ (901-904). Er vergleicht seine Situation mit der eines Bekannten, mit dem er zur Tafel geht: „Und, äh, von daher ist das Finanzielle jetzt nicht NUR, äh, ein Faktor, der/ der/ den man zum glücklich werden bräuchte. Oder auch für Autonomie. Es ist, äh/ Es geht mir auch deutlich besser als dem einen erwähnten Leidensgenossen, der zur Tafel geht, dem seine Betreuerin in der Woche nur noch 15 Euro in die Hand drückt“ (908-912).

Bedeutung der Psychopharmaka für die Autonomie

Für alle drei Befragten spielen Psychopharmaka keine zu große Rolle. ****1016**** hält sie für gerechtfertigt in akuten Phasen, aber nicht für den Einsatz bei chronischen Erkrankungen. ****1017**** berichtet von mehreren Absetzversuchen, die er eindrücklich beschreibt. SF (Fall

6) schließlich gibt an, dass Psychopharmaka bei ihm keine tragende Rolle spielen würden, da seine Medikation vergleichsweise harmlos sei.

****1016**** betont, dass sich seine Einstellung gegenüber Medikamenten geändert hat. Anfangs habe er an deren Wirksamkeit geglaubt, nun halte er nicht mehr so viel davon. Die Medikamente haben „sicherlich auch ihre Berechtigung, aber eher ähm wahrscheinlich in akuten ähm Situationen, in Krisenphasen, um einen Menschen erst mal wieder handlungsfähig zu machen, ihn zu stabilisieren und dann später sollte aber die Aufmerksamkeit gerichtet werden auf äh Medikamentenreduktion oder alternative Sachen“ (246-250). Da die Mehrzahl der psychischen Erkrankungen eher chronisch ist als akut, halte er „schulmedizinische Psychopharmaka als nicht geeignet, um auf lange Sicht äh Heilung zu erreichen auf diesem Gebiet“ (257-258).

****1017**** berichtet davon, dass er zunächst Spritzen bekommen habe, die dann durch eine orale Medikation ersetzt wurden. Er habe mehrere Absetzversuche unternommen, die er nach Rücksprache mit der Betreuerin wieder rückgängig machte: „habe ich zwischenzeitlich auch mal meine Medikamente abgesetzt gehabt, weil mir eigentlich in dem Moment eh alles strunzegal war und äh nur in Absprache mit meiner Betreuerin habe ich es dann wieder genommen, weil äh sie dann schon gemerkt hat, dass ich dann nicht die dass ich dann nicht so bin wie jetzt, wo ich einen klaren Kopf habe, [...] dass ich halt dann irgendwie aufgedreht bin ähm dass ich dann ähm ziemlich hektisch werde und äh wenn ich sie dann mal drei Tage weglassen würde, dann habe ich ähm dann habe ich einfach so dann dreht es mich einfach auch ein bisschen im Kopf“ (99-106). Die aktuelle Dosis sei für ihn in Ordnung. Was er nicht in Ordnung finde, ist der Umgang mit Psychopharmaka im stationären Setting, wenn zum Beispiel mit Gewalt gedroht wird bei einer Verweigerung von Bedarfsmedikation.

****1018**** erklärt, dass Psychopharmaka in seinem Fall keine tragende Rolle spielen würden: „das Medikament, das ich nehme, ähm, gilt als relativ harmlos. Ähm, nimmt Lastspitzen, Druckspitzen weg. Es trägt also dazu bei, dass/ dass eine katastrophale Entwicklung weniger wahrscheinlich wird. Ähm, aber ich schätze die/ die Möglichkeit katastrophaler Entwicklung durch Menschen zu verhindern oder zu bewirken als wesentlich höher ein“ (807-811).

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Die drei Befragten äußerten sich sehr unterschiedlich zum Thema Zwangsbefehlungen und ihre Bedeutung für die Autonomie. ****1016**** habe nur aus dem Lehrbuch von diesen gehört, ****1017**** beschreibt sehr eindringlich, wie er fixiert wurde und ****1018**** schildert Situationen, in denen er sich genötigt gefühlt habe gegen seinen Willen zu handeln, auch außerhalb medizinisch-psychiatrischer Behandlung.

****1016**** hat von Zwang in der Psychiatrie nur aus der Theorie gehört, weil er in einem Lehrbuch darüber etwas gelesen hat. Seine Meinung dazu ist, dass Zwang bei Fremdgefährdung „durchaus berechtigt“ (297) sei, während er bei Selbstgefährdung „diskutab[el]“ (302) sei: „Aber wahrscheinlich dadurch, dass äh, wenn ein Mensch äh sich selbst gefährden möchte, er aber ein Teil unserer Gesellschaft ist und äh das dann konkrete Auswirkungen auf die Gesellschaft auch hätte, ich glaube, DAS würde dann äh auch eine Zwangsmaßnahme ähm berechtigen“ (304-307).

****1017**** berichtet an mehreren Stellen von Zwangsmaßnahmen im stationären Setting. Diese wurden weiter oben bereits beschrieben, als es um die Darstellung seiner Psychiatrie-Erfahrung ging. Zu den Erfahrungen, die er am eigenen Körper mit Zwangsmaßnahmen machen musste, berichtet er: „Ich bin auch schon mal in einem anderen Bezirkskrankenhaus bin ich zum Beispiel von Freitag in der Früh bis Montag in der Früh äh an den Beinen fixiert, am Bauchgurt fixiert und ähm die Arme und der Oberkörper waren in der Zwangsjacke, in [Name des Ortes] war das und da war ich wirklich von Freitag in der Früh bis Montag in der Früh und ähm zwischendurch haben sie mich immer wieder mal gespritzt, obwohl ich eh die ganze Zeit im Bett gelegen bin, weil ich konnte mich eh nicht bewegen äh und das ging dann von Freitag Früh bis Montag Früh so und wenn ich halt mal auf Toilette muss, dann haben sie mir eine Flasche hingehalten und das war es dann“ (119-125). Vor allem Gewalt gegen Frauen findet er unangebracht und feige: „Von allen Stationen, von unten sind sie gekommen von der Forensik, von oben, überall sind sie hergekommen, und dann ist die Frau irgendwie, die sie dann gepackt haben ist ihnen auf die Straße rausgelaufen und dann haben sie mit zehn elf Mann haben sie die Frau gepackt und dann ins Bett rein und fixiert“ (146-149).

Da ****1018**** keine Erfahrungen mit stationärer psychiatrischer Behandlung gemacht hat, wurde er nicht zum Thema „Zwangsmassnahmen“ befragt. Allerdings kommt an mehreren Stellen im Interview zum Ausdruck, dass er sich genötigt fühlt in einer bestimmten Weise zu handeln, die seinem Willen zuwider läuft: „Eigentlich habe ich nur Hartz IV angemeldet, damit ich/ damit ich eine Magenspiegelung durchführen kann“ (393-394).

Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen

Alle drei Befragten nehmen Stellung zum Thema "Lebensqualität" und beschreiben diese als eingeschränkt. Während ****1016**** vor allem arbeiten möchte und sich von psychiatrischen Profis stigmatisiert fühlt, geht es bei ****1017**** um den Luxus bzw. die Sucht nach Tabak, den er sich schnorren muss, weil er nicht genug Mittel hat für einen regelmäßigen Konsum. Außerdem berichtet er über Diskriminierungen auf offener Straße. Auch ****1018**** beklagt, dass seine Lebensqualität eingeschränkt sei, vor allem durch fehlende Mobilität. Auch er berichtet über Erfahrungen von Stigmatisierung von Seiten der Profis.

****1016**** beschreibt seine Lebensqualität als „bescheiden“ und betont: „Also meine Lebensqualität wäre auf jeden Fall besser, wenn ich die Möglichkeit bekäme, mich einzubringen“ (324-325). Vor allem würde er sich gerne mit einer „beruflichen Tätigkeit“ (344) in die Gesellschaft einbringen. Auf die Frage, ob er sich jemals stigmatisiert gefühlt habe wegen seiner Erkrankung, antwortet er positiv und beschreibt eine Stigmatisierung von Seiten der Profis, wenn er versucht sich in der Psychiatrie einzubringen.

****1017**** beschreibt seine Lebensqualität als „asozial“ (310). Als Grund gibt er dafür an: „Ja, weil ähm weil ich denke, wenn ich keine Geld habe, dann habe ich natürlich logischerweise auch nichts zu Rauchen und und bei mir ist es halt so, dass ich wenn ich wenn ich mal drei vier Stunden nichts zu Rauchen habe äh dann kann es schon sein, dass ich völlig ausraste und wenn ich dann in der auf der mit dem Radl in die Stadt fahren muss und die Leute um Zigaretten anbetteln muss, dann fühle ich mich wie asozial“ (312-316). Wichtig sei ihm, „dass ich auf der Straße nicht wegen der Krankheit äh blöd angemacht werde“ (56), was leider der Fall gewesen sei. Der Person gegenüber, die ihn diskriminiert und zudem in seiner Nachbarschaft wohne, fühlt er sich hilflos. Er findet es schlecht, „dass man so einen Menschen nicht das Handwerk legen kann“ (66).

****1018**** beschreibt seine Lebensqualität mit der Schulnote noch ausreichend bis mangelhaft. Als Einschränkungen seiner Lebensqualität nennt er die Mobilität. Er beschreibt, dass er seinen Telefonanschluss vor mehr als 5 Jahren gekündigt habe, um mehr Geld für kleinere Ausflüge zu haben: „Das hat auch ganz konkrete Gründe. Ich/ Die Depression geht es mir/ Wenn es zwei Tage Wetter sind so wie heute, geht es mir hundedreckig. Und ich müsste an die Sonne. Sonne stabilisiert“ (934-936). Auf die Frage nach Stigmatisierung nennt er

ebenfalls die Stigmatisierung durch Profis: „Ich habe es Ihnen am Anfang auch gesagt: Wenn ich mich gegenüber einem Arzt oder einem Nervenarzt oder einem Profi oute, dann hat das oft ein drastisches Absinken der mitmenschlichen Standards zur Folge. Man kann zuschauen, wie die Standards absinken. Die rauschen in den Keller“ (1046-1049).

Weitere Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie (Prognose)

Die Antworten auf die Frage nach den weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung in der Psychiatrie gehen auseinander. Während ****1016**** hier einen größeren Orientierungsrahmen anlegt und von einer Heilung der Menschheit ausgeht, spricht ****1018**** von einer zunehmenden Bürokratisierung und Institutionalisierung, in der gewisse Maßnahmen nur durchgeführt werden, um durchgeführt zu werden.

****1016**** ist zuversichtlich, was die künftigen Entwicklungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung in der Psychiatrie betrifft: „es wird eine Heilung stattfinden? Für/ Für alle Menschen überhaupt, für die Menschen. Das ist eine positive Entwicklung, die ähm/ die dem/ die der Evolution inhärent ist. Und die ist ganz natürlich“ (551-553).

****1017**** wurde nicht nach den weiteren Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie befragt, da das Interview zuvor unterbrochen wurde.

****1018**** geht davon aus, dass es zu einer weiteren Institutionalisierung und Bürokratisierung kommen wird. „Es wird also nur eine Institutionalisierung sein, die der Befriedigung des Apparats dient: ‚Wir haben etwas gemacht.‘ Und die einige nicht ganz so schwer Kranke vielleicht überspringen, die also eine Kommunikationsstruktur haben, die dazu passt. Match. Und gerade in der Psychiatrie, glaube ich aber, muss man sozusagen paradox für offen/ offen fürs Paradoxe sein. Und da bin ich, von der jetzigen Position her, SEHR skeptisch“ (1077-1082).

c) Vergleich von einem Ex-Inler, einer Frau mit mehreren Rollen (Betroffene und Profi) und einer Betroffenen

Nun wird ein letzter Vergleich von drei Fällen angestrebt, in dem ein zweiter Ex-Inler (**2019**), eine Frau, die zugleich Betroffenen und Profi ist (**2020**), und eine

Betroffene (**2021**) befragt wurden. Die Dauer der Interviews beträgt zwischen 40:47 Minuten und 1:03:51 Stunden.

****1019**** nimmt an der Ex-In-Ausbildung teil, ist 48 Jahre alt, ledig und kinderlos. Er hat nicht nur das Abitur, sondern auch ein Studium abgeschlossen. An trialogischen Veranstaltungen nimmt er wie die anderen beiden Befragten teil. Seine Eltern und sein Bruder haben ebenfalls die Erfahrung einer psychischen Erkrankung gemacht. Zuerst war er 1996 und zuletzt 2005 in stationärer Behandlung. Er ist aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung und nimmt Psychopharmaka.

****1020**** hingegen nimmt seit 29 Jahren keine Psychopharmaka mehr, nachdem sie neun Jahre Psychopharmaka genommen hatte. Ihr erster stationärer Aufenthalt war im Jahr 1975. Darauf folgten zwei weitere stationäre Aufenthalte 1976 und 1983. Neben den Erfahrungen als Patientin in der stationären Behandlung, verfügt sie auch über Erfahrungen als Klientin in der ambulanten Behandlung und als Profi im stationären psychiatrischen Bereich. Sie nimmt an trialogischen Veranstaltungen teil, ist 63 Jahre alt, verheiratet und kinderlos. Als Schulabschluss gibt sie das Abitur an, außerdem hat sie studiert und eine Ausbildung absolviert. Sie ist nicht nur Betroffene, sondern auch Profi im sozialpsychiatrischen Bereich, hat 10 Jahre in der Psychiatrie gearbeitet und ist nun im Bereich der Selbsthilfe professionell tätig.

****1021**** war insgesamt zweimal in stationärer Behandlung, nämlich 2002 und 2007. Sie ist 70 Jahre alt, geschieden und hat eine Tochter. An trialogischen Veranstaltungen nimmt sie als aktiv Gestaltende teil. Sie ist aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung und nimmt Psychopharmaka. Sie hat die Realschule sowie eine Ausbildung abgeschlossen und hat lange in einem Beruf gearbeitet bis zu ihrer Psychose im Jahr 2001/2002.

Persönliche Erfahrungen mit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung

Die persönlichen Erfahrungen mit stationärer psychiatrischer Behandlung liegen im Fall von ****1019**** schon einige Jahre zurück und sind zudem sehr heterogen, da er sich auch in Privatkliniken behandeln ließ. Insgesamt gibt es drei stationäre Aufenthalte: 1996, 1997 und 2005. Überwiegend beschreibt er seine Erfahrungen als positiv, vor allem die stationäre Psychotherapie 1997 habe ihm gut getan, denn dort konnte er viele Kontakte knüpfen und die (Gruppen-)Angebote sagten ihm zu. Von seinem ersten Aufenthalt in der Psychiatrie 1996

weiß er allerdings auch Negatives zu berichten. So sagt er etwa: "Und die Erfahrung dort war, ähm ja, zunächst mal hat man mich einfach völlig mit Medikamenten dann still gestellt [...]. Und meine Erfahrung war auch, dass wenig Achtung drauf genommen wurde, was mir ähm jetzt gut tun könnte [...]. Es war halt einfach so, da/ dass ähm ja, es einfach ein ganz klares Konzept gab, was Menschen wie mir hilft. Und mit diesem Konzept bin ich an vielen Punkten einfach so nicht zu rege/ recht gekommen" (32-44). Vor allem die Erklärung der Krankheit als Stoffwechselstörung im Gehirn habe ihm nicht zugesagt und er sei froh gewesen, dass er später von einer Therapeutin bestätigt bekommen habe, dass es sich um eine spirituelle Krise gehandelt habe (151). Zudem habe er durch die Medikamente starke Nebenwirkungen gehabt, die ihn sehr einschränkten. Diese reichten von Problemen beim Wasserlassen bis zu Versteifungen: "Ich konnte keinen Löffel mehr ähm zum Munde führen und so Geschichten. Und also äh das war dann schon ähm sehr heftig. Deswegen war es für mich hinterher klar, also in die Psychiatrie möchte ich nie mehr wieder gehen. Ähm ich ähm will also alles dafür tun, dass mir so was nicht wieder passiert. Ich meine, das kann man natürlich auch als eine Art heilsamen Schock [lachend] ähm dann ähm begreifen" (76-81).

Nach seiner Zeit in der Psychiatrie habe er sich ambulante Hilfen gesucht unter anderem beim sozialpsychiatrischen Dienst und bei niedergelassenen Psychiatern. Auch eine ambulante Psychotherapie habe er gemacht nach seiner stationären Psychotherapie, obwohl ihm von seinem Psychiater gesagt wurde, dass Psychotherapie bei Psychosen kontraindiziert sei. Seine Erfahrungen mit Psychiatern seien sehr gemischt. Er habe mit einer Psychiaterin Probleme gehabt wegen eines Gutachtens. Diese habe wohl "nicht richtig zugehört oder oder für/ für ein Gutachten schlampig in ihren Unterlagen recherchiert. Oder schlecht/ schlecht aufgeschrieben oder was" (185-187). Jedenfalls habe sie geschrieben, dass ****1019**** seinen Studienabschluss nicht bestanden habe, was nicht den Tatsachen entsprach, aber zu einer massiven Verunsicherung bei ****1019**** führte: "Und ich war VÖLLIG von den Socken, als da drin stand, ich hätte mein Studium nicht bestanden. [...] Ich meine, gerade für jemanden, der psychoseerfahren ist, ne, ist das/ ist das heftig. We/ Wenn man plötzlich was LIEST, man weiß plötzlich nicht mehr, was ist wirklich oder was nicht. Ich habe daheim wirklich nach meinen/ nach meiner Urkunde gesucht, um mir d/ um die Bestätigung zu haben, nee, ich habe mir das nicht eingebildet" (190-201). Er habe daraufhin den Arzt gewechselt und einen Psychiater gefunden, dessen private Interessen sich mit den seinen weitgehend ähnlich waren, was ihm zugesagt habe: "Also ich war sehr froh, dann einfach bei jemand zu sein, wo man/ Wo man wirklich das Gefühl hat, ähm da ist so eine menschliche Basis da. Der ist eben nicht

einfach der Arzt, der Bescheid weiß und ich bin jetzt der Patient, ähm der da behandelt wird. Sondern eher so ein/ S/ Schon, natürlich Arzt und Patient, aber halt eher so ein/ so eine Begegnung auch auf Augenhöhe, ne?" (213-217). Sein Aufenthalt in der Privatklinik 2005 schließlich diente rein der Erholung und es gab "dort wenig therapeutische Angebote" (279). Der familiäre Rahmen, in dem sich die Behandlung dort abgespielt habe, sei sehr heilsam für ihn gewesen und dass es die Möglichkeit gab, sich mit Menschen auszutauschen über alltägliche Dinge und nicht nur über die Krankheit.

Die persönlichen Erfahrungen mit ambulanter und stationärer Behandlung reichen im Fall von ****1020**** sehr weit in die Vergangenheit zurück. Ihre stationären Aufenthalte waren in den Jahren 1975, 1976 und 1983. Seit 29 Jahren lebt sie ohne Psychopharmaka und eine ebenso lange Zeit ohne ambulante psychiatrische und therapeutische Behandlung. Sie hat allerdings in der Zwischenzeit als Profi Erfahrungen in der Psychiatrie sammeln können, da sie als Ergotherapeutin in der Psychiatrie circa 10 Jahr lang arbeitete und nun als Profi in der Selbsthilfe tätig ist. Über ihre erste Erfahrung in der Psychiatrie 1975 sagt sie: "wir waren in Schlafzälen von 25-30 Frauen mit einer Toilette in der Mitte untergebracht, die Toilette war eigentlich meistens verstopft und wir waren auch ganz gemischt, also es waren chronisch psychisch kranke, autoaggressive Patienten und Neuzugänge wild durcheinander, Behandlung bestand halt aus Neuroleptika, meistens Haldol satt. So, das war so meine Erfahrung" (19-22). Über die Erfahrung mit niedergelassenen Psychiatern äußert sie sich ähnlich kritisch: "Bei einem anderen der hat mich halt weiter so durchgewurschtelt wie man halt so chronische dann durchwurschtelt, wenig Zuwendung, wenig Gespräche, viel Medikamente. Ich habe auch immer wieder aufgehört mit Medikamenten, weil ich bloß die Nebenwirkungen hatte" (32-35). 1979 habe sie eine Psychoanalyse aus eigenen Antrieb begonnen, die ihr auch bei der Verarbeitung der ganzen Erfahrungen geholfen habe und die sie fast 10 Jahre mit Unterbrechungen gemacht habe. Aufgrund von positiven Erfahrungen mit einem Ergotherapeuten in der Klinik habe sie schließlich den Entschluss gefasst selbst Ergotherapeutin zu werden, was sich allerdings durch ein Outing schwierig gestaltete: "irgendwie habe ich es geschafft die Schule ohne Rausschmiss zu beenden, weil als ich mich dann im Psychiatriepraktikum geoutet hatte, da war ich nicht nur aus dem Praktikum geflogen, da hätte ich am liebsten aus der Ausbildung fliegen sollen, das war 91, das habe ich mir bloß nicht so einfach bieten lassen, da hatte ich schon so viel Selbstbewusstsein, dass ich dachte, könnt ihr mich mal, dann gibt es aber Ärger, haben sie dann doch nicht gemacht und ja insofern hat es dann mein Leben so beeinflusst, dass ich dann in die Psychiatrie gegangen

bin, obwohl mir gesagt worden ist mir wäre, ich wäre fixiert auf die Psychiatrie und ich wollte dort Therapie kriegen" (73-80). Die Gründe für eine Tätigkeit in diesem Bereich waren jedoch ganz andere: "da konnte ich am meisten, da hatte ich so den besten, das beste Gefühl ungefähr zu wissen, was in Anderen vorgeht und deswegen bin ich dann in der Psychiatrie gelandet bewusst und nach zehn Jahren auch bewusst wieder raus, weil ich mich mit den Methoden und den Umgehensformen und der finanziellen Geschichte in der Psychiatrie nicht mehr äh identifizieren konnte" (83-87). Sie habe dann den stationären psychiatrischen Bereich verlassen, da sie die finanzielle Mittel hatte umzuschwenken auf eine Tätigkeit mit weniger Verdienst und arbeitet seither in der Selbsthilfe als Profi.

****1021**** berichtet zunächst ausführlich, wie es zur Psychose gekommen sei und wie sich diese geäußert habe. Sie sei schließlich, nachdem das Arbeitsumfeld und ihre Tochter bereits auf ihre Verhalten aufmerksam geworden waren, durch den Hausarzt zum Psychiater geschickt worden: "[D]ann musste ich zum Psychiater erst mal und der hat mir dann Medikamente gegeben, da kam ich dann gar nicht mehr aus dem Bett raus, die waren so schwer also so schwere Medikamente, dass ich dann so überhaupt nicht mehr, ich dachte dann bloß immer, wie komme ich, ich brauche was zum Essen, ich brauche was zum Trinken, und war dann schon immer, irgendwie bin ich dann immer in das Bett" (78-82). Später sei sie dann von ihrem Hausarzt in das Bezirksklinikum eingewiesen worden. "[D]ann hieß es also zwei Wochen müsste ich also da in der Geschlossenen bleiben und äh ja und sie hat dann auch gesagt, wenn ich die Medikamente nehme es würde auch vorbeigehen" (113-114).

****1021**** geht hauptsächlich auf ihre Mitpatienten ein bei der Schilderung ihrer Psychiatrie-Erfahrung. Sie berichtet, dass ihre Zimmergenossin aus der Klinik geflohen sei, aber dann von der Polizei wieder aufgegriffen worden war. Eine andere Frau sei mit Handschellen eingeliefert und anschließend fixiert worden und habe ihr sehr leid getan, da dies ausgerechnet an ihrem Geburtstag geschehen wäre. Außerdem berichtet ****1021**** von den (therapeutischen) Angeboten, die sie besuchen konnte: "Wie gesagt ich durfte dann auch mal zum Schwimmen und es war jeden Tag Sport, es war Yoga und es war mal es wär äh Gymnas- äh so ein Gymnastik und Schwimmen und Laufen also außen auch Laufen, das hat mir also sehr gut getan, das muss ich sagen. Dieser Sport" (159-162). Auch die Ergotherapie habe ihr "sehr gut gefallen" (171) und sie habe sich Erinnerungsstücke mit nach Hause genommen: "[D]as habe ich alles gar nicht so gewusst, dass man da so viele schöne Sachen machen und kann und ich habe auch als Erinnerung habe ich die noch daheim, also irgendwie war das so liebevoll auch, da hat sich ja jeder um uns gekümmert und ja dann kam der

Bereich Offene Station, das war also auch recht schön" (173-176). Auch als sie von der Offenen Station spricht, geht sie sehr viel auf ihre Mitpatienten ein: "Früh hatten wir dann immer diese Arbeitstherapie und Nachmittag Ergotherapie und danach sind wir dann halt immer, waren wir so eine ganze Clique, sind wir dann in den Bus rein, sind in die Innenstadt rein ins Kino oder in die zum Essen, eine hat immer organisiert, wo wir hingehen. Alles war immer irgendwie das war eine ganz schöne Gruppe und die Gruppe hat sich noch ganz lange getroffen auch dann draußen" (178-182).

Projekte, die die Autonomie fördern

Als Projekte, die die Autonomie fördern, nennen ****1019**** und ****1020**** in erster Linie Selbsthilfegruppen. Auch Ex-In wurde von allen drei Befragten thematisiert.

****1019**** erzählt, dass er selbst eine Selbsthilfegruppe leite bzw. fester Ansprechpartner für diese sei. Das Feedback, das er dafür bekommt ist sehr positiv: "Also ich höre immer wieder, dass sie sagen, ja, es ist/ Hier kann man einfach über alles offen reden und sich zeigen und so weiter" (489-490). Als weitere Maßnahme zur Förderung der Selbstbestimmung nennt er Arbeitsprojekte, wobei diese sich an den Interessen des Einzelnen orientieren müssen. "Ich hätte es früher nicht geglaubt, aber einfach in irgendeiner Form aktiv werden und in Kontakt mit Leuten zu sein ist einfach stärkend" (500-503). Dies wisst er aus eigener Erfahrung. "Es bringt nichts, sich/ sich Dinge ähm aufzuzwingen, die für einen nicht passen. Das zieht einen/ Das sage ich jetzt inzwischen auch aus eigener Erfahrung, das zieht einen eher mehr runter. Einfach schauen, ja. Es/ inzwischen sehe ich die Psychose einfach aus als Geschenk an. Einfach deswegen, weil ich darüber lernen musste, was passt wirklich zu mir und was passt eben nicht zu mir" (505-509). Schließlich findet er die Auseinandersetzung mit sich selbst wichtig: "also Reflexion. Also nicht grübeln in dem Sinn, sondern halt sich wirklich anschauen, also für mich ist eben das Tagebuch Schreiben, zum Beispiel. Therapie, Kra/ Psychotherapie natürlich auch, klar. Aber für mich ist eben so das Tagebuch Schreiben auch so meine Form von äh Psychotherapie" (515-519). Zum Thema Ex-In sagt er, dies sei eine Form, anderen seine Erfahrung weiterzugeben und sich darüber auszutauschen, was auch sehr fördernd sei.

****1020**** nennt auf die Frage nach Projekten, die die Autonomie fördern vor allen Dingen Selbsthilfvereine. Ansonsten sähe sie nicht viele Möglichkeiten. "[T]heoretisch haben alle

die Autonomie drauf, also alle psychosozialen Veranstaltungen haben letztlich die Autonomie der Patienten als letztes Ziel, aber wie weit sie die wirklich fördern. Ich kenne die die Visionen der einzelnen Träger die kenne ich schon, die sind toll, wenn sie die Hälfte von dem machen, dann könnte es schon was werden, aber die Gefahr ist dann halt, wenn die zu viel Selbstständigkeit wirklich praktizieren, passiert es zu leicht, dass sogenannte chronisch psychisch Kranke vergammeln. Also die Selbstständigkeit ist schwierig zu kriegen, weil unsere Leute denke ich sehr leicht in die Opferrolle rutschen und inaktiv werden und was soll man dann machen?" (113-119). Ein großes Problem sei, dass die Betroffenen oft in Watte gepackt würden und wenn sie dann draußen ihre Autonomie unter Beweis stellen müssen, dann werden sie instabil und müssen zurück in die Behandlung. "Also ich finde es ist ein verdammtes Paradox beziehungsweise heißt sich die Schlange ständig in den Schwanz" (140-142). Außerdem gebe es viele Hindernisse bei der Umsetzung der Förderung von Autonomie in der Praxis. ****1020**** erzählt von ihren Beobachtungen im Verein: "Ich sehe da wirklich, dass nur noch unselbstständig Gemachte dasitzen, die unterhalten werden wollen. Kaffee trinken, Kuchen essen. Das machen alle psychisch Kranken gerne, weil die Psychopharmaka aufs Zuckersystem gehen, deswegen haben wir so viele Diabetiker, treiben alle den Zuckerhaushalt ein" (158-161). Als Fazit hält sie fest: "Also wir machen uns ein Heer von Frührentnern, unselbstständigen Frührentnern, das sehe ich so also wenn ich schwarze Zukunft in die Zukunft malen will" (169-171). Über Ex-In äußert sie sich schließlich dann doch noch positiv, auch wenn sie die Anstellungschancen als nicht so positiv bewertet: "Oh, ich überlege mir das, wenn ich jünger gewesen wäre, [lacht], jetzt wo es anfängt. Ne, also ich bin ich denke, dass Ex-In eine ganz tolle Sache ist selber für sich was zu tun, also echt, also das vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen, dass man sich nicht für den Nabel der Welt hält und meint alles, was einen selber betrifft, wie man selber fühlt, müssten alle anderen auch und also dass dass jede Psychose anders ist das lernen sie aber hoffentlich gründlich jedenfalls nach den Büchern, die darüber geschrieben werden, aber hinterher sehe ich nicht so tolle Chancen mit Anstellung. Also für die Autonomie ist es gut, denke ich mal. Für die individuelle Autonomie ist es gut, aber mit einem Kurs von einem knappen Jahr und einem kleinen Praktikum dann in in die Berufshierarchie reinzuwollen geht in Deutschland irgendwo nicht. Und wenn man wirklich eine Stelle kriegt innerhalb eines Teams, dann nimmt man einem anderen eine weg und dann gibt das Spannungen, die gerade ein psychisch Kranter nicht so gut aushält, denke ich" (391-401).

****1021**** spricht bei der Frage nach Projekten, die die Autonomie fördern über Ex-In und später auch über die Soteria. "Ja äh mir gefällt es gut, dass es Ex-In auch gibt, vor allen Dingen so Genesungsbegleiter ich denke einfach auch, dass die ähm dann viel besser ein Einfühlungsvermögen haben dann für Menschen, die eben so eine Psychose hatten" (468-470). Und über die Soteria äußert sie ich ebenfalls positiv: "Dass diese wo man dann sagt der Patient wird gesprächsmäßig aufgefangen und man versucht erst mal so ohne Medikamente das zu machen, weil die Medikamente halt schon ein schwerer Eingriff in die in den Menschen ist dann auch in die Psyche beziehungsweise auch in den Körper selber auch ne. Also körperlich und auch geistig" (531-534). Schließlich äußert sie, dass es wichtig sei, dass die Illusion, Medikamente seien eine Lösung für alle Probleme bei psychisch Kranken aufgehoben werde: "dass auch die Ärzte zum Beispiel auch versuchen sollten den Angehörigen auch das nicht beizubringen, dass sie sie Medikamente nehmen müssen, sondern dass man dass die sondern dass man auch mit einem Gespräch gute Ergebnisse haben kann. Dass man dann eben den Angehörigen nicht immer dann vormacht, ja wenn sie die Medikamente nehmen ist ja alles in Ordnung, das ist einfach nicht so" (542-546). Sie habe auch an verschiedenen Gruppen teilgenommen und sei aktiv bei der Gestaltung des Psychose-Seminars beteiligt.

Bedeutung der Familie und des sozialen Netzes für die Selbstbestimmung

****1019**** betont mehrmals, dass die Familie bei ihm schon sehr wichtig sei. Er bezieht sich damit auf die Herkunftsfamilie, denn zur Gründung einer eigenen Familie "ist es nie gekommen" (365). Er habe zwei Schwestern und einen Bruder. Sein Bruder sei an Schizophrenie erkrankt. Auch seine Eltern hätten zur Zeit seiner psychischen Krise mit psychischen Problemen zu kämpfen gehabt: "Weil mein Vater ist zur selben Zeit nämlich dann auch ähm dann psychotisch geworden und war dann zur selben Zeit wie ich in der Kopfklinik. [...] Meine Mutter hat daraufhin dann auch noch ähm etwas später dann ihre Erschöpfungsdepression gekriegt" (310-314). Inzwischen habe er zu seinen Eltern eine wunderbare Beziehung: "Ich bin praktisch fast jedes Wochenende draußen in X [Name des Ortes] bei denen" (323-324). Auch finanziell habe ihn seine Familie unterstützt. "Und im Endeffekt merkt man halt in so Krisen auch, auf wen wirklich zählen/ man zählen kann. Das ist eben hauptsächlich auch die Familie und es sind wenige ganz enge Freunde" (334-336).

****1020**** erzählt über ihr Herkunfts-familie, dass diese eher schwierig und wenig unterstützend war: "Meine Herkunfts-familie die konnte ich knicken, für die war ich bloß noch peinlich. Meine Eltern waren noch Drittes Reich infiziert" (190-191). Auch auf dem Weg der Besserung bekam sie von der Familie nicht die Unterstützung, die sie sich gewünscht hätte: "Und als ich dann wieder gesund war und fünf Jahre gesund war und dann anfangen wollte die Ergotherapieausbildung zu machen, die fünf Jahre habe ich mir selber gegeben ohne Psychose, da kam meine Mutter daher, die Ärzte haben mich ins Boxhorn gejagt und ich soll doch Kinder kriegen, ihre Enkel hat sie natürlich gemeint und nicht meine Kinder, also in der Hinsicht meine Familie konnte ich knicken" (195-199). Die Beziehung zu ihrem Mann beschreibt sie als ambivalent: Einerseits habe er sie finanziell unterstützt und auch in psychischen Krisen sei er empathisch mit ihr umgegangen, andererseits seien gerade Partnerschaftsprobleme immer wieder der Grund für erneute Krisen gewesen. Kinder habe sie als psychisch kranke Frau nicht haben wollen, da diese "keinen guten Start" (216) gehabt hätten. "Also ich hätte ja in der Zeit hätte ich keine Kinder gewollt. Und dass ich gesund werden würde, das wusste ich ja damals nicht" (231-232).

****1021**** erwähnt ihre Tochter sehr häufig. Auch der Kontakt zu (ehemaligen) Mitpatienten, zu Nachbarn und zu einem "Wanderfreund" ist für sie wichtig. Weitere Angehörige würden jedoch keine große Rolle spielen: "[A]lso ich habe mit 20 geheiratet, mit 21 meine Tochter gekriegt und mit 22 geschieden und sie hat ihren Vater gar nicht gekannt und da hängt sie halt sehr an mir dann auch und dann ist halt das mit der Psychose passiert und das hat sie halt dann sehr mitgenommen" (346-348). Die Tochter habe sie täglich besucht, als sie in der Klinik war. "Meine Familie hat sich eigentlich auch sehr rührend um mich gekümmert, meine Tochter also halt auch, weil ich bin alleinstehend hab dann also auch keinen Lebensgefährten gehabt bloß einen Freund und der hat das dann sehr bedauert, dass er mich nicht besuchen konnte, weil er gar nicht wusste, wo ich bin, das war so ein Wanderfreund eigentlich auch, der hat dann gesagt ich hätte dich doch besucht und so weiter, also für den war das ganz schlimm, dass ich ihm das nicht gesagt habe" (205-209). Der Tod des Nachbarn und des "Wanderfreundes" seien belastende Ereignisse in der vergangenen Zeit gewesen. Von den beiden Männern habe sie Unterstützung bekommen. Nun habe sie die Medikamente wieder erhöhen müssen aufgrund des Todes des Nachbarn: "was mich jetzt einfach bisschen belastet ist jetzt einfach diese Sache mit dem Nachbarn, der jetzt da nicht mehr lebt und äh das übernächste Haus da zieht jetzt auch jemand aus, diese ganze Straße ist jetzt halt irgendwie veraltet, wir sind jung dort eingezogen, unsere Kinder sind, als sie erwachsen waren

weggezogen und äh jetzt sind wir halt alle alt und äh ja viele wollen halt aus ihren Häusern jetzt irgendwie raus" (398-402).

Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation für die Autonomie

Während ****1019**** und ****1021**** bereits verrentet sind, steht ****1020**** noch im Berufsleben mit einer Dreiviertelstelle.

****1019**** habe von seiner Familie finanzielle Unterstützung bekommen "über all die Jahre" (329). Er erlebt das Thema Finanzen als ein Thema, das eng mit dem der Teilhabe an der Gesellschaft verknüpft ist: "Weil wenn man nicht in seinem gelernten Beruf arbeiten kann. Ich meine, ich habe s/ Ich habe studiert. Und wenn man dann eh nur Teilzeit arbeiten KANN und dann einfach wenig verdient, dann kann man halt an vielen Dingen einfach auch teilnehmen/ nicht teilnehmen" (549-553). ****1019**** ist froh über seine Frühverrentung (vgl. 459).

****1020**** sieht finanzielle Möglichkeiten auch als Voraussetzung für Teilhabe an: "Je besser man finanziell gebettet ist, also, in der Salutogenese ist finanzielle Sicherheit eine Ressource. Also, wenn ich zum Amt gemusst hätte, Grundsicherung hätte beantragen müssen, wir haben da den Fall gerade, noch nichts mehr nebenher verdienen hätte können, wie soll man da gesund werden, wenn die Teilhabe am Leben die berühmte, die kostet halt und ich muss was anzuziehen haben und wenn ich ins Kino will, dann brauche ich Geld dafür und wenn ich nicht essen gehen kann, weil es hinten und vorne nicht reicht" (306-311). Ihr Mann habe ihr damals das "finanzielle Polster gegeben diese ganzen Jahre durchzustehen und die neue Ausbildung zu machen" (200-201). Außerdem konnte sie sich beruflich noch einmal verändern, da ihr ihre Mutter ein "brauchbares Erbe hinterlassen hatte" (99).

****1021**** sagt wie ****1019**** "zum Glück bin ich also in Rente" (232), allerdings sei die Rente nicht so hoch. "Die Rente ist jetzt bei mir auch nicht so hoch, dadurch, dass ich da in Rente gehen musste, nach der Erkrankung hat man mich also nicht mehr beschäftigen wollen" (286-288). Früher habe sie finanzielle Unterstützung durch den Wanderbekannten bekommen, der allerdings vor drei Jahren verstorben sei (413-414). Außerdem habe sie ein wenig Ersparnes und eine größere Abfindung habe sie nach dem Ende der Arbeitszeit bekommen. Als wir über Ex-In sprechen, gibt sie an, dass es für sie auch "eine Kostenfrage" wäre, die

Ausbildung zu machen, "weil es kostet auch eine ganze Menge Geld und äh Beschäftigung in meinem Alter wäre dann auch gar nicht mehr so möglich" (480-481).

Bedeutung der Psychopharmaka für die Autonomie

****1019**** berichtet gleich eingangs, als er über seine Psychiatrie-Erfahrung spricht, dass er mit Medikamenten "stillgestellt" (33) wurde und starke Nebenwirkungen hatte (Probleme beim Wasserlassen und Versteifungen). Später konnte er in der ambulanten Behandlung dann teils mitbestimmen, welche Medikamente er nimmt und wie hoch die Dosis sein soll. "Und es war eben auch so, bei dem Medikation später, ähm beim/ beim Doktor X, wenn ich mich erinnere, da hatte ich schon große Möglichkeiten, das wirklich selbstbestimmt zu machen. Abzusprechen, welches Medi/ Medikament ich nehme und wie viel. Und das da einzubringen. Also ich habe/ habe/ Im Endeffekt habe ich mich dann selber dosiert. Und jet/ Und inzwischen mache ich es ja auch in dem Sinn" (407-412). Er beschreibt, dass er Schlaf- und Kreislaufprobleme bekommen würde, wenn er die Medikation wegließe und er die Medikamente absetzen würde, wenn er sich nicht gesellschaftlich einbringen würde, sondern nur Zuhause wäre. Nach einer ärztlich empfohlenen Reduktion der Medikamente habe er einen deutlichen Unterschied gespürt: "Habe jetzt einfach eine ganz andere Energie und stehe wieder ganz anders im Leben als vorher. Ich war doch ziemlich gedämpft, man merkt es im Prinzip erst hinterher" (257-258).

****1020**** hat mit den Medikamenten abgeschlossen. "Und dann habe ich noch ein Jahr Psychopharmaka genommen wie ich versprochen hatte und dann habe ich gezählt wieder mal die Jahre, die ich stabil war. Das sind jetzt genau 29 ohne Psychopharmaka" (60-62). Im Nachhinein denkt sie, dass die Medikamente nötig waren, "um mich wieder in die normale Realität rüberzuschippern und dann waren sie lästig" (234-235). Insgesamt habe sie neun Jahre lang Psychopharmaka genommen. "Am 18. Dezember 84 habe ich meine letzten Sikoperidols in 40 prozentigen Himbeergeist geschüttet und ad ex auf mein Wohl getrunken" (239-240).

****1021**** nimmt ihre Medikamente zwar täglich, ist aber dabei sie allmählich abzusetzen. Ein Absetzversuch im Jahre 2007 sei allerdings gescheitert: Sie hatte "Absetzerscheinungen also so Entzugserscheinungen wie Zittern und Angstzustände und äh halt ganz schlimme Zustände, ich konnte dann gar nicht mehr für mich selber sorgen, weil mir war es dann

schwindlig und ich hatte Probleme dann auch mit Licht und mit dem Gehör, also ich hörte alles viel lauter und alles war also ich bin ja in die Klinik und habe versucht dann noch drei Wochen ohne Medikamente das zu machen und dann hat man gesagt, also ich müsste halt die Medikamente wieder nehmen" (247-252). Nach dem Tod ihres Nachbarn habe sie die Medikamente nun wieder erhöht, nachdem sie zwischenzeitlich schon eine recht geringe Dosis gehabt habe. Sie sei nun bei einer Psychiaterin, "die also den Weg mit mir geht zu reduzieren bzw. abzusetzen" (279).

Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen

Die drei Befragten antworteten sehr unterschiedlich auf die Frage nach Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für ihre Autonomie. Während ****1019**** diese nur aus Erzählungen kenne, hat ****1020**** diese Mitte der 70er Jahre selbst erlebt und ****1021**** wurde Zeugin einer Fixierung.

****1019**** ist immer freiwillig in Behandlung gegangen und habe nie Zwangsmaßnahmen erlebt, weder persönlich noch als Zeuge. Als Grund gibt er an: "Weil ich war ja freiwillig in der Klinik und habe dann gesagt, na ja gut, wenn die sagen, das hilft mir, dann/ dann nehme ich es halt" (371-372). Zwangsmaßnahmen kenne er aus Erzählungen, aber er habe keine Erinnerung jemals welche miterlebt zu haben (378-379).

****1020**** hingegen war einmal fixiert. Sie schildert die Situation wie folgt: "ich war völlig im Wahn und dann kam da der Doktor, also in den 25 Personen Schlafsaal und dann kam da der Doktor und hat über mich geredet mit der Schwester, dass das [Kosename] jetzt ein Spritzchen kriegt. Und ich wollte aber kein Spritzchen, ich wollte auch keine Spritze, ich wollte überhaupt eigentlich nichts, aber eine Spritze schon gleich gar nicht und dann habe ich halt fünf Schwestern gebraucht und die mussten mich einschicken, damit ich dann Strampeln aufgehört habe und am nächsten Tag haben sie mir dann ihre blauen Flecke ganz vorwurfsvoll gezeigt, also dann schon noch ein wenig pädagogisch strafend dann mit mir bearbeitet" (265-272). Noch heute ist sie der Meinung, dass diese Zwangsmaßnahme überflüssig war: "also so pauschal zu sagen, wir dürfen überhaupt nie Zwang angewendet kriegen, ne, das mag ich nicht, also...Aber bei mir damals hätte es das echt nicht gebraucht, das hätte ja vielleicht einer versuchen können mir zu erklären, dass ich da jetzt eine Spritze brauche, ne, aber dann über die Patienten wegreden in der dritten Person, ne, also das war einfach 75. Und da war es nicht

anders. Bloß es ist wahrscheinlich manchmal jetzt noch so, was ich mir so erzählen lassen muss" (293-298). Als Konsequenz aus dem Vorfall habe sie eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen und habe darauf gehofft, dass noch mehr Personen in ihrem Umfeld eine solche abschließen würden, doch dies traf nicht ein (vgl. 269-273).

****1021**** erzählt, dass sie Zeugin geworden sei von einer Fixierung: "dann habe ich halt erlebt eine Frau, die haben sie dann auch eingeliefert und die kam mit der Polizei mit Handschellen das hat mir sehr leid getan, das war eine ganz nette, die S. [Name der Person] war das und die ähm haben sie dann fixiert und äh ja und das habe ich dann alles so gesehen und dann hat sie mir vorher erzählt, dass sie Geburtstag hat, da bin ich natürlich ins Blumen- da ist so eine Gärtnerei da habe ich ihr Blumen gebracht und da hat sie aber dann wie gesagt war sie dann in ihrem Bett gefesselt und war ähm ja hat geschlafen und dann habe ich ihr die Blumen hingelegt ans Bett und das hat mir so leid getan dann auch für sie, dass sie muss scheinbar randaliert haben irgendwie ne und dann haben sie sie halt gleich in die Ketten gelegt sozusagen also das hat mich sehr berührt muss ich sagen" (141-149).

Lebensqualität von Psychiatrie-Erfahrenen

****1019**** wurde nicht explizit zu seiner Lebensqualität befragt, allerdings bemerkte man, dass seine ehrenamtliche Tätigkeit sein Leben mit viel Qualität erfüllt. "Es ist ein schönes Erleben, wenn man/ wenn man das, was man kann, auch in die Gesellschaft einbringen kann. Das ist eine. Und zum anderen, wenn man ha/ Es macht schon was aus. Ich habe das früher unterschätzt, wie das ist, wenn man arbeitslos ist und dann keinen Status hat und nicht irgendwo strukturiert eingebunden ist, einfach keine Stellung hat. Es ist sch/ einfach schon noch mal was anderes, auch für das ganze Selbst/ für die ganze Selbststärkung" (436-441).

****1020**** beschreibt ihre Lebensqualität wie folgt: "Also mit Psychopharmaka im Bauch und mit dem Wissen psychisch krank zu sein macht Leben für mich nicht gerade die große Qualität. Naja und heute, ich denke ich habe in Abgründe gekuckt bei mir und anderen, ob das jetzt bereichernd ist, es ist jetzt halt einfach so und man wird ein bisschen tiefer im Laufe der Zeit" (245-253).

****1021**** schließlich beschreibt sehr anschaulich, wie sie ehrenamtlich aktiv ist in verschiedenen Bereichen. Von Altersheim über Blutspendedienst beim Roten Kreuz bis Lesepatin für eine Schülerin mit Leseschwäche. Gerade letztere Tätigkeit bereite ihr viel

Freude: "da bin ich jetzt einmal in der Woche beim äh Mädchen acht Jahren, das bereichert mich jetzt unheimlich, das Mädchen sagt, ich lese das alles nur für dich, ich mache das alles nur für dich, dass du das dass du gut von mir denkst" (393-394). Einschränkungen in der Lebensqualität nehme sie durch gesundheitliche Beschwerden wahr und durch finanzielle Knappheiten sowie durch das Älterwerden.

Weitere Entwicklungen im Hinblick auf die Autonomie in der Psychiatrie (Prognose)

****1019**** wurde nicht zu diesem Thema befragt.

****1020**** denkt, dass die Entwicklung in der Psychiatrie im Hinblick auf die Selbstbestimmung eher zum Negativen stattfindet. "Es geht rückwärts, leider. Also entweder ist man selbstständig, dann verteidigt man das ganz gut, aber dann darf man sich bitte danke nicht als psychisch outen. Ich denke, dass es ganz viel mehr Menschen gibt, die so wie ich stabil sind, aber lieber die Klappe halten" (359-361). Sorgen mache ihr, dass trotz Entstigmatisierungskampagnen weiterhin eine hohe Stigmatisierung von Betroffenen stattfinde.

****1021**** bezieht sich vor allem auf die Medikamente und den Umgang mit diesen. Sie habe gehört, "dass man die Medikamente halt jetzt auch nicht so lange nehmen soll mehr, dass man jetzt ganz davon ab, dass man Medikamente nur gibt in der Akutphase und dass man halt dann auch diese erkennt, dass das gar nicht so gut ist, dass man ständig Medikamente nimmt (505-508). Außerdem wünscht sie sich, "dass man halt den Patienten auch hört, dass man sagt, was sagt jetzt der zu mir, was braucht er vor allem auch, dass man ihm dann das geben kann, das wär wirklich super" (518-520).

5 Schlussteil

5.1 Typiken

Im vorangehenden Kapitel, wurde ein Teil der Interviews ausgewertet anhand von Fallvergleichen. Dabei wurden die Themen, die in den Interviews besprochen wurden als *tertia comparationis* verwendet. In der Kontrastierung hat sich gezeigt, dass viele der Kategorien noch weiter differenziert werden können, etwa dadurch dass Unterkategorien gebildet werden (z.B. "das Recht auf Selbstbestimmung ausüben können" als sowohl Fähigkeit als auch Möglichkeit der Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung). "Bei einer typenbildenden Analyse qualitativer Daten werden also Kategorien, die am Anfang zur Kodierung des Materials genutzt werden anhand synoptischer Vergleiche weiterentwickelt, überarbeitet, durch Subkategorien differenziert und erläutert, zueinander in Beziehung gesetzt, in ein übergreifendes Schema integriert oder auch einfach nur (wenn sie sich als nicht brauchbar erweisen) verworfen" (Kelle & Kluge 2010, 61). Weitere solcher Subkategorien und Dimensionalisierungen, wie sie im letzten Teil der Arbeit schon mehrfach angesprochen wurden, sollen nun zu einzelnen, anhand von Fokussierungen ausgewählten Kategorien entworfen werden.

Die Fokussierungen in den einzelnen Interviews unterscheiden sich (Bohnsack 2006, 67f.). Während die Profis sich sehr ausführlich zu den theoretischen Auffassungen und praktischen Umsetzungen von Autonomie in der Psychiatrie äußerten, kamen die Angehörigen in der Regel immer wieder und mit "hoher metaphorischer Dichte" und einem "hohen Detaillierungsgrad" (Bohnsack 2013, 250) auf das Thema "Psychopharmaka" zu sprechen. Bei den Betroffenen waren die Fokussierungen komplett unterschiedlich verteilt. Manche sprachen ausführlich und bewegt über das Thema "Zwangsmäßignahmen". So möchte ich hier auf die drei Themen noch einmal eingehen, um exemplarisch Typiken zu erstellen. Das erste Thema (Vorsorge) betrifft vor allem die Profis, das zweite (Psychopharmaka) vor allem die Angehörigen und das dritte (Zwang) in erster Linie die Betroffenen.

TYPIK I: Vorsorge in Form von Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung

um Frühwarnsymptome zu nennen (**1001**)	um Zwang zu vermeiden (**1002**, **1020**)
um die persönlichen Werte des Patienten zu kennen (**1004**)	um eine Gesprächsgrundlage zu haben z.B. bei Einweisung (**1002**)

Dieses stellt eine Subkategorie zum Thema "autonomiefördernde Maßnahmen oder Projekte" dar. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen können als Instrumente zur Vorsorge bei psychisch Kranken grundsätzlich mehrere Funktionen erfüllen. Eine Funktion, die vor allem von ds genannt wird, ist, dass man mit der schriftlichen Fixierung der Frühwarnsymptome eine Hilfestellung für Angehörige und Profis, aber auch für den Betroffenen selbst an der Hand hat, womit beurteilt werden kann, ob und wann dieser wieder in die Klinik gehen sollte. Diese Hilfestellung kann die Autonomie des Betroffenen fördern, indem er handfeste Merkmale hat, an denen er selbst beurteilen kann, ob er sich einer psychischen Krise nähert. Die Autonomie kann jedoch auch eingeschränkt werden, wenn die Frühwarnsymptome fälschlich durch Außenstehende festgestellt werden oder falsch interpretiert werden. Wenn zum Beispiel Familienangehörige zwei schlaflose Nächte in Folge bereits als das erneute Aufkeimen einer psychischen Krise deuten, kann es zu einer vorschnellen Einweisung kommen.

Eine weitere Funktion, die Patientenverfügungen oder Behandlungsvereinbarungen als Instrumente der Vorsorge erfüllen, hat historische Wurzeln: Traditionellerweise sollen sie Zwangsbehandlungen vermeiden. Daher wurden sie vor allem in den 90er Jahren eingeführt. Die Informationen, die in den Vorsorgeinstrumenten gegeben werden, können als Hilfestellung dienen, um den Patienten so zu behandeln, dass Zwang unnötig und überflüssig ist. Wenn zum Beispiel ein Patient angegeben hat, dass es ihm hilft nach der Aufnahme auf Station zunächst eine Zigarette zu rauchen, dann kann die Erlaubnis an ihn dies zu tun eine deeskalierende Maßnahme sein, um der Anspannung, die in einer solchen Aufnahmesituation steckt, entgegenzuwirken.

Des Weiteren können in Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen auch Angaben zu den persönlichen Wertvorstellungen des Betroffenen gemacht werden. Was ist diesem besonders wichtig? Worauf sollte man besonders achten? Zum Beispiel könnte für ihn besonders wichtig sein, dass er nach einem Suizidversuch wiederbelebt wird oder bei einem Krankenhausaufenthalt seine Familie sehen kann. Wenn über die grundlegenden Werte des Patienten Informationen vorliegen, dann kann ein ethisch angemessener Umgang mit diesem umgesetzt werden.

Schließlich können Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen eine wertvolle Grundlage für das Arzt-Patienten-Gespräch sein, vor allem nach der (Wieder-)Aufnahme des Patienten. Wenn ein diensthabender oder fremder Arzt vorab Informationen bekommt, die

vom Patienten selbst stammen und aus einer Phase, in der es ihm besser bzw. gut ging, in der er also einwilligungsfähig war, dann können daraus fruchtbare Gespräche entstehen, die ggf. die Genesung beschleunigen. Der Arzt kann die Informationen aus der Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung unter Umständen auch für das Gespräch mit Kollegen und Angehörigen benutzen, sofern der Patient damit einverstanden ist. In Ergänzung zum kranken Patienten, den er "live" vor sich hat, kann der Arzt einen Eindruck von den Vorstellungen des gesunden Patienten bekommen.

TYPIK II: Psychopharmaka

zur Symptomreduktion (**1004**)	als Ursache von Nebenwirkungen (**1009**)
Absetzen (**1007**)	zu hohe Dosis (**1003**, **1015**)
Persönlichkeitsveränderung (**1001**)	Alternativen (**1011**)

Mit Typik II soll eine differenzierte Dimensionalisierung der Kategorie "Bedeutung von Psychopharmaka für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen" erstellt werden. Psychopharmaka werden - vor allem von den Angehörigen - immer wieder diskutiert. Oft heißt es, sie seien Fluch und Segen zugleich. Viele Angehörige in den Interviews sind ambivalent hinsichtlich des Einsatzes von Psychopharmaka. Die meisten unterstützen aber den Einsatz von Psychopharmaka. Auch für viele Profis sind Psychopharmaka eine conditio sine qua non. Dabei können verschiedene Kontexte festgestellt werden, in denen Psychopharmaka diskutiert werden.

Einerseits dienen diese der Symptomreduktion (**1004**), sie können das Abklingen der Symptome in der Regel beschleunigen (**1002**), sodass vor allem die Angehörigen schnell den Eindruck bekommen, dass sich der Zustand ihres psychisch kranken Angehörigen verbessert.

Nichtsdestotrotz nehmen die Angehörigen auch die Nebenwirkungen wahr, die zum Teil sehr ausgeprägt sind und von Erektionsstörungen (**1009**) bis hin zu Zittern (**1010**) reichen, wie aus den Interviews hervorgeht. Dabei werden die Angehörigen entweder zu hilflosen Zeugen oder sie mischen sich in die Behandlung ein, zum Beispiel indem sie ihre Angehörigen zu Arztterminen begleiten (ms).

Auch das Absetzen der Psychopharmaka ist ein großes Thema, das immer wieder angesprochen wird in den Interviews, sowohl von Angehörigen (**1007**) als auch von Betroffenen (**1017**) sowie Profis (**1001**). Dies hat nicht zuletzt seinen Grund darin, dass die Medikamente zu hoch dosiert werden nach Ansicht von Betroffenen (pt) und Profis (hg).

ds und df gehen auf die Persönlichkeitsveränderung durch Medikamente ein und wie diese sich auf den Charakter einer Person auswirken können. Es ist unklar, ob dies als Nebenwirkung oder als erwünschte Wirkung zählt.

Auf Alternativen zu Medikamenten geht vor alle rw1 ein. Sie findet vor allem den Einsatz von Medikamenten dann falsch, wenn dies nur dazu dient anderen Personen das Leben zu erleichtern.

TYPIK III: Zwang

in der Klinik (**1017**)	körperliche Gewalt (selbst) (**1017**, **1020**)
an der Schnittstelle (Betreuer) (**1008**)	Körperliche Gewalt als Zeuge (**1017**, 1021**)
außerhalb der Klinik (**1018**)	Vom Hörensagen (**1013**, **1019**), aus dem Lehrbuch (**1016**)

Mit Typik III soll eine differenzierte Dimensionalisierung der Kategorie "Bedeutung von Zwangsmaßnahmen für die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen" erstellt werden. Neben den gängigen Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) wurden in den Interviews weitere Bereiche genannt, in denen Zwang auf den psychisch kranken Menschen ausgewirkt wird. Dieser kann sowohl in der Klinik als auch außerhalb der Klinik oder an der Schnittstelle stattfinden. Zwang muss dabei nicht immer mit Gewalt verbunden sein, kann aber mit Gewalt verbunden sein. Manche der Befragten kennen Zwangsmaßnahmen nur vom Hörensagen (**1013**) oder aus dem Lehrbuch (**1016**). Andere haben selbst Erfahrungen mit Zwang gemacht oder sind Zeuge von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie geworden.

Während niemand über Isolierung sprach in den Interviews, wurde mehrfach über Fixierung gesprochen (**1017**, **1014**, **1012**, **1010**). **1014** wurde Zeuge einer Fixierung und der meist damit einhergehenden Gewaltanwendung. **1017** wurde mehrfach Zeuge und selbst fixiert. **1012** und **1010** sprechen als Angehörige über diese Maßnahme, die sie als nicht gut bewerten. Zwangsmedikation ist eher indirekt Thema und wurde zum Teil im Zusammenhang mit Fixierung thematisiert (**1017**, **1014**).

Auch außerhalb der Klinik wurde Zwang erlebt. Zum Beispiel wurde die Pflichtversicherung in der Krankenkasse von einem der Probanden als Zwang erlebt. Auch die Auflage zur Therapie zu gehen, um weiter Geld vom Arbeitsamt zu bekommen, wurde als Zwang erlebt (**1018**). Der Zwang an der Schnittstelle von stationär und ambulant bezieht sich auf ein Betreuung, die im Selbstlauf, also ohne Wissen und Einverständnis der Betroffenen und Angehörigen eingerichtet wurde. Dieses Vorgehen wurde als Zwang erlebt von den Angehörigen, die die Betreuung dann übernahmen (**1008**).

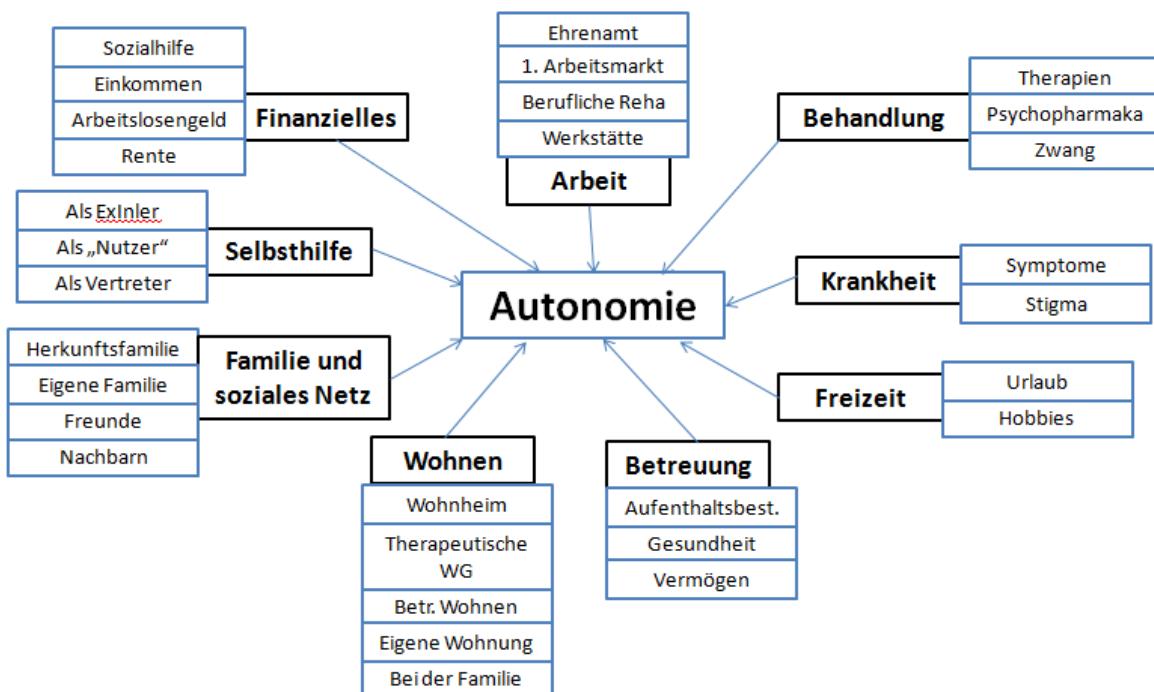
So können zu vielen der Kategorien, die oben erwähnt wurden, Subkategorien gebildet (siehe Vorsorge als eine autonomiefördernde Maßnahme) und Dimensionalisierungen (siehe Psychopharmaka und Zwang) vorgenommen werden. "Entweder wird das Kategorienschema [...] um *zusätzliche Kategorien* ergänzt. Oder es werden die anfänglich empirisch weitgehend gehaltlosen Kategorien durch empirisch gehaltvolle *Subkategorien* ergänzt und empirisch angereichert" (Kelle & Kluge 2010, 73). Vorschläge für zusätzliche Kategorien sollen in den nächsten beiden Kapiteln der Arbeit näher betrachtet werden.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Von den insgesamt 33 Interviews wurden 21 Interviews ausgewertet. Sie wurden anhand theoretischer Kriterien ausgewählt (Theoretical Sampling). Diese beziehen sich vor allem auf die Themen, die in den Interviews besprochen wurden. Es lässt sich festhalten, dass Autonomie bzw. Selbstbestimmung in der Sozialpsychiatrie ein wichtiges Thema ist. Andere Themen wie Inklusion, Teilhabe und Menschenwürde wurden ebenfalls angesprochen. Die Aussagen der Probanden weichen zum Teil erheblich voneinander ab in ihren Antworten auf die gestellten Fragen. Manche Probanden setzten den Schwerpunkt stark auf das Finanzielle, manche auf die Arbeitssituation, manche auf persönliche Erfahrungen im Krankenhaus. Das Thema Zwang wurde in allen Interviews angesprochen und von vielen der Probanden als

größte Einschränkung der Autonomie wahrgenommen. Obwohl die Einschränkung durch den Zwang in der Psychiatrie sicherlich von großer Bedeutung ist, betrifft dies eher den Bereich „Freiheit“ und nicht so sehr Autonomie. Zudem geht es hierbei „nur“ um Handlungsfreiheit und nicht so sehr um „Willensfreiheit“. Die Einschränkung der „Willensfreiheit“ durch Medikamente oder die Krankheit selbst wurde von weniger Probanden als große Einbußen in der Autonomie wahrgenommen.

Die drei Therapeuten vertraten die differenziertesten Konzepte von Autonomie. Sie gingen ausführlich auf die einzelnen Fragen zur Selbstbestimmung bei psychisch Kranken ein. Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf die Autonomie-Begriffe, wie vor allem daran gesehen werden konnte, dass je eigene Gegenbegriffe zu dem der Autonomie gefunden und besprochen wurden. In der Frage nach der Bedeutung der persönlichen finanziellen Situation wichen die drei Probanden deutlich voneinander ab. Während ****1003**** die Wichtigkeit der finanziellen Ressourcen ausführlich beschreibt sowie die Knappheit der dem Betreuten zur Verfügung stehenden Mittel, hielt ****1002**** das Thema für überschätzt und auch ****1001**** ging nur wenig darauf ein, wobei er die finanzielle Situation als unabhängig vom Gesundheitszustand des Einzelnen beschrieb.



Autonomierelevante Themen, die in den Interviews zur Sprache kamen

Viele der Befragten unterschieden zudem zwischen einer akuten Phase, in der das Treffen von (medizinischen) Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung nur eingeschränkt

möglich sind. Im Großen und Ganzen sind sich die Befragten allerdings einig, dass psychisch kranke Menschen (medizinische) Entscheidungen für sich treffen und die Verantwortung für sich und ihr Leben übernehmen können. Diese Ergebnisse sind erstaunlich, da in den philosophischen Debatten meist vom Gegenteil ausgegangen wird.

Zwischen den drei Gruppen, den Betroffenen, Angehörigen und Profis wurden erstaunlich wenig Unterschiede gefunden. Allerdings gibt es gewisse Tendenzen das Wohl des Betroffenen anstatt dessen Willen an erste Stelle zu stellen bei den Angehörigen und bei den Profis. Ausgehend von den Antworten in den Interviews ist es durchaus möglich verschiedene Grade von Autonomie zu unterscheiden, vor allem wenn man sich auf verschiedene (Lebens-)Bereiche bezieht, in denen Autonomie umgesetzt werden kann. Diese Bereiche können sein: die Herkunftsfamilie, die eigene Familie, das Arbeitsleben, die Freizeit, die finanziellen Angelegenheiten, die Wohnform, aber auch die Krankheit und der Umgang damit sowie die Behandlung, die Betreuung und die Selbsthilfe. In all diesen Bereichen kann mehr oder weniger Autonomie realisiert sein. Eine Zwangsbehandlung schränkt die Autonomie ebenso ein wie knappe finanzielle Ressourcen oder fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten. Der psychisch kranke Mensch befindet sich hier in Abhängigkeit von seinen Ärzten, seinem Betreuer und dem Arbeitsmarkt bzw. Angeboten von psychosozialen Einrichtungen. Die Abhängigkeiten, in denen sich ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung befindet unterscheiden sich erst mal wenig von denen, in denen sich Menschen befinden, die keine psychische Erkrankung haben. In den einzelnen Bereichen kann die Autonomie des Menschen mit einer psychischen Erkrankung jedoch stark eingeschränkt sein aufgrund seiner Erkrankung, aufgrund der Behandlung seiner Erkrankung oder aufgrund von gesellschaftlichen Barrieren.

Auf die Frage nach Projekten oder Maßnahmen, die die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördern, antworteten die Probanden sehr unterschiedlich. Manche mussten erst Hinweise bekommen, bis ihnen solche Projekte einfielen, andere kannten eine ganze Reihe von Projekten und differenzierten wenig. Andere betonten, dass sie nur bestimmte Projekte für autonomiefördernd hielten, während manche Projekte die Autonomie nicht fördern würden, obwohl sie so konzipiert seien. Unter den Befragten, die Ex-In kannten, bestand Einigkeit, dass dieses Projekt die Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen fördere. Dass Autonomie ein wichtiges Therapieziel sei, das mit Hilfe von therapeutischen Maßnahmen erreicht werden soll, wurde von einem Profi angesprochen. Daher verwundert es auch nicht,

dass viele der gängigen Angebote (Reha-Maßnahmen, Betreutes Wohnen etc.) als autonomiefördernd eingestuft wurden.

Sehr wenig wurde in den Interviews auf Patientenautonomie als freiwillige informierte Einwilligung eingegangen. Autonomie oder Selbstbestimmung wurde von vielen unter dem Aspekt des Widerstands gegen die Behandlung betrachtet. Dass Autonomie in der Psychiatrie nicht immer mit Widerstand gegen die Behandlung verbunden sein muss, ging nur aus wenigen Aussagen hervor. Das Recht auf Selbstbestimmung wurde primär als Abwehrrecht gedeutet. Im Theorienteil wurde das Recht auf Autonomie in drei Rechte unterteilt, die dann auch in die Leitfäden der Interviews Eingang fanden: Das Recht über die medizinische Behandlung zu entscheiden, das Recht als Person wahrgenommen zu werden und das Recht in sozialen Beziehungen zu leben. Es konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass diese Aufteilung des Rechts auf Selbstbestimmung notwendig oder hinreichend ist. Für die Architektur des Fragebogens erwies sich die Einteilung als nützlich. Entscheidungs-/ Handlungsautonomie kann als eigene Kategorie neben personaler Autonomie und relationaler Autonomie wahrgenommen werden. Weitere Differenzierungen sind denkbar z.B. verlängerte Autonomie, wie sie in Patientenverfügungen auftritt. Wichtig scheint zu sein, dass Autonomie nicht als einziges Recht dem Patienten zugeschrieben wird. Andere Rechte und Pflichten des psychisch kranken Menschen sind ebenfalls von Bedeutung.

Während also die philosophische Diskussion Menschen mit psychischen Erkrankungen als nur eingeschränkt oder gar nicht zur Autonomie fähig beschreibt, da die Fähigkeiten für autonomes Entscheiden und zum Teil überhaupt für Personsein abgesprochen werden, weisen viele der hier gesammelten Aussagen aus den Interviews darauf hin, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Lage dazu sind 1) (medizinische) Entscheidungen für sich zu treffen, 2) Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen und 3) ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben. Neben der Kompetenz zu und dem Recht auf Selbstbestimmung sollte noch nach dem Wert der Selbstbestimmung gefragt werden. Dieser ist für die drei Gruppen recht unterschiedlich. Während Betroffene der Selbstbestimmung oft einen sehr hohen Wert zuschreiben, insbesondere wenn sie Erfahrungen mit Einschränkungen in der Selbstbestimmung gemacht haben, stellt Autonomie für die Profis und die Angehörigen zwar ein wichtiges Thema dar, aber andere Werte scheinen im Vordergrund zu stehen, z.B. Fürsorge und Nicht-Schaden.

Auf die Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen gingen die Profis ein. Dieses Thema wurde allerdings kaum von den Betroffenen und Angehörigen aufgegriffen. Nur zwei der insgesamt 14 Betroffenen haben eine Patientenverfügung. Im Gegensatz dazu steht die hohe Zahl der Betroffenen und auch der Angehörigen, die an trialogischen Veranstaltungen teilnehmen. Während die Methode des Open Dialogue aus Finnland ebenfalls nur von den Profis angesprochen wurde, thematisierten mehrere Betroffenen und Angehörige Ex-In. Die Ex-In Ausbildung wurde von der Mehrheit der Betroffenen und Angehörigen als bedeutsam für die Förderung von Autonomie in der Psychiatrie betrachtet. Kritische Stimmen gab es wenige. Allerdings besteht die Sorge, dass es nicht ausreichend und eventuell keine angemessenen Stellen für Ex-Inler geben könnte.

5.3 Grenzen der Studie

Ein Faktor, der bei der Frage nach der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen eine wichtige Rolle spielt, wurde im Leitfaden nicht angemessen berücksichtigt: Die Bedeutung der Arbeit bzw. einer Beschäftigung ist für viele Betroffene und Angehörige sehr hoch, wie aus manchen Interviews klar hervorgeht (**1023**, **1016**, **1021**, **1022**, **1008**, **1019**).

Während die Interviewstudie mit den Betroffenen vor allem auf die Erfahrungen mit ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung abzielte, sprachen manche Betroffene über ihr Erfahrungen mit der Krankheit statt mit der Behandlung (**1025**, **1021**). Außerdem sprachen manche mehr über ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Behandlung (**1013**).

Manche Betroffene und Profis sprachen über die Einschränkung der Selbstbestimmung durch die Krankheit(ssymptome) (**1018**, **1015**, **1001**). Auch angesichts des theoretischen Teils dieser Arbeit, in dem die Einschränkung der Selbstbestimmung als wichtige Voraussetzung der Feststellung von Fähigkeit zur Selbstbestimmung beschrieben wurde, hätte diese Kategorie explizit mit in die Befragung aufgenommen werden sollen.

Mehrere Betroffenen kamen auf Todesfälle zu sprechen, die sich in ihrem näheren persönlichen Umfeld (Lebensgefährtin, Eltern, Freunde) zugetragen haben (**1024**, **1017**, **1022**, **1014**, **1021**). Auf dieses Thema konnte angesichts der Komplexität der Befragung nicht ausreichend eingegangen werden. Es scheint jedoch von größerer Relevanz zu sein für die Autonomie dieser Personen.

Literatur

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and lectures 12-16 October 1997*. London: Sage.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(3), 179-191.
- Ach, J. S. (2013) (Hrsg.). *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*. Paderborn: mentis.
- Ach, J. S., & Schöne-Seifert, B. (2013). „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse. In C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 42-60.
- Ameling, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Ameling, M. (2009). „Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit.“ Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 58-69.
- Anderson, J. (2013). Relationale Autonomie 2.0. In C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 61-76.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. In *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(1), Art 30, <http://nbn-resovling.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302>.

Bock, T., Dörner, K., & Naber, D. (hg.) (2004). *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Bock, T., & Priebe, S. (2005). Psychosis Seminars. An Unconventional Approach. *Psychiatric Services*, 56(11), 1441-1443.

Bohnsack, R. (2006). Fokussierungsmetapher. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. (2. Aufl.) Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 67f.

Bohnsack, R. (2013). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann, & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer. doi 10.1007/978-3-531-19895-8_11

Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden* (9. Aufl.). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Borbé, R. (2013). Patientenautonomie in der Psychiatrie. In C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 190-204.

Brody, H. (2003). *Stories of Sickness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Buchanan, A. E., & Brock, D. W. (1990). *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press.

Christman, J. (1991). Autonomy and Personal History. *Canadian Journal of Philosophy* 21(1), 1-24.

Conraths, U. (1998). Erfahrungen in Worte fassen. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 82-85.

Corbin, J. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.

Custodis, K., & Steger, F. (2007). Stigma und Diskriminierung. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In F. Steger (Hrsg.), *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 51-66.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005) (Hrsg.). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.

Dworkin, G. (1970). Acting Freely. *Nous* 4, 367-83.

Dietz, A., Pörksen, N., & Voelzke, W. (Hrsg.) (1998). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dörner, K., Plog, U., Teller, C., & Wendt, F. (2013). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (22. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Düber, M., Rohrmann, A., & Windisch, M. (Hrsg.) (2015). *Barrierefreie Partizipation. Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer neuen Kultur der Beteiligung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Faden, R. & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. Chicago; London: Chicago University Press.

Frankfurt, H. (1971). Freedom of the Will and the concept of a person. *The Journal of Philosophy* 68(1), 5-20.

Fuchs, T. (2008). *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*. Kusterdingen: Die Graue Edition.

Fuchs, T. (2010). Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und ihre Anwendung. *Die Psychiatrie* 7, 235-241.

Goffman, E. (1986). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York; London; Toronto: Simon & Simon Inc.

Graumann, S. (2011). *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Campus: Frankfurt am Main.

Gruber, H. (1999). *Erfahrung als Grundlage kompetenten Handelns*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Grüber, K. (2015). Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erkennen, überwinden und beseitigen. In G. Geiger, & M. Lengsfeld (Hrsg.), *Inklusion – ein Menschenrecht. Was hat sich getan, was kann man tun?* Opladen; Berlin; Toronto: Verlag Barbara Budrich, 111-126.

Hansen, H. (2013). *Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Männer und Frauen berichten*. Neumünster: Paranus Verlag.

Heinz, A. (2014). *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Heller, U. (1998). Angst vor erneuter Einweisung verloren. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79.

Helmchen, H. (2005). Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 77, 271-275.

Helmchen, H. (2010). *Ethics in psychiatry: European contributions*. International library of ethics, law, and the new medicine: Vol. 45. Dordrecht: Springer.

Henking, T., & Vollmann, J. (2014). *Gewalt und Psyche. Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand*. Baden-Baden: nomos.

Jahnke, B. (2012). *Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit Ex-In zum Genesungsbegleiter*. Neumünster: Paranus Verlag.

Jahnke, B. (2015). Einmal Psychiatrie und zurück – ein Erfahrungsbericht. In T. Degener, & E. Diehl (Hrsg.), *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 248-252.

Jennings, B. (2007). Autonomy. In B. Steinbock (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 72-89.

Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kennett, J. (2007). Mental Disorder, Moral Agency, and the Self. In B. Steinbock (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 90-113.

Kipke, R. (2014). Autonomie als Element des guten Lebens. In R. Anselm, J. Inthorn, L. Kealin, & U. Körtner (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, 67-84.

Kleemann, F., Krähnke, U., & Matuschek, I. (2013). Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens (2., korrig. und aktual. Auflage). Wiesbaden: Springer.

Knuf, A. (2006). *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Knuf, A., Osterfeld, M., & Seibert, U. (Hrsg.) (2007). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Körtner, U. (2014). Autonomie – Erziehung – Entfaltung. In R. Anselm, J. Inthorn, L. Kealin, U. Körtner (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, 13-18.

Lindemann Nelson, H. (1997) (Hrsg.). *Stories and their Limits. Narrative Approaches to Bioethics*. London; New York: Routledge.

Mackenzie, C. & Stoljar, N. (1999). *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. New York: Oxford University Press.

Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, & Bock T. (2014). Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 27(4), 276-81.

Moran GS, Russinova Z, Gidugu, V. Yim, JY, & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual. Health Res.* 22(3), 304-19.

Mürner, C., & Sierck, U. (2015). Der lange Weg zur Selbstbestimmung. Ein historischer Abriss. In T. Degener, & E. Diehl (Hrsg.), *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht –Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 25- 27.

Naik, A.D., Dyer, C.B., Kunik, M.E., & McCullough, L.B. (2012). Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-conceptualization. *Am J Bioethics*, 9(2), 23-30.

Nida-Rümelin, J. (2009). *Philosophie und Lebensform*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nohl, A.-M. (2009). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Nolde, E. (2015). Partizipation und Psychiatrie. In M. Düber, A. Rohrmann, & M. Windisch (Hrsg.), *Barrierefreie Partizipation. Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer neuen Kultur der Beteiligung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa, 308-318.

Nordström, K. (2009). *Autonomie und Erziehung. Eine ethische Studie*. Freiburg; München: Karl Alber.

Nussbaum, M. (1991). *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge: Belknap Press.

O'Neill, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics. Gifford lectures: Vol. 2001*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Prins, S. (2010). *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen* (2. Aufl.). Neumünster: Paranus Verlag.

Quante, M. (2002). *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Radoilska, L. (2012). Introduction: personal autonomy, decisional capacity, and mental disorder. In L. Radoilska (Hrsg.), *Autonomy and Mental Disorder*. New York: Oxford University Press, ix-xli.

Rahn, E. (2011). Empowerment als Paradigma für psychosoziale Beratung in der Psychiatrie. In A. Lenz (Hrsg.), *Empowerment: Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Repper J, Carter T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20(4):392-411.

Schicktanz, S., & Jordan, I.(2013). Kollektive Patientenautonomie. Theorie und Praxis eines neuen bioethischen Konzepts.In. C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 287-302.

Schöne-Seifert, B. (2007). *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart: Kröner.

Schramme, T. (2000).*Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt am Main: Fischer.

Schramme, T. (2002). *Bioethik*. Frankfurt/Main: Campus.

Schramme, T. (2012). *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp.

Schramme, T.(2013). Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie. In J. S. Ach (Hrsg.), *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*. Paderborn: mentis, 263-281.

Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical. *The Australianand New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193.

Seikkula, J., & Olsen M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(3), 192-202.

Steinfath, H., & Pindur, A.-M. (2013). Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie. In C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 27-41.

Steger, F. (Hrsg.) (2007). *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie*.Gießen: Psychosozial-Verlag.

Steger, F., & Seidel, C. (2007). Psychisch anders? Überlegungen zu Personsein und Identität. In F. Steger (Hrsg.), *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 31-50.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Strawson, P. F. (1982). Freedom and Resentment. In G. Watson (Hrsg.) *Free Will*. Oxford: Oxford University Press, 59-80.

Tryba, B. (1998). Aspekte der Qualitätssicherung und Kontrolle. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 119-124.

Utschakowski, J., Sielaff, D., & Bock, T. (Hrsg.) (2009). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, J. (2009). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 82-90.

Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (2009). Einführung: Die Psychiatrie auf dem Weg zur Erfahrungswissenschaft. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 9-11.

Van Haaster, H. (2009). Der Wert der Erfahrung. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 48-57.

Von Unger, H. (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(1), Art. 7, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176>

Voelzke, W. (1998). Sinn und Zweck, Chancen und Grenzen der Behandlungsvereinbarung. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 16-28.

Vollmann, J. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik*. Stuttgart: Kohlhammer.

Waldschmidt, A. (2012). *Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer* (2., korrig. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Wiesemann, C., & Simon, A. (Hrsg.) (2013). *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis.

Wiesemann, C. (2013). Die Autonomie des Patienten in der modernen Medizin. In C. Wiesemann, & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: mentis, 13-26.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf

Zinkler, M. (1998). Kaufbeuren. Probephase bestanden. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 55-58.