

Martina Pistor

**Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren
Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-
Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem**

Martina Pistor

Die (Un-)Möglichkeit,
sich zu beschweren

Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-
Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Martina Pistor

Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren

**Das Erleben von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung im
psycho-sozialen Hilfesystem**

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Martina Pistor

ISBN 978-3-947502-53-0

Technische Redaktion: Meike Kappensteine

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

Den Vielen, die mich in einer schweren Zeit unterstützt haben:
Ohne Euch hätte ich es nicht geschafft.
Danke.

Mein Dank gilt Carolin Freier für die freundschaftliche und überaus lehrreiche Begleitung während meines Studiums und insbesondere während meiner Bachelorarbeit. Danke für alles, was Du mir beigebracht hast. Danke auch Dzifa Vode für Schreibberatungen und vieles, was ich lernen durfte. Ich danke Melanie Roch und Nekisa Bagheri dafür, dass sie meine Frage in ihr Interview aufgenommen und mir zur Verfügung gestellt haben. Danke auch Erik Petter für die wichtigen Impulse zum Thema Kritische Psychologie. Und danke Euch, liebe Kinder, für Eure Geduld, wenn ich die meine schon verloren hatte.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Theoretische Bezüge.....	2
2.1	Stigma	3
2.2	Macht	5
2.3	Salutogenese.....	12
2.4	Empowerment	16
2.5	Beschweren.....	26
3	Methode	30
3.1	Datenerhebung.....	30
3.2	Auswahl der Interviewpartner*innen: Theoretical Sampling.....	32
3.3	Auswertung der Daten	36
4	Interviews: Wie Menschen ihre Psychiatrie-Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem erleben	38
4.1	Interview 1: „In der Geschlossenen bist Du in einem rechtlosen Raum.“	38
4.2	Interview 2: „Ich möchte ja mein selbstbestimmtes Leben machen – trotzdem.“	39
4.3	Interview 3: „Ich hab' jederzeit das Recht, mich zu beschweren und muss nicht alles hinnehmen.“	40
4.4	Interview 4: „I don't imagine that the place I call to complain will be willing to support me in English.“	42
4.5	Interview 6: „Ich hab' irgendwann vor ein paar Jahren beschlossen, ich geh nicht mehr in die Klinik.“	43
4.6	Interviewfragmente.....	44
5	Ergebnisse: Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren	46
5.1	Anlässe, sich tatsächlich zu beschweren.....	46
5.2	Verhinderte Anlässe, sich zu beschweren.....	47
5.3	Unzufriedenheiten, die kein Anlass zur Beschwerde werden	49
5.4	Folgen einer Beschwerde	51
5.5	Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Voraussetzungen.....	57
6	Diskussion: Fragen von Gesundheit und Macht	70
6.1	Gesundheit, Krankheit und die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Das Salutogenese-Modell.....	70
6.2	Empowerment und Beschweren	79

6.3	Beschweren und Stigma.....	83
6.4	Beschweren und Macht.....	97
6.5	Möglichkeiten und Unmöglichkeiten des Beschwerens	112
7	Und nun? Ein Ausblick	116
7.1	Limitationen	116
7.2	Weitere Forschungsinteressen	116
	Literaturverzeichnis.....	118
A	Anhang	A1
A.1	Interview-Leitfaden: Psychiatrie-Erfahrene	A1
A.2	Interview-Leitfaden: Ergänzungen Expert*innen-Interviews.....	A4
A.3	Interview-Leitfaden: Ergänzungen Betroffeneninterview	A5
A.4	Transkriptionsregeln.....	A6
A.5	Domänen von Stigmatisierung.....	A7

1 Einleitung

Im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem sollen Menschen mit psychiatrischen Störungen Hilfe und Unterstützung erfahren. Gleichwohl können sie sich unter Umständen auch als den Helfenden ausgeliefert erleben. Dies umso mehr, als dass die Behandlung mit Übergriffen einhergehen kann: Sprachliche Zuschreibungen können verletzen, Hilfsgesuche ungehört verhallen, Hilfsangebote die Selbstbestimmung der Betroffenen einschränken. Medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen ist üblich, aber umstritten; in Krisensituationen können Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden und insbesondere im stationären Bereich berichten Betroffene und Angehörige, aber auch Mitarbeiter*innen teils über erschütternde Zustände (z. B. Stolz et al., 2015).

Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich einen ersten Einblick ins Feld gewinnen und einen Eindruck davon erhalten, was Psychiatrie-Erfahrene erleben und welchen Sinn sie den Ereignissen geben. Dabei ist es mir wichtig, den Betroffenen Gehör zu verschaffen und ihre Stimme in den Mittelpunkt zu rücken.

Ich untersuche die Frage: Wie erleben Psychiatrie-Erfahrene die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren? Worüber wollen sie sich beschweren, welche Hürden haben sie zu überwinden und an welchen Hürden scheitern sie? Und: worüber beschweren sie sich nicht?

Die folgende Arbeit liefert zunächst einen Überblick über verwendete theoretische Bezüge. Dann folgen Methodik und eine Zusammenfassung der geführten Interviews. Danach diskutiere ich das Interviewmaterial vor dem Hintergrund der eingeführten Theorien und schließe einige Überlegungen zur Ausgestaltung von Beschwerdestellen an, bevor ich zum Schluss die Ergebnisse zusammenfasse.

2 Theoretische Bezüge

Zunächst eine Vorbemerkung. Begriffe sind machtvoll, hinter Begriffen stehen Konzepte. Begriffe können stigmatisieren oder empowern, objektivieren oder subjektiveren. Daher strebe ich eine sorgfältige Wahl meiner Worte an, auch wenn die mir zur Verfügung stehenden Begriffe mir manches Mal unzulänglich erscheinen.

Hinter dem Begriff einer psychischen Erkrankung steht ein biomedizinisches Bild einer gestörten Organfunktion. Der Begriff der Störung weist darüber hinaus und begreift die Individuen als Subjekte in soziale Kontexte eingebettet. Der Begriff wird im amtlichen Diagnoseschema ICD-10 genutzt. Ich verwende den Begriff im Bewusstsein dessen, dass er eine stigmatisierende Konnotation des gestört-Seins hat und diagnostische Zuschreibungen Macht ausdrücken.

Selbsthilfe-Gruppen bezeichnen sich oft als Psychiatrie-Erfahrene oder Psychiatrie-Betroffene, mitunter auch als Überlebende. Dabei scheint synonym von Erfahrenen und Betroffenen gesprochen zu werden (Psychiatriennetz, 2020), wobei der Begriff der Betroffenen ursprünglich emanzipatorisch gedeutet wurde, was allerdings über die Jahre verloren gegangen zu sein scheint (Wagner, 2017). Heute klingt bei „Betroffenen“ Betroffenheit und eine stärker passivierte Position mit, wie Quindel anhand einer Diskussion dieser Frage im Berliner Weglaufhaus¹ illustriert: „Wer gilt als ‚betroffen‘? Ist das eine besondere Auszeichnung? Ist ‚betroffen sein‘ nicht eine zu passive Beschreibung? Paßt [sic] ‚Erfahrene‘, ‚NutzerInnen‘, ‚Überlebende‘ als Bezeichnung besser?“ (Quindel, 2000, S. 26) Ich verwende in der vorliegenden Arbeit überwiegend den Begriff der „Psychiatrie-Erfahrenen“, weil er eine Erfahrung (die in ihrer Deutung noch offen bleibt) und eine Subjektposition impliziert, die diese Erfahrung angeben kann.

Darüber hinaus möchte ich für die vorliegende Arbeit die Bemerkung Klaus Dörners aufgreifen, von „Bewohner*innen“ zu sprechen sei „bei Strafe zu verbieten“ (Dörner, 2004a, S. 24), weil niemand darauf reduziert werden dürfe, dass sie*er irgendwo wohnt. Daher bezeichne ich diejenigen Menschen, die beispielsweise in einer Einrichtung des ambulant betreuten Wohnens leben, als Nutzer*innen dieser Einrichtung.

Um die Erfahrungen der Interview-Partner*innen zu verstehen und die Interviews zu analysieren, verfolge ich zwei grundlegende theoretische Stränge. Erstens wird mithilfe des Salutogenese-Modells von Aaron Antonovsky (Bengel et al., 2001) sichtbar, welche Rolle es im Recovery²-Prozess spielen kann, ob man erlebten Missständen im Rahmen einer Beschwerde entgegentreten kann – oder auch nicht. Hier zeigen sich Voraussetzungen und Folgen der (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren. Um von dieser individuellen Perspektive den Blick zu

¹ Das Berliner Weglaufhaus ist eine antipsychiatrische Einrichtung, wohnungslose psychiatrisierte Menschen finden hier eine Unterkunft abseits von therapeutischen Anforderungen.

² Recovery ist ein Konzept, in dem das Wiedererlangen von Gesundheit im Fokus steht. Amering und Schmolke (2012, S. 34) definieren, „dass es bei Recovery um die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben innerhalb der Gesellschaft geht.“ Diese Entwicklung wird als prozesshaft beschrieben, wobei das Ziel nicht zwangsläufig eine „Rückkehr zum Normalzustand“ (ebd., S. 27) ist, sondern ein Leben mit Symptomen der Krankheit und Behinderungen im Alltag sein kann, aber aus der Auseinandersetzung mit der Erkrankung durchaus auch ein Gewinn darüber hinaus gezogen werden kann (ebd., S. 27). Es finden sich bei diesem Konzept Anknüpfungspunkte sowohl für Salutogenese als auch für Empowerment.

weiten auf strukturelle Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren, beziehe ich zunächst Ansätze von Empowerment und darüber hinaus Stigmatisierungs- und Machttheorien mit ein.

2.1 Stigma

Erving Goffman prägte in den 1960-er Jahren den Begriff Stigma, um zu beschreiben, wie Menschen aufgrund von zugeschriebenen oder sichtbaren Eigenschaften ausgegrenzt und diskriminiert werden. Dabei liegt das Diskreditierende nicht in der Natur der Eigenschaft, sondern in der Beziehung der Menschen zueinander begründet. (Goffman, 2018b, S. 11) Unter diese diskreditierenden Eigenschaften fasste Goffman körperliche Abweichungen, also Erkrankungen und Behinderungen, aber auch psychische Erkrankungen, sexuell abweichende Identität, politische Ansichten oder Arbeitslosigkeit und soziale Zuschreibungen wie Klasse, „Rassen“-Zugehörigkeit und Nationalität (ebd., S. 12–13). Aufgrund solcher Eigenschaften sind stigmatisierte Personen im individuellen Kontakt und auf gesellschaftlicher Ebene Diskriminierungen ausgesetzt, „durch die wir ihre Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren“ (ebd., S. 13–14). Beispielsweise ist es für Psychiatrie-Erfahrene oft schwerer, eine Wohnung oder eine Arbeitsstelle zu finden, wenn ihre Diagnose potentiellen Arbeitgeber*innen oder Vermieter*innen bekannt wird. Diese Stigmata und das Wissen um ihre gesellschaftliche Ächtung, so Goffman, beschädigen die soziale Identität der Stigmatisierten (ebd., S. 30). Sie erleben sich als minderwertig oder ausgeschlossen.

Der tatsächlichen Diskriminierung sind zwei weitere Ebenen der Stigmatisierung vorgelagert. Zunächst finden sich auf kognitiver Ebene Stereotype, beispielsweise: „Schizophrene sind gefährlich“. Die bloße Kenntnis eines solchen Stereotyps bedeutet allerdings nicht, dass man diesem auch zustimmt. Diesen wertenden Charakter nehmen Vorurteile an, die dann eine emotionale Komponente (oft Angst oder Ärger) entwickeln können. Die tatsächliche Diskriminierung als dritte Ebene ist dann die Verhaltensebene. Hierunter fällt beispielsweise ein Vermeiden von Kontakt (z. B. bei Angst) oder feindseliges Verhalten (z. B. bei Ärger) (Thornicroft et al., 2007, S. 193; Corrigan & Watson, 2002, S. 37).

Diese drei Ebenen finden sich wiederum jeweils in drei Interaktionsfeldern wieder: Eine Person kann strukturell stigmatisiert werden (wenn z. B. eine Verbeamtung abgelehnt wird, weil ein*e Bewerber*in eine Psychotherapie absolviert hat). Sie kann von anderen stigmatisiert werden (beispielsweise, wenn jemand ein Rendezvous abbricht, weil sie*er von der Borderline-Diagnose der*des Gegenübers erfährt). Von hoher Relevanz für Psychiatrie-Erfahrene ist die Selbststigmatisierung (Goffman, 2018a, S. 48), beispielsweise von der eigenen Minderwertigkeit überzeugt zu sein³. Die Folge einer solchen Selbststigmatisierung kann ein reduziertes Selbstwertgefühl und eine reduzierte Selbstwirksamkeit sein, oft mit negativen Folgen für Lebensziele und -zufriedenheit (Corrigan & Watson, 2002). Dabei weist Knuf (2005) auf die dialektische Verquickung von Fremd- und Selbststigmatisierung hin: Primär ist grundsätzlich das Fremdstigma, das die betroffene Person übernimmt und auf sich selbst anwendet. Gleichzeitig macht die Selbststigmatisierung überhaupt erst anfällig dafür, die Stigmatisierung durch andere zuzulassen und nicht als ungerechtfertigt zurückzuweisen. Empfindet die stigmatisierte Person das Stigma nämlich als ungerecht, ist auch ein gegenteiliger Effekt möglich: Eine

³ Diese Selbststigmatisierung kann als Mechanismus verstanden werden, wie ein Dispositiv (vgl. Abschnitt 2.2, S. 8) wirkt, indem die betreffende Person die herrschenden Normalitäten inkorporiert.

Indifferenz oder berechtigte Empörung („*righteous anger*“) (Corrigan & Watson, 2002). Die psychiatrische Forschung geht insgesamt trotzdem davon aus, dass sich Selbststigmatisierung negativ auf Recovery-Prozesse auswirkt (Oexle et al., 2018).

2.1.1 Stigma als zweite Krankheit

Um abschätzen zu können, in welchem Maße Menschen mit psychischer Störung gesellschaftliche Teilhabe realisieren können, wurde die BAESCAP-Studie durchgeführt⁴. Dazu wurden Menschen befragt, deren psychische Störung als gravierend eingeschätzt wurde⁵ (Heim, 2020, S. 33).

Die Studie ergab, dass Menschen mit einer psychischen Störung deutlich seltener (24 %) in Partnerschaften leben als der Durchschnitt der Bevölkerung (80 %, Sozioökonomisches Panel, SOEP). Sie haben ein deutlich reduziertes soziales Netz und ein niedrigeres Bildungsniveau. Während zwei Drittel der Durchschnittsbevölkerung einer Erwerbsarbeit nachgehen, sind es unter den Befragten nur 40 % – wobei eine geschützte Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen als Erwerbsarbeit mit einbezogen wurde (ebd., S. 44–49).

Rund die Hälfte der für BAESCAP Befragten hat bereits Erfahrungen mit Stigmatisierung gemacht oder erwartet, für ihre psychische Erkrankung stigmatisiert zu werden. Dabei stellte sich heraus, dass Stigmatisierung um so häufiger erlebt (und in der Folge auch antizipiert) wurde, je schlechter das soziale Umfeld der Betroffenen war. Und: Je mehr Stigma-Erfahrungen eine Person gesammelt hat, desto wahrscheinlicher bewertet sie ihre Lebenssituation insgesamt kritisch (ebd., S. 79–82). Menschen mit psychischen Störungen im Bezug von Eingliederungshilfe sind also relevant von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen.

Im Zusammenhang mit Stigmatisierung Psychose-erfahrener Menschen⁶ spricht Asmus Finzen von einer „zweiten Krankheit [...]. Seine Bewältigung [...] wird somit zur selbstverständlichen Aufgabe bei der Behandlung Psychosekranker“ (Finzen, 2013, S. 18). Dabei können die Auswirkungen der Stigmatisierung diejenigen der ursprünglichen Erkrankung durchaus übertreffen (Thornicroft et al., 2007), auch die Nebenwirkungen einer psychiatrischen (medikamentösen) Behandlung können stärker stigmatisierend wirken als die Erkrankung selbst (Sartorius, 2002, S. 1471). Nach Amering & Schmolke, 2012, S. 225 erschwert Stigmatisierung den Zugang zum Hilfesystem und die Behandlung für Betroffene wie Angehörige: „Stigmatisierung ist eines der großen Hindernisse für Recovery“ (ebd., S. 225).

Dabei können Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems Psychiatrie-Erfahrenen helfen, die Folgen der Stigmatisierung zu überwinden. Oft genug ist das Versorgungssystem jedoch Teil des Problems:

⁴ Die BAESCAP-Studie (Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern et al., 2018) ist leider aufgrund der Bibliotheksschließungen nicht verfügbar gewesen.

⁵ Einschlusskriterium war der Bezug von Eingliederungshilfe, die Wohnform war dabei nicht von Belang.

⁶ Finzen betrachtet Stigmatisierung vor allem im Hinblick auf die Diagnose Psychose/Schizophrenie. Der Effekt unterscheidet sich je nach Diagnose (Angermeyer und Matschinger, 2003), trotzdem ist eine psychische Störung nach wie vor eine diskreditierende Eigenschaft im Sinne Goffmans (vgl. Kardorff, 2009, 44, Anmerkung 24).

Eine Psychiatrie, die Diagnosen und Behandlungsstandards schematisch zuordnet, die sich auf ihre medizinische Fremdsprache beschränkt und Symptome ausschließlich wie Fremdkörper bekämpft, [...] widerspricht damit nicht nur modernen Erkenntnissen, sondern betreibt auch Stigmatisierung, weil sie Fremdheit auf allen Ebenen verstärkt statt sie zu mindern (Bock, 2005a, S. 66).

Angermeyer et al. (2003) untersuchten Stigmatisierungen von Angehörigen Psychiatrie-Erfahrener⁷. Sie fanden vier Domänen (*domains*), die im Wesentlichen auch auf Psychiatrie-Erfahrene selbst übertragen werden können: Zwischenmenschliche Interaktion, strukturelle Diskriminierung, öffentliche Bilder von psychischen Erkrankungen und den Zugang zu sozialen Rollen (vgl. Anhang A.5, S. A7). Sie differenzieren diese Domänen weiter aus (ebd., S. 595) und liefern damit ein Schema für die Auswertung der vorliegenden Interviews. Allerdings unterscheiden sich die in den Interviews identifizierten Kategorien von denen der Veröffentlichung, so dass die Struktur der Stigmatisierung erweitert und ergänzt wird (vgl. Abschnitt 6.3).

2.1.2 Was hat Stigma mit Beschweren zu tun?

Individuelle oder strukturelle Stigmatisierung könnte einerseits der Anlass einer Beschwerde werden. Andererseits können Betroffene auch im Prozess einer Beschwerde Stigmatisierung (auch hier individuell oder strukturell) erfahren. Eine (individuelle oder strukturelle) Stigmatisierungserwartung oder aber Mechanismen der Selbststigmatisierung können eine Person daran hindern, eine Beschwerde überhaupt erst anzustreben. Insofern kann Stigmatisierung auf verschiedenen Wegen zur Unmöglichkeit, sich zu beschweren, beitragen.

Hinzu kommt, dass andere stigmatisierbare Eigenschaften (z. B. Wohnungslosigkeit, Migrationshintergrund, etc.) verstärkend (und nicht einfach additiv) auf Diskriminierungserfahrungen wirken (Lutz et al., 2010), was allerdings in der vorliegenden Untersuchung nicht weiter verfolgt wird.

2.2 Macht

Goffmans Stigma-Theorie beleuchtet auf der Handlungsebene, wie Stigmatisierung in der Interaktion entsteht. Betrachtet er noch, vor dem Hintergrund welcher gesellschaftlichen Werte Individuen wann und wie andere stigmatisieren (Goffman, 2018b, S. 45–55), so beschäftigt ihn nicht die Frage, wie die Zuschreibung in „normal“ und „stigmatisierbar“ entsteht (Waldschmidt, 2011, S. 93). Hier knüpfe ich, Waldschmitt (2011) folgend, mit Foucault (vgl. Kapitel 2.2) an, um die Konstruktion der Normalität als Ausdruck von Macht zu verstehen. Wirksame Diskriminierung kann sich nur innerhalb eines Machtgefälles entfalten. Daher ist es notwendig, diese Machtstrukturen zu betrachten:

Das herrschende Machtdispositiv bestimmt dabei, wer als psychisch krank gilt und wie mit einer solchen Person zu verfahren ist. Dieses Wissen zur sozial geteilten Vorstellung von psychischer Erkrankung wirkt in unbewusste Verhaltensweisen der Menschen hinein. Das Wissen reproduziert sich, wenn Menschen gemäß diesen Vorstellungen mit anderen interagieren.

⁷ Der Effekt, dass der Kontakt mit stigmatisierten Personen selbst als diskreditierend gewertet wird, heißt bei Goffman *stigma by courtesy* und in der deutschen Übertragung von Frigga Haug *Ehrenstigma* (Goffman, 2018b, S. 43). Finzen (2013, S. 52) weist darauf hin, dass dieser Begriff wenig zum Verständnis beiträgt und verwendet stattdessen die Bezeichnung „Sippenhaft“.

Diese Herangehensweise ermöglicht es, hinter jeder auf der Handlungsebene beobachteten Stigmatisierungs-Erfahrung eine Äußerung von Macht zu rekonstruieren.

Um den Einfluss von Macht zu untersuchen, der im Rahmen von Institutionen der Psychiatrie und des Hilfesystems auf Psychiatrie-erfahrene Menschen wirkt, bietet sich das Instrumentarium von Foucaults Machtanalysen an, aber auch Goffmans Konzept der totalen Institution. Darüber hinaus werden Zwang in psychiatrischen Einrichtungen und Strategien von Gegenmacht untersucht.

2.2.1 Michel Foucault

Michel Foucault hat in seinem umfangreichen und fragmentarischen Werk keine Theorie der Macht geliefert, seine Genealogie der Macht sollte vielmehr analysieren. Dabei ändern sich die Begriffe von Macht durchaus über sein Schaffen hinweg (Polat, 2011). Im Folgenden soll versucht werden, verschiedene Formen von Macht in der Analyse von Foucault zu beschreiben. Dabei werde ich eine Dreiteilung vornehmen: Die souveräne Macht operiert exkludierend über Ge- und Verbote, die Disziplinarmacht setzt Normen und wird produktiv, und die Gouvernementalität als Selbstmanagement.

Souveräne Macht: Verbietende Macht

Die genealogisch älteste Machtform, wie Foucault sie beschreibt, ist die souveräne Macht, auch juridische Macht genannt. Ihre Mittel sind Ausschluss, Verbot und Strafe, und sie ist auf einen Souverän ausgerichtet (ebd., S. 25). Souveräne Macht unterwirft die Körper der Beherrschten und bedarf dazu nicht dessen Zustimmung. In der Vorlesungsreihe „Die Macht der Psychiatrie“ (1973–74) weist er diesen Machttypus in psychiatrischen Anstalten nach⁸. Zentral im Machtgeflecht sieht er dort den Arzt als Souverän (ebd., S. 64). Dabei wird Repression gegenüber den Patient*innen als Heilung vertreten, gestützt auf das (Herrschafts-)Wissen des Psychiaters (ebd., S. 66). In dieser Analyse weist Foucault den Patient*innen eine Rolle als „hilfloses Wesen“ (ebd., S. 66) zu, das „in Gegenwart der absoluten Macht des Arztes keinerlei Widerstandsmöglichkeiten hat“ (ebd., S. 67). Diese Perspektive greift dort zu kurz, wo sie den Patient*innen ihre Subjektivität abspricht. Allerdings wird Goffmans Analyse von totalen Institutionen und ihren Wirkungen auf die Insassen zeigen, dass ein Mensch mit „beschädigter Identität“ passiver agiert (vgl. Abschnitt 2.2.2, S. 8f). Moderne Gesellschaften könnten nicht funktionieren, wenn sie sich ausschließlich auf diesen Machttypus stützten. Souveräne Macht entfaltet keine produktive Wirkung.

Disziplinarmacht: Produktive Macht

Die Disziplinarmacht wirkt produktiv und inklusiv, indem sie Normen setzt, differenziert und Kategorien bildet. Damit schafft sie soziale Wirklichkeit (ebd., S. 31). Ihre Methoden entsprechen einer Dressur, Bewegungen werden vorgeschrieben, überwacht, normierend sanktioniert und überprüft (Kneer, 2012, S. 271–272). Damit wirkt sie nicht *auf* den menschlichen

⁸ Die Psychiatrie-Enquête, die die Missstände in deutschen psychiatrischen Einrichtungen anprangerte, veröffentlichte ihren Bericht erst ein Jahr später im September 1975. Die von Foucault in seiner Vorlesungsreihe benannten Zustände und Machtstrukturen können also nicht ohne Weiteres auf heutige Zustände übertragen werden, die Untersuchung wird allerdings zeigen, dass sie auch nicht einfach von der Hand zu weisen sind.

Körper ein, sondern *durch* den menschlichen Körper „bis zu ihren Gesten, bis zu ihren Einstellungen, bis zu ihren tagtäglichen Verhaltensweisen“ (Foucault, 1978, S. 42–43) Damit ist sie „sehr viel wirksamer und sehr viel weniger kostspielig (ökonomisch gesehen mit geringeren Kosten verbunden, weniger ungewiss in ihrem Ergebnis, mit geringeren Möglichkeiten, zu entkommen und Widerstand zu leisten)“ (ebd., S. 35–36) als die souveräne, verbietende Macht – kommt aber nicht ohne die Zustimmung der Unterworfenen aus. Die Disziplinarmacht ist „intentional und zugleich nicht-subjektiv“ (Kneer, 2012, S. 273): Im Gegensatz zur souveränen Macht ist sie nicht mehr an bestimmte Akteure gebunden, gleichwohl lassen sich in den Mechanismen der Macht Pläne und Absichten ausmachen. Während sich im Wirkungsbereich der souveränen Macht noch machtfreie Räume finden, ist die produktive Macht ubiquitär. Foucault versteht Machtverhältnisse als den sozialen Beziehungen der Menschen nicht äußerlich: Sie durchziehen jede Beziehung und jede Interaktion (Polat, 2011, S. 41–42). Damit gibt es keinen machtfreien Raum in einer Gesellschaft (Kneer, 2012, S. 268).

Perfekt verwirklicht sieht Foucault diesen Machttyp im Panopticon, einem (tatsächlich nie realisierten) Gefängnis, in dem ein einziger Aufseher im Zentrum des Gebäudes sämtliche darum angeordneten Zellen überwachen kann – ohne, dass die Insassen wissen, ob sie aktuell überwacht wurden oder nicht. Allein die *Möglichkeit*, überwacht zu werden, würde die Insassen disziplinieren⁹ (ebd., S. 272).

Disziplinarmacht wirkt, wenn Gesundheit und Krankheit definiert werden. Die Diagnose kategorisiert, indem Menschen als Patient*innen den zugeordnet werden (Polat, 2011, S. 67–69). In der Konsultation der Behandler*innen werden die als Patient*innen markierten Menschen kontrolliert, sowohl in ihrer Symptomatik als auch in ihrem Verhalten – ihrer Therapie-treue. Gleichzeitig wirkt die Macht inklusiv, sie schließt Menschen in die Diagnose ein, und produktiv: Der Einschluss in die Diagnose löst eine Therapie aus, als deren Ziel die Patient*innen im besten Fall als „geheilt“ wieder ihren Platz in der Gesellschaft einnehmen dürfen – oder aber Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen und damit ihren Platz im psycho-sozialen Hilfesystem finden. Damit bedarf die Psychiatrie auch nicht mehr zwangsläufig der Mauern und geschlossenen Türen (vgl. Waldschmidt, 2011, S. 94–96).

Gouvernementalität: Selbst-Management

Als Gouvernementalität bezeichnet Foucault einen Machttyp, der von Disziplinierungs- und Normalisierungspraktiken ausgehend darüber hinausführt (Kneer, 2012, S. 280). Während Disziplinarmacht den Körper von außen formt und überwachend wirkt, wirkt Gouvernementalität regierend als Selbst-Management: Eine Person, die sich über Selbsttechnologien formt, braucht keine hierarchische Überwachung. Damit werden Machtmechanismen unsichtbar, die Machtverhältnisse verlegen sich ins Innere der Menschen, aus dem zu disziplinierenden Subjekt wird das unternehmerische Selbst – wie beispielsweise beim Imperativ der Selbstoptimierung, dem viele Menschen (teils unter Einsatz von viel Zeit und Geld) mit Meditation und Fitness-Tracker nachkommen (Kardorff, 2016).

In der vorliegenden Untersuchung wird sich in der Analyse des empirischen Materials zeigen, dass im Erleben der Betroffenen durchaus alle drei Machttypen zu finden sind: Die souveräne Macht in Form von Zwang, der durchaus nicht nur bei Selbst- und Fremdgefährdung

⁹ An dieser Stelle trägt das Konzept von Foucault Züge einer totalen Institution nach Goffman.

etabliert wird, und die produktive Disziplinarmacht in Form von Normen, Kategorien, Strukturen und Abläufen, aber auch Gouvernementalität als Selbstzuschreibungen und Selbststigmatisierungen durch die Übernahme der Diagnose durch die Psychiatrie-Erfahrenen.

Verhältnis von Macht und Wissen

Bevor ich näher darauf eingehe, wie Foucault das Verhältnis von Macht und Wissen fasst, soll der Begriff des Dispositivs eingeführt werden: Foucault (1977, S. 392f.) fasst darunter

erstens eine entschieden heterogene Gesamtheit, bestehend aus Diskursen, Institutionen, architektonischen Einrichtungen, reglementierenden Entscheidungen, Gesetzen, administrativen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Lehrsätzen, kurz Gesagtes ebenso wie Ungesagtes [...] Das Dispositiv selbst ist das Netz, das man zwischen diesen Elementen herstellen kann. – Zweitens ist das, was ich im Dispositiv festhalten möchte, gerade die Natur der Verbindung, die zwischen diesen heterogenen Elementen bestehen kann. [...] Drittens verstehe ich unter Dispositiv eine Art – sagen wir – Gebilde, das zu einem historisch gegebenen Zeitpunkt vor allem die Funktion hat, einer dringenden Anforderung nachzukommen. Das Dispositiv hat also eine dominante strategische Funktion. (zit. n. Anhorn & Balzereit, 2016, 16, Anmerkung 11)

Wissen als Teil dieses Dispositivs kann damit in Foucaults Wissen nie unabhängig von Macht gedacht werden: „Keine Macht ohne Wissen und kein Wissen ohne Macht“ (Kneer, 2012, S. 269). Macht und Wissen vereinigen sich in ihrer gegenseitigen Durchdringung zu einem Macht-Wissen-Komplex (Polat, 2011, S. 37): Macht bringt Wissen hervor, Wissen rekonstruiert Macht.

Das gilt für gesellschaftlich geteiltes Wissen, das das Sagbare vom Unsagbaren scheidet: „Machtverhältnisse [treten, M.P.] dort zutage, wo ein bestimmtes Wissen von der Allgemeinheit unterdrückt und verurteilt wird“ (ebd., S. 36). Herrschend ist in diesem Sinne das medizinische Wissen um Diagnosen und Behandlungen sowie die Zuschreibung einer Person als psychisch krank. Zu den „unterworfenen Wissensarten“ gehört dagegen das Wissen und die Eigensinnigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen – Polat zufolge gleichzeitig eine Quelle von Kritik und potentiell Widerstand (ebd., S. 34–35), wie sich in antipsychiatrischen oder Selbsthilfebewegungen gezeigt hat.

Das gilt aber auch für Wissen über Menschen. Ob im psychiatrischen oder im psychosozialen Hilfesystem, wer als Patient*in, Klient*in oder Nutzer*in ins System gerät, über den wird Wissen produziert und in einer Akte festgehalten. Auf Grundlage dieses Wissens wird die betreffende Person kontrolliert und überwacht, aber auch diagnostiziert, behandelt, unterstützt oder als geheilt entlassen.

2.2.2 Erving Goffman: Totale Institutionen

Zwengel (2012, S. 285–287) führt eine Reihe von Autor*innen an, die Goffman bescheinigen, keine eigene Machttheorie entwickelt zu haben. Nichtsdestoweniger scheint Macht in Goffmans Werk an verschiedenen Stellen auf, neben Stigma (Goffman, 2018b) vor allem in seinem Werk Asyle (Goffman, 2018a), in dem er sich von ihm so klassifizierten „totalen Institutionen“ auseinandersetzte.

Als totale Institution fasst Goffman idealtypisch eine „Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen [...], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft

abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“ (ebd., S. 11) Als Beispiele nennt er Einrichtungen der Fürsorge, Gefängnisse, Kasernen oder auch Klöster (ebd., S. 16). Eine große Gruppe von Menschen – Goffman nennt sie die Insassen – steht dabei einer kleineren Gruppe von Menschen, dem Aufsichtspersonal, gegenüber: Während erstere in der Institution leben, dem Tagesablauf dort unterworfen und von der Außenwelt isoliert sind, verbringen zweitere ihren Arbeitstag in der Institution und kehren in die Außenwelt zurück, in der sie den Rest ihrer Zeit als Mitglieder der Gesellschaft verbringen (ebd., S. 18). Die Insassen sind nach Goffman den Regeln der Institution unterworfen, die oft sehr weit in den Intimbereich der Menschen eindringen und häufig zunächst mit Verlusten und Demütigungen einhergehen. Persönliche Habe wird abgenommen oder stark reglementiert; was die Insassen benötigen, wird ihnen durch die Institution zur Verfügung gestellt. Wenn beispielsweise Genussmittel wie Schokolade oder Zigaretten zugeteilt werden oder nur schwer zu beschaffen sind, dann sind die Insassen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf das Personal angewiesen. Außerdem findet systematisch eine Verletzung der Intimsphäre statt: Einerseits fehlen Rückzugsräume, andererseits werden Informationen über Vorleben der Insassen und ihr Leben in der Anstalt gesammelt und in Akten geführt – und können eine entscheidende Rolle bei Diagnosen, aber auch Entscheidungen über eine weitere Behandlung oder Entlassung spielen. Außerdem können sich die Insassen ihrer körperlichen Unversehrtheit nicht sicher fühlen: Sie sind der Institution und dem Personal ausgeliefert, können Fixierungen oder Zwangsmedikation erfahren und erleben das teils bei ihren Mitpatient*innen. Auch die Sozialkontakte der Insassen werden durch die Anstalt kontrolliert, sei es, ob Besuch empfangen werden kann oder über die Nutzung von Mobiltelefonen. Dieser Autonomieverlust beschädigt nach Goffman ihre Identität (ebd., S. 25–42). Die Strukturen der Institution und das Verhalten des Personals sorgen dafür, dass die Insassen ihr Selbstbild von der Institution übernehmen (Zwengel, 2012, S. 289)¹⁰.

Hier liegt offen zutage, dass Insassen und Personal zueinander in einer machtförmigen Beziehung stehen: Augenscheinlich übt das Personal Macht aus, der die Insassen unterworfen sind. Gleichwohl entwickeln Insassen totaler Institutionen Gegenstrategien, die Goffman als sekundäre Anpassung oder *underlife* (Goffman, 2018a, S. 185–194) beschreibt. Sie entwickeln eine Gegenmacht, die in ihrer Struktur jedoch immer noch von der Struktur der totalen Institution geprägt ist.

Sind psychiatrische Einrichtungen totale Institutionen? Goffman (2018a, S. 17) weist darauf hin, dass keine totale Institution alle Merkmale gleichzeitig vereint, gleichzeitig können auch andere Institutionen totale Züge tragen. Insofern ist die Frage eher dahingehend zu stellen, *in welchem Ausmaß* eine psychiatrische oder psychosoziale Einrichtung totale Züge trägt. Strukturell sprechen geschlossene Unterbringung und die Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen¹¹ eher dafür, dass eine Einrichtung totale Züge trägt. Die vorliegende Untersuchung wird zeigen, dass das in hohem Maße auf den Einzelfall ankommt.

¹⁰ Klaus Dörner illustriert das anhand von Menschen, deren Identität durch eine totale Institution oder Hospitalisierung geschädigt ist: Ihre Selbstbestimmung vermag nicht mehr, über die Institution hinauszuverweisen. Die Menschen im von ihm geleiteten Wohnheim konnten sich nicht vorstellen und trauten sich nicht zu, allein in einer eigenen Wohnung zu leben. Jahre später haben viele von ihnen genau das geschafft und sind damit sehr glücklich (Dörner, 2004b, S. 242–243).

¹¹ Zur Unterscheidung vgl. Pollmächer (2015, S. 1153, Abbildung 2).

2.2.3 Macht und Zwang im Kontext von Psychiatrie und Hilfe

Das psychiatrische Versorgungssystem hat, ähnlich wie die Soziale Arbeit, ein Doppelmandat (Bruns et al., 2015, 106ff.; Pollmächer, 2015; Müller et al., 2013): Die Behandlung von Menschen, denen psychische Störungen diagnostiziert werden, findet sich im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle: Einerseits haben Ärzt*innen, Pfleger*innen und Sozialarbeiter*innen den Auftrag gegenüber den Betroffenen, ihnen zu helfen, gleichzeitig haben sie den Auftrag der Gesellschaft, andere Mitglieder der Gesellschaft vor den Betroffenen zu schützen. Zu diesem Machtgefälle im Verhältnis zu ihren Patient*innen positionieren sich die Vertreter*innen des Fachs unterschiedlich: Während Pollmächer (2015) den Kontrollauftrag für unvereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos ablehnt, akzeptieren andere Fachkolleg*innen den ordnungspolitischen Auftrag (Bruns et al., 2015; Müller et al., 2013)¹². Aber auch das „reine“ Hilfemandat ist nicht machtfrei zu verstehen (vgl. Müller, 2012), sondern eingebettet in ein wirkmächtiges Dispositiv, das prägt, wem in welcher Situation und wozu geholfen wird.

Auch für Menschen, denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, gilt grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung nach Art. 2 Grundgesetz (Marschner, 2015, S. 26). Eingriffe in die Grundrechte sind nur auf Grundlage von Gesetzen innerhalb sehr enger Grenzen möglich. Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst damit auch eine „Freiheit zur Krankheit“ (ebd., S. 29; Koller, 2014, S. 284; Henking & Mittag, 2015, S. 44).

Eine Zwangsbehandlung ist zwar auf Grundlage des Ordnungs- oder des Betreuungsrechts grundsätzlich zulässig, allerdings nur bei Einwilligungsunfähigkeit der betroffenen Person und in geschlossener Unterbringung: Ambulante Zwangsmaßnahmen sind grundsätzlich verboten (Henking & Mittag, 2015).

Mit Urteil vom 20.06.2012 entschied der Bundesgerichtshof, dass Zwangsbehandlungen psychisch kranker, nicht einwilligungsfähiger Personen verboten seien, weil dafür die Rechtsgrundlage fehle (Bundesgerichtshof, 2012). Mit Abstimmung vom 17.01.2013 wurde daraufhin vom Parlament eine neue Rechtsgrundlage geschaffen, die am folgenden Tag in Kraft trat, (Deutscher Bundestag, 2013b). Damit endete ein etwa halbjähriger Zeitraum, in dem Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie grundsätzlich verboten waren. Seitdem ist die Anwendung von Zwang wieder erlaubt, die Grenzen dazu wurden jedoch noch einmal enger gesteckt. Es bedarf neben der erwähnten stationären Unterbringung und der mangelnden Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit auch der Einschätzung, dass die Maßnahme dem Wohl der betroffenen Person dient (es muss ohne die Zwangsbehandlung ein erheblicher gesundheitlicher Schaden drohen, der anderweitig nicht verhindert werden kann). Auch die Wahl des mildest möglichen Mittels und die Erwartung, dass der Nutzen der Behandlung die möglichen Nachteile überwiegt, sind zwingende Voraussetzungen. Wurde die*der Patient*in dann zu überzeugen versucht, zuzustimmen, darf die Behandlung nach richterlicher Genehmigung zwangsweise erfolgen. (Vollmann, 2014, S. 614–615).

Amering und Schmolke (2012, S. 203f.) betonen allerdings: Ob eine Maßnahme als Zwang empfunden wird, hat nichts mit ihrem juristischen Status zu tun. 20–35 % derjenigen, die von Zwangsbehandlungen betroffen sind, erleben die Hilfe auch im Nachhinein noch als schädlich,

¹² Das Kontrollmandat unterscheidet damit die Psychiatrie grundlegend von anderen somatischen Fachrichtungen, die zwar ebenfalls einem Gesundheitsdispositiv unterliegen, aber kein Kontrollmandat ausüben. Hier findet sich eine Grundlage für Stigmatisierung von Psychiatrie-Erfahrenen.

und allein schon der Eindruck von Zwang stört die therapeutische Beziehung (ebd., S. 208–210) Wie Armgart et al. (2013) berichten, können Zwangsbehandlungen traumatisieren und sich negativ auf die Grunderkrankung auswirken. In der Wahrnehmung der Patient*innen werden sie mit Wut, Ärger, Verzweiflung und retrospektiv Hilflosigkeit in Verbindung gebracht¹³. Vor allem Patient*innen mit höherem Funktionsniveau bewerten die Zwangsmaßnahme negativ und nehmen sie als Eingriff in ihre Selbstbestimmung wahr. Aus Befragungen des Personals berichten die Autor*innen über die Wirkungen von Zwangsmaßnahmen: Das Personal erlebt die Integrität der Betroffenen als verletzt und beobachtet, dass Mitpatient*innen verunsichert werden (ebd., S. 280–282) – in guter Übereinstimmung mit den Befunden von Goffman für totale Institutionen (vgl. Abschnitt 2.2.2, S. 8).

2.2.4 Gegenmacht: Eigensinn, Empowerment und Beschweren

Das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem sind Spielfelder von Macht. Psychiatrie-Erfahrene finden sich hier in einer schwierigen Subjektposition, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in sagbares Wissen zu überführen. Sie unterliegen Stigmatisierungen, ihre Erfahrungen können quer liegen zum Dispositiv von psychischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Wenn eine depressiv diagnostizierte Person den Leistungzwang der Gesellschaft kritisiert oder eine Psychose-Erfahrene Person sich über etwas beschwert, kann das allzu leicht als Symptom und für diese Diagnose typisch abgetan werden. Wenn eine Psychiatrie-erfahrene Person Hilfe annimmt, unterwirft sie sich damit gleichzeitig dem Dispositiv: Was gilt als behandlungsbedürftig? Welches Behandlungsziel wird angestrebt? Welches Verhalten hat die Person an den Tag zu legen? Damit konstituiert Hilfe ein Machtverhältnis.

Gleichwohl können auch strukturell unterlegene Personen Gegenmacht entwickeln. Schon Goffman beschrieb die Versuche, in totalen Institutionen Regeln zu brechen oder zu unterlaufen als *underlife* (Goffman, 2018a, S. 185–194). Aber auch an anderen Stellen findet sich Gegenmacht: Patient*innen, die sich gegenseitig aufklären, Psychiatrie-erfahrene Menschen, die ein eigenes Krankheitsverständnis gegen die Zuschreibung ihrer Diagnose entwickeln, Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen zusammenschließen, Menschen, die in *mad studies* ihr unterworfenes Wissen strukturieren, um es dem Dispositiv entgegenzusetzen, Psychiatrie-Erfahrene, die sich über erlebte Missstände beschweren und in letzter Konsequenz auch Menschen, die sich der ihnen angetragenen Hilfe verweigern (Quindel & Pankofer, 2000, S. 37).

Die Reichweite dieser verschiedenen Formen von Gegenmacht ist dabei höchst unterschiedlich. So kann sich die Gegenmacht einer Person im Zwangskontext darauf reduzieren, nicht verrückt zu werden, während die Anti-Psychiatrie-Bewegung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland eine weitgehende Reform der Anstaltspsychiatrie erreichte¹⁴.

¹³ In weitaus geringerem Maße werden auch Gleichgültigkeit, Verständnis oder Erleichterung genannt. Gleichgültigkeit und Verständnis äußern nur schwerer erkrankte Patient*innen, und dann häufiger zum Befragungszeitpunkt. Erleichterung wird ausschließlich dem Zeitpunkt der Zwangsmaßnahme zugeordnet, zum Befragungszeitpunkt spielt diese Emotion keine Rolle mehr.

¹⁴ Dabei veränderte sich das Dispositiv von psychischer Gesundheit und die heutige Sozialpsychiatrie hat nicht mehr die dekonstruierenden und gesellschaftsverändernden Ansprüche der damaligen Antipsychiatrie. Gleichzeitig leistete diese Entwicklung einer weitreichenden Therapeutisierung Vorschub: Einerseits wird das Feld der behandlungsbedürftigen Störungen ausgeweitet, andererseits gilt mittlerweile auch das „Normale“ als mittels Psychotechniken verbesserungswürdig (Kardorff, 2016).

Empowerment ist ein Konzept, das die Gegenmacht quasi schon im Namen trägt. Im Abschnitt 2.4 diskutiere ich Gegenmacht im Rahmen des Empowerment-Konzeptes ausführlicher.

2.3 Salutogenese

Psychiatrie-Erfahrene sind als krank etikettiert. Darüber sind sie einerseits in verschiedenen Dimensionen aus der Gesellschaft ausgeschlossen, andererseits aber ins (psychiatrisch oder psycho-soziale) Gesundheitssystem eingeschlossen. Ihre Lebenswelt wird in Kategorien von „gesund“ und „krank“ beschrieben. Um einen Anschluss an diesen Diskurs zu bringen, untersuche ich die Interviews auch mit dem Modell der Salutogenese.

Aaron Antonovsky entwickelte dieses Modell¹⁵ in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zum im Gesundheitswesen vorherrschenden Modell der Pathogenese. Zentrale Fragestellung war für ihn nicht, was Menschen krank macht, sondern was sie gesund erhält. Er betrachtete Gesundheit und Krankheit nicht mehr als einander ausschließende Gegensätze, sondern als Kontinuum, wobei Gesundheit ein Zustand sei, der vom Individuum aktiv hergestellt werden müsse, aber nie ganz zu erreichen sei. Eine Stärke des Modells liegt in der Abkehr von einem defizitorientierten Blick und damit in der Orientierung auf Ressourcen, die zur Bewältigung von Stress und Krankheit mobilisiert werden können. Dazu werden Personen nicht als isolierte Patienten betrachtet, sondern mit ihrer Biographie als Subjekte in ihrem lebensweltlichen Kontext begriffen.

2.3.1 Das Modell der Salutogenese

Abbildung 1 zeigt ein Modell der Salutogenese (Bengel et al., 2001, S. 36). Zentral ist für Antonovsky das sogenannte Kohärenzgefühl. Es hat maßgeblichen Einfluss darauf, wie weit eine Person Widerstandsressourcen mobilisieren kann, um mit alltäglichen Belastungen umgehen zu können. Das Kohärenzgefühl selbst wird durch Lebenserfahrungen bestimmt (Pfeil A), die wiederum durch die generalisierten Widerstandsressourcen geprägt werden (Pfeil B): Diese Widerstandsressourcen haben also einen entscheidenden Einfluss darauf, welche Lebenserfahrungen ein Individuum macht. Beeinflusst werden sie von den Quellen generalisierter Widerstandsressourcen (Pfeil C). An dieser Stelle kommen neben Zufall und persönlichen Einstellungen auch die Lebensumstände ins Spiel, seien es kulturelle, soziale oder historische Bedingungen – von Kindererziehung bis zu sozialen Rollen. Das Kohärenzgefühl bestimmt, welche Widerstandsressourcen das Individuum einsetzen kann (Pfeil D). Erlebt das Individuum einen Stressor, gerät es in einen Spannungszustand. Die generalisierten Widerstandsressourcen können sowohl auf die Stressoren einwirken (Wird ein bestimmtes Ereignis als Stressor gewertet? Pfeil F), als auch den im Umgang mit dem auf Stressoren folgenden Spannungszustand beeinflussen (Pfeil G). Ist die folgende Spannungsbewältigung erfolgreich (Pfeil H), stärkt das den Kohärenzsinn. Das Individuum wird in seiner Gesundheit (*health ease*)

¹⁵ Die vorliegende Beschreibung des Salutogenese-Modells bezieht sich, wenn nicht anders angegeben, auf Bengel et al. (2001).

Vereinfachte Darstellung des Salutogenese-Modells von Antonovsky

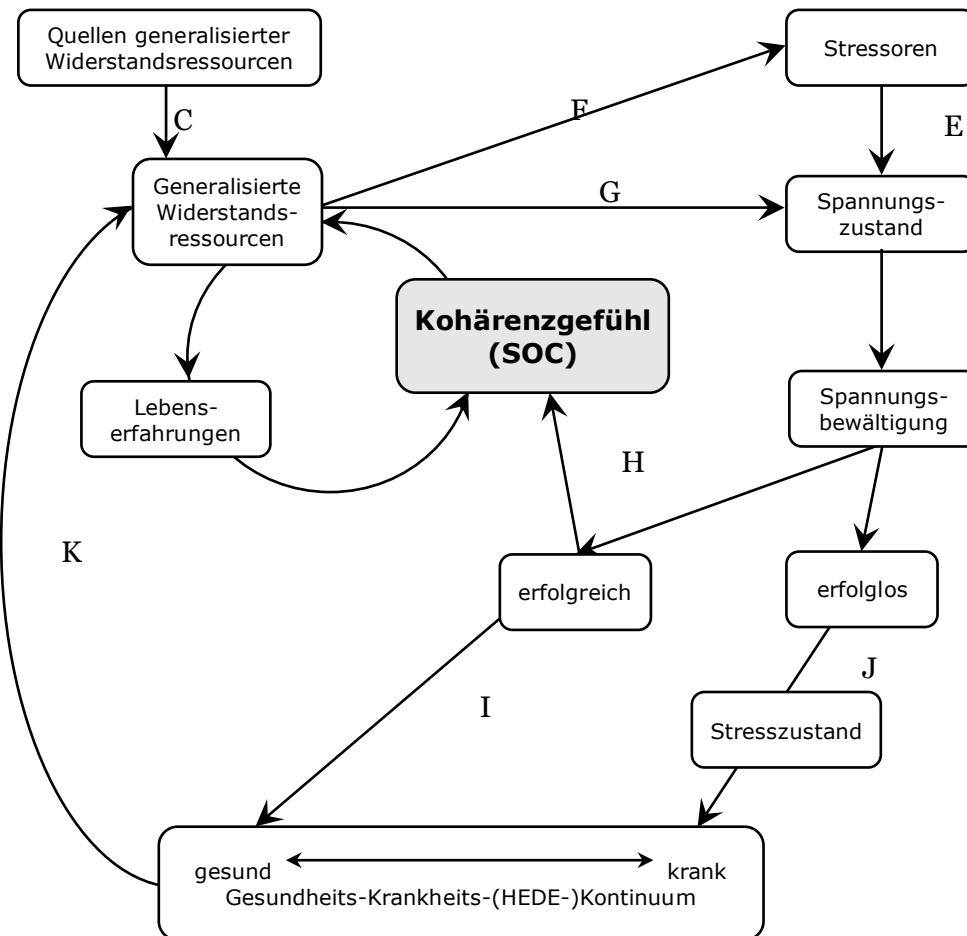


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Salutogenese-Modells nach Antonovsky. Eigene Darstellung nach Bengel, Strittmatter & Willmann (2001, S. 36)

gestärkt. Im anderen Fall, bei einer erfolglosen Spannungsbewältigung, entsteht ein Stresszustand, der das Individuum im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum¹⁶ sich in Richtung Krankheit bewegen lässt (ebd., S. 38). In Variation dieses Modells räumen Blättner & Waller (2018, S. 19–20) den Lebensbedingungen und soziokulturellen Faktoren einen direkten Einfluss sowohl auf die generalisierten Widerstandsressourcen, als auch auf Bewältigungsstrategien und das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum selbst ein.

2.3.2 Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC)

Ein zentrales Element des salutogenetischen Modells ist das Kohärenzgefühl, worunter Antonovsky eine sowohl kognitive als auch affektiv-motivationale Grundhaltung dem Leben gegenüber versteht. Dieses Kohärenzgefühl entscheidet, wie gut die betreffende Person auf vorhandene Ressourcen zurückgreifen kann, um alltäglichen Stressoren zu begegnen. Dabei unterscheidet er drei wesentliche Bestandteile des Kohärenzgefühls: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

¹⁶ Auch HEDE-Kontinuum genannt: *health-ease – dis-ease*-Kontinuum

Unter Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*) versteht Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster: Kann eine Person ihre Wahrnehmungen in eine strukturierte Welt einbetten, oder sind sie chaotisch, willkürlich und unberechenbar? Mit einer hohen Verstehbarkeit können neue Reize besser in bekannte Schemata eingeordnet werden.

Handhabbarkeit (*sense of manageability*) ist ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster und beschreibt die Überzeugung, dass Schwierigkeiten positiv bewältigt werden können. Es ist nicht nur ein Vertrauen in eigene Fähigkeiten, sondern auch die Überzeugung, nötigenfalls Unterstützung zu finden. Die Handhabbarkeit setzt in gewisser Weise Verstehbarkeit voraus, erscheint also Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit nachgeordnet (Grabert, 2011, S. 29).

Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*) beschreibt die motivationale Komponente des Kohärenzgefühls. Ihr weist Antonovsky die größte Bedeutung zu: der Überzeugung, dass das Leben (wenigstens in Teilen) sinnvoll ist. „Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual“ (Bengel et al., 2001, S. 30).

Nach Antonovskys Auffassung bildet sich das Kohärenzgefühl in Kindheit und Jugend heraus: Verstehbarkeit entwickelt sich aus Erfahrungen von Konsistenz, Verlässlichkeit, Struktur und Vorhersagbarkeit; ein Gefühl der Handhabbarkeit entwickeln Personen, die die an sie gestellten Anforderungen bewältigen können, ohne dass sie unter- oder überfordert sind, und Sinnhaftigkeit wird unterstützt durch das Erleben, Situationen gestalten zu können (ebd., S. 31; Mittelmark & Bauer, 2017, S. 9).

Mittlerweile gilt es als gesichert, dass ein hohes Kohärenzgefühl mit einer guten psychischen Gesundheit einhergeht¹⁷, in deutlich stärkerem Maße als das für somatische Erkrankungen der Fall ist (Bengel et al., 2001, S. 44–45). Während Antonovsky das Kohärenzgefühl bei Erwachsenen als stabilen Persönlichkeitsfaktor ansah (ebd., S. 31), zeigen Studien die (positive) Beeinflussbarkeit des SOC beispielsweise durch Psychotherapie (Fäh, 2004, S. 9). Darüber hinaus gibt es Anzeichen, dass der SOC situativen Schwankungen unterliegen könnte und in diesem Sinne beispielsweise eine Depression mit einer zeitweisen Verschlechterung des SOC einhergeht (Rottmann, 2013, S. 29). Demnach klingt es plausibel, dass psychische Krisen mit einem situativen Zusammenbruch des SOC verbunden sein könnten, so dass kein Zugriff auf (objektiv vorhandene) Widerstandsressourcen möglich ist. Gleichzeitig könnten positive Erlebnisse (auch jenseits von Therapie, beispielsweise im Rahmen von Empowerment-Prozessen) auch im späteren Lebensverlauf das Kohärenzgefühl stärken.

2.3.3 Generalisierte Widerstandsressourcen

Unter generalisierten Widerstandsressourcen¹⁸ versteht Antonovsky diejenigen individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren, die es einer Person ermöglichen, mit Stressoren umzugehen. Dazu können physische Konstitution und psychische Belastbarkeit genauso zählen wie eine finanzielle Absicherung oder Unterstützung im sozialen Umfeld. Geprägt werden sie durch soziokulturelle und historische Faktoren, persönliche Eigenheiten und Zufall. Diese

¹⁷ An dieser Stelle wird von Korrelationen berichtet, ohne Kausalitäten benennen zu können.

¹⁸ Nachdem Antonovsky wenig Wert auf eine Abgrenzung der generalisierten Widerstandsressourcen von spezifischen Widerstandsressourcen gelegt hat (Mittelmark et al., 2017, S. 72), wird auch hier diese Unterscheidung nicht vorgenommen und identifizierte Widerstandsressourcen grundsätzlich den generalisierten Widerstandsressourcen zugeschlagen.

Widerstandsressourcen erhöhen die Widerstandsfähigkeit der Person gegenüber potentiell krank machenden Stressoren, wirken aber auch im Alltag, färben ihre Lebenserfahrungen und prägen so ihr Kohärenzgefühl.

Einige Generalisierte Widerstandsressourcen, die im Umgang mit Psychiatrie-erfahrenen Menschen, aber auch für deren Möglichkeit, sich zu beschweren, bedeutsam sein können, sind (in unabgeschlossener Aufzählung) Reflexions- und Sprachfähigkeit, formale Bildung, Zugang zu Informationen, niederschwellige Strukturen, Zeit, eine sichere Wohnumgebung und finanzielle Absicherung. Als besonders bedeutsam nennen Langeland & Vinje (2017, S. 302–303) die Widerstandsressourcen „soziale Unterstützung“ und „Identität“. Das wird gestützt durch die Untersuchung von Rössler et al. (1999), dass soziale Unterstützung wichtiger ist als das Umfeld, in dem Psychiatrie-Erfahrene leben, aber auch durch Erfahrungen mit Recovery (Amering & Schmolke, 2012), trialogischer Arbeit (Bock, 2004) sowie mit Empowerment und Selbsthilfe-Bewegung (Knuf, 2016; Stark, 1996). Wenn Erfahrungen von totalen Institutionen, Hospitalisierung und Stigmatisierung die Identität von Psychiatrie-Erfahrenen beschädigen können, stören sie eine der zentralen Widerstandsressourcen dieser Menschen und behindern ihr Recovery.

Die generalisierten Widerstandsressourcen können als die Gegenspieler zu den Stressoren, die Antonovsky auch als „generalisierte Widerstandsdefizite“ fasste, verstanden werden (Bengel et al., 2001, S. 34). Damit entsteht auch in den Kontextfaktoren des Individuums ein Kontinuum zwischen Vorhandensein und Fehlen von Ressourcen, zwischen Schutz- und Risikofaktoren, die in jeweiligen Situationen wirken können.

Entscheidend am Modell Antonovskys ist, dass die generalisierten Widerstandsressourcen (wie auch die Widerstandsdefizite) nicht unmittelbar, sondern stets nur moderiert wirken. Inwieweit sie in einer konkreten Situation genutzt werden können (bzw. stören), vermittelt das Kohärenzgefühl: Hat eine Person ein geringes Kohärenzgefühl, so stehen die objektiv vorhandenen Ressourcen ihr nicht zur Bewältigung akuter Spannungszustände zur Verfügung, wohingegen ein hohes Kohärenzgefühl die Wirkung von Widerstandsdefiziten zu relativieren vermag.

2.3.4 Anschlussfähigkeit des Modells

Das Modell der Salutogenese ist in hohem Maße anschlussfähig, und zwar für verschiedene Professionen und Disziplinen – auch wenn der explizite Ausbau zu einem interdisziplinären Modell noch aussteht (Sagy & Mana, 2017). Die hohe Relevanz des Modells für psychische Gesundheit lässt seinen Einsatz im Rahmen von Psychologie und Psychiatrie interessant erscheinen. Der Einbezug von Kontextfaktoren und das Erfassen des Menschen in seinen sozialen Bezügen macht das Modell für Soziale Arbeit gut handhabbar. Mit der Betonung der Selbstwirksamkeit und dem Verständnis von Gesundheit als aktiv herzustellendem Zustand können auch Recovery, Empowerment und Theorien der Selbsthilfe gut mit diesem Modell arbeiten.

Gesellschaftliche (Macht-)strukturen sind – als Quellen von sowohl Widerstands-Ressourcen als auch Widerstands-Defiziten – als Anknüpfungspunkte zum Modell von Antonovsky durchaus angelegt, werden aber in der Rezeption des Modells selten ausgearbeitet (ebd.). Explizit erwähnt sei an dieser Stelle die Konzeption von Stigma: Stigmatisierungs- und Selbststigmatisierungs-Prozesse können sich als Stressoren ins Modell einfügen.

Das Konzept von Recovery kann an das Konzept von Salutogenese anknüpfen, indem auch hier Gesundheit und Krankheit als Kontinuum verstanden werden (Ameling & Schmolke, 2012, S. 84). Auch die Selbstwirksamkeit und Verantwortungsübernahme, die Recovery fordert (ebd., S. 135), findet sich im Salutogenese-Modell wieder. Beiden Modellen gemein ist, dass sie zwar das Individuum in den Mittelpunkt stellen, gleichwohl aber die gesellschaftlichen Strukturen mit in den Blick nehmen können. Sie erlauben es, den Blick zu weiten, so dass soziales Umfeld, Strukturen, Machtverhältnisse und gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit beachtet werden können.

Ein Beispiel für die Rezeption des Salutogenesekonzeptes in der (Psycho-)Sozialen Arbeit ist Grabert (2011). Sie sieht in einer stärkeren Orientierung auf Selbstbestimmung und in der Stärkung von Empowerment eine Orientierung des psychosozialen Hilfesystems hin zu salutogenetischen Ansätzen. Explizit erwähnt sie Psychose-Seminare¹⁹, psychiatrische Beschwerdestellen und die Selbsthilfe-Bewegung als Bausteine für eine Verbesserung des Hilfesystems im Sinne der Salutogenese (ebd., S. 20–21).

Leider bleibt sie in den Schlussfolgerungen (ebd., S. 83) ihrer empirischen Untersuchung sehr weit dem von Bock und Naber (2004) als „traditionell“ beschriebenen Kooperationsmodell zwischen Ärzt*in und Psychiatrie-Erfahrenen verhaftet (vgl. Abschnitt 2.4.2): Zwar unterstützt sie den Gedanken, einen Sinn in der Erkrankung zu finden, gleichwohl fasst sie unter Verstehbarkeit eher die traditionelle Ansicht von (einseitiger) Krankheitseinsicht und unter Handhabbarkeit eine konventionelle Auffassung von (wiederum einseitiger) Compliance. Einerseits fordert sie, die Betroffenen zu Selbstvertrauen zu ermuntern, gleichzeitig unterminiert sie dieses Selbstvertrauen durch die geforderte Übernahme des Krankheitsmodells der Experten (Grabert, 2011, S. 83). An dieser Stelle würde Bock (2004) wohl vehement widersprechen und den Eigensinn der Betroffenen stärken wollen, auch aus seinen Erfahrungen mit unbehandelten Psychose-Erfahrenen heraus (Bock, 2005b, S. 346)²⁰.

2.4 Empowerment

Empowerment als Konzept in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie²¹ ermöglicht es, gesundheitsorientierte Diskurse mit Machtdiskursen zu verknüpfen. Ich verwende es hier in dieser Scharnierfunktion als Begriff für das Ringen der Menschen um ihre Lebensverfügung und beleuchtet sowohl die individuelle Perspektive von Selbstbestimmung als auch eine strukturelle Perspektive: Was sind empowernde Strukturen, und was können sie im Hinblick auf Beschwerden bewirken?

¹⁹ aus denen heraus das Konzept des Trialogs entstand

²⁰ Möglicherweise entsteht die unterschiedliche Betrachtungsweise durch die Auswahl der Interviewpartner*innen: Grabert (2011) rekrutierte ihre Interviewpartner*innen aus dem sozialpsychiatrischen Dienst. Dort finden sich keine Menschen, die weitab vom psychiatrischen Versorgungssystem ihre Erkrankung bewältigen (und das entsprechend als Ressource artikulieren). Letztere hatte Bock in seinen Untersuchungen befragt (Bock, 2005b).

²¹ Sozialpsychiatrie versteh ich hier als einen Gegenentwurf zur Anstaltpsychiatrie, die Psychiatrie-Erfahrene – im Wortsinn – aus der Gesellschaft ausschließt. Psychiatrie-Erfahrene sollen vielmehr in den Stadtvierteln in kleinen, autarken Einrichtungen versorgt werden. Der Begriff ermöglicht darüber hinaus, die Person in ihren sozialräumlichen Wechselwirkungen wahrzunehmen und den sozialräumlichen Kontext in die Behandlung mit einzuschließen. Gemeindepsychiatrie ist dann die so entstehende Versorgungslandschaft (Seckinger und Neumann, 2019).

Vorgreifend möchte ich für die vorliegende Untersuchung Empowerment als eine (Selbst-) Ermächtigung verstanden wissen, die auf eine *real* erweiterte Verfügung über die relevanten Lebensbedingungen der Subjekte abzielt. Im folgenden Abschnitt gebe ich zunächst einen Überblick darüber, was unter Empowerment verstanden werden kann. Es folgen Empowerment-Konzepte in der Psychiatrie und danach grenze ich mich in einer Kritik des Empowerment-Begriffs von Konzepten ab, die ihre Ziele schon unter *gefühlter* Erweiterung der Möglichkeiten und subjektiv höherer Lebenszufriedenheit erfüllt sehen.

2.4.1 Was ist Empowerment?

Empowerment ist vor allem ein schwierig zu fassender Begriff. Was Menschen unter Empowerment verstehen, hängt zum großen Teil davon ab, wo sie sich selbst verorten. Zugespitzt formuliert: „Die Linke benutzte Empowerment, um politischen Widerstand zu mobilisieren, die Rechte, um ökonomisch rationale und unternehmerische Akteure zu erzeugen“ (Bröckling, 2003, S. 325). Einer der Ersten, die den Begriff von Empowerment populär machten, ist Julian Rappaport. Er definiert: „Unter ‚empowerment‘ verstehe ich, dass es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen“ (Rappaport 1985b, S. 269), was jedoch verschieden verstanden werden kann (zit. n. ebd., S. 323).

Stark (1996) definiert Empowerment (ebenfalls aus einer psychosozialen Perspektive) als einen Prozess, „durch den Personen, die – meist im Rahmen lokaler Zusammenhänge – keinen ausreichenden Anteil an für sie wichtigen Ressourcen haben, einen besseren Zugang zu diesen Ressourcen erreichen und deren Nutzung selbst bestimmen können“ (ebd., S. 156). Es ist also ein Konzept der Selbstermächtigung marginalisierter Gruppen.

Herriger (2014, S. 21–38) wirft einen historischen Blick auf das Konzept und sieht, abgesehen von Vorläufern aus dem 19. Jahrhundert, die Ursprünge von Empowerment-Konzepten in den Neuen Sozialen Bewegungen der USA in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts. Dazu zählt er vor allem *civil-rights-movement*, also die schwarze Bürgerrechtsbewegung, Feminismus und Selbsthilfe-Bewegung, aber auch *Community Action*-Bewegung (mit dem Kampf und einer Gemeindepsychiatrie) und Kampagnen zur Bildung eines politischen Bewusstseins im Anschluss an Paulo Freire.

Nach seiner Auffassung wirkt Empowerment auf zwei Ebenen: Ein politisches Empowerment, das er auf einer Ebene von Organisationen und politischer²² Partizipation verortet, und ein psychologisches Empowerment auf der Ebene des Individuums (ebd., S. 188). Letzteres zeigt sich mit Stark in „persönlichem Wachstum, individueller und sozialer Weiterentwicklung und Emanzipation und eigenem Selbstbewusstsein von einzelnen und Gruppen“ (Stark, 1996, S. 156).

Ziele von Empowerment auf individueller Ebene

Auf der Ebene der Individuen, die Empowerment erleben – ob selbst initiiert oder durch Fachkräfte ermöglicht – sollen Empowerment-Prozesse ein persönliches Wachstum initiieren, für eine „Elefantenhaut für die Seele“ sorgen (Herriger, 2014, S. 191). Im Zuge eines

²² Nach Quindel und Pankofer (2000, S. 38) und in Übereinstimmung mit Stark (1996, S. 156) ist die politische Einflussnahme dabei meist auf kommunaler Ebene angesiedelt und damit verhältnismäßig machtlos, da sie die sozialpolitischen Rahmenbedingungen nicht verändern kann.

Empowerment-Prozesses sammelt eine Person neuen Ressourcen und stärkt ihr Kohärenzgefühl mit den Erfahrungen der Gestaltungsmacht über das eigene Leben (ebd., S. 194). Im Idealfall entwickelt sie eine Selbstwirksamkeit, um sich quasi „am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen“ (Stark, 1996, S. 108).

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen personale und soziale Ressourcen entdeckt und nutzbar gemacht werden (Herriger, 2014, S. 96–99) – selbst initiiert, oder ermutigt und bestärkt durch professionelle Unterstützung. Dreh- und Angelpunkt einer kreativen Gestaltung der eigenen Lebensumstände sind Selbstbestimmung (Knuf, 2016, S. 40) und Partizipation (Stark, 1996, S. 81–89). Empowerment kann dabei sowohl von den betreffenden Personen selbst initiiert werden, als auch als professionelles Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden (Herriger, 2014, S. 17).

Empowermentkonzepte gehen in ihrer machttheoretischen Fundierung oft von einem Gefühl der Ohnmacht aus, das sich auf subjektiver Ebene in einer Lähmung niederschlägt (Bröckling, 2003, S. 327–328). Als Antidot werden Erfahrungen von Selbstwirksamkeit angepriesen, sie werden als entscheidend zur Initiierung des Wachstumsprozesses angesehen.

Die theoretische Engführung auf die subjektiven Verarbeitungsformen von Machtasymmetrien bestimmt zugleich die Ansatzpunkte ‚bemächtigenden‘ Handelns: Empowerment zielt erst in zweiter Linie auf eine andere Machtverteilung, in erster Linie aber darauf, die lähmenden Ohnmachtsgefühle zu überwinden. (ebd., S. 328)

Damit zielen nicht alle Empowerment-Konzepte auf eine erweiterte Verfügung über die Lebensbedingungen der Adressat*innen, sondern geben sich mitunter mit der *Illusion* derselben zufrieden – immerhin reicht diese aus, um das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern. In diesem Sinne wird Empowerment aus der Kritik an Machtverhältnissen heraus selbst zu einer gouvernementalen Führungstechnik (vgl. Abschnitt 2.4.3).

Politische Ziele von Empowerment

Auf politischer Ebene kann man Empowerment als „konflikthaften Prozeß [sic] der Umverteilung von politischer Macht“ (Herriger, 2014, S. 14) verstehen. Dabei geht es um die Umgestaltung von Strukturen, um eine Erweiterung der Einflussmöglichkeiten zu erreichen. So haben Feminismus und Umweltschutzbewegung es erreicht, dass Themen, die noch vor fünfzig Jahren als Randthemen abgetan wurden, sich heute in Gesetzen eingeschrieben haben und wahlentscheidend werden.

Ein wichtiger Baustein, um tatsächlich Strukturen verändern zu können und Verbesserungen der eigenen Lebensbedingungen zu erwirken, ist laut Herriger in „solidarischer Vernetzung und Selbstorganisation in sozialer Aktion“ zu finden (ebd., S. 206). Damit wirkt Empowerment auch als Gegenentwurf zu individualisierenden Tendenzen einer postmodernen Gesellschaft, als Antidot gegen eine „moralische und reale Einsamkeit“ (Stark, 1996, S. 104).

2.4.2 Empowerment im psychosozialen und psychiatrischen Hilfesystem

Seit den 1980-er Jahren wird das Empowerment-Konzept auch im Zusammenhang mit Gemeindepsychologie (Quindel, 2004, S. 190) und später mit Selbsthilfegruppen (Hellerich, 2003, S. 41; Stark, 1996, S. 127) genutzt. Heute findet es sich beispielsweise als konstituierender Bestandteil von Recovery (Amering & Schmolke, 2012, S. 32) oder in Anti-Stigma-Arbeit

(Bock, 2005a, S. 61). Das Konzept hat eine Reihe von Anknüpfungspunkten ans Salutogenese-Modell (Stark, 1996, S. 104). Im Folgenden werde ich Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen im Hilfesystem als Dreh- und Angelpunkt von Empowerment im psychiatrischen und psycho-sozialen Hilfesystem diskutieren und dann einen Blick auf Selbsthilfegruppen werfen.

Selbstbestimmung: Individuelles Empowerment

Wesentlicher Teil von Empowerment Psychiatrie-Erfahrener ist die Selbstbestimmung, sowohl im Hinblick auf die Gestaltung des eigenen Lebens als auch auf die Behandlung. Wenn es um die Gestaltung des eigenen Lebens geht, sind Psychiatrie-Erfahrene in vieler Hinsicht von gesellschaftlicher Teilhabe – und damit von der vollen Auswahl an Möglichkeiten der Lebensgestaltung – ausgeschlossen, wie die BAESCAP-Studie zeigt (vgl. Abschnitt 2.1.1, S. 4). Sie sehen sich strukturellen Diskriminierungen unterworfen: So ist ihnen beispielsweise der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oft verwehrt, und bis zum Inkrafttreten der dritten Reformstufe des BTHG wurde auf das Einkommen von Ehepartner*innen zur Finanzierung der Eingliederungshilfe zurückgegriffen – was eine Heirat für Bezieher*innen von Eingliederungshilfe in vielen Fällen finanziell nicht ratsam erscheinen ließ. Empowerment kann hier etwa politischer Aktivismus für mehr Teilhabe sein, oder aber das Finden eines Arbeitsplatzes im ersten Arbeitsmarkt oder ein Umzug in eine eigene Wohnung und Nutzung ambulanter Dienste.

Auf der Seite der Behandlung sehen sich Psychiatrie-Erfahrene in ein Machtgefüge verstrickt. Zunächst wirkt medizinisches Wissen machtvoll: Patient*innen werden aufgrund von Diagnosen behandelt. Ziel ist es, ihr Verhalten den Erkenntnissen der Medizin und Gesundheitswissenschaft anzupassen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verhältnis zwischen Behandler*in und Patient*in vor allem im Bereich somatischer Erkrankungen verändert, mündige Patient*innen treten Ärzt*innen selbstbewusster gegenüber, treffen informierte Entscheidungen und übernehmen damit Verantwortung sowohl für ihre Gesundheit als auch für die Effizienz des Gesundheitssystems (Schäfer, 2017, S. 3). Mit mehr Eigenverantwortung verschiebt sich der Charakter des Machtverhältnisses von direktiver Macht (Patient*innen sollen ärztliche Verordnungen befolgen) zugunsten der Gouvernementalität. Im psychiatrischen Bereich, unter der Wirkung des Dispositivs von psychischer Störung und unter dem Mandat der gesellschaftlichen Kontrolle, hat sich diese Entwicklung noch nicht in dem Maße umgesetzt.

Bock & Naber (2004) beschreiben das traditionelle Kooperationsmodell zwischen Behandler*in und Psychiatrie-erfahrener Person und grenzen es von einem partnerschaftlichen Modell ab, das den Psychiatrie-Erfahrenen ein deutlich größeres Maß an Selbstbestimmung ermöglicht (vgl. Tabelle 1, S. 20). Ersteres beschreiben Bock und Naber (2004) als autoritär. Patient*innen werden entmündigt und sollen einer Therapie folgen, die ärztlicherseits so verordnet wurde. Die Störung wird zum Störfaktor, der möglichst weitgehend ausgeschaltet werden soll, wobei die medikamentöse Therapie eine wichtige Rolle spielt. Hier wirkt das Dispositiv von psychischer Störung ungebrochen. Das im Kontrast dazu entworfene partnerschaftliche Modell will die Patient*innen als Subjekte ernst nehmen (ebd., S. 233). Dazu gehört, dass sie nicht nur als Symptomträger*innen begriffen werden, sondern als Menschen, die eigene Pläne und Wünsche für ihr Leben haben, ihren Symptomen einen eigenen Sinn geben, Eigensinn entwickeln und eigene Vorstellungen von Lebensqualität haben. Mit dieser am Trialog orientierten Sicht (Bock, 2004, S. 278) wird Selbstbestimmung an die

Tabelle 1: Kooperationsstrukturen in der Beziehung zwischen Behandler*in und Psychiatrie-Erfahrenen.
Eigene Darstellung nach Bock (2004, S. 239).

	<i>Traditionelles Modell</i>	<i>Partnerschaftliches Modell</i>
<i>Dosis</i>	Viel hilft viel Je früher, desto besser	So wenig wie möglich, nur wenn nötig, Alternativen abwägen Dosierung und Art der Medikation autonomiefördernd (Selbst- und Bedarfsmedikation, orale Medikation vor Depot)
<i>Dauer</i>	Lebenslang, auf Sicherheit bedacht	Berücksichtigung von Standards, aber individuelle Entscheidung
<i>Verständnis</i>	Einfaches Krankheitskonzept: Stoffwechselstörung ausgleichen Vulnerabilität als genetisch bedingt Missachtung von Psychoseinhalten und Biografie	Offenes Krankheitsverständnis, Ernstnehmen von subjektiven Deutungen und individuellen Krankheitskonzepten Wahrnehmung von Bedeutung, Funktion und biografischem Zusammenhang
<i>Zielsetzung</i>	Vorgabe der Ziele von außen Rückfälle vermeiden um jeden Preis („Vita minima“) Symptomfreiheit um jeden Preis	Gemeinsames Abwägen von Zielen Aus Rückfällen lernen Angstreduktion, Erweiterung von Entscheidungs- und Handlungskompetenz Akzeptanz von Eigensinn
<i>Information</i>	Keine ausreichende Information, Verharmlosung von Nebenwirkungen	Ausführliche Information über kurzfristige Nebenwirkungen
<i>Beziehung</i>	Autoritäre Beziehung: Bestimmung statt Verhandlung, Abnahme von Verantwortung, Enteignung von Erfahrung	„Ideologiefreie“ Behandlung ohne Zuschreibung von Krankheitskonzept; Teilen von Verantwortung, Einbettung der Medikation in tragende therapeutische Beziehung

Psychiatrie-Erfahrenen zurückgegeben, die Definitionsmacht liegt nicht mehr allein auf ärztlicher Seite. Die Therapie wird zwischen Behandler*in und Psychiatrie-erfahrener Person ausgehandelt, die Zielsetzung ist nicht ärztlicherseits vorgegeben²³. Insofern ist ihr partnerschaftliches Kooperationsmodell als ein Modell zu verstehen, wie Empowerment im psychiatrischen Behandlungsalltag umgesetzt werden kann.

In diesem Zuge kritisiert Bock (2004) auch den Begriff einer Compliance, die sich als buchstabengetreues Befolgen der verordneten Therapie versteht, als „Unterwerfungsritual“ (ebd., S. 274), das einem Recovery eher entgegensteht. Er plädiert dafür, dass Compliance von

²³ Das ist besonders deswegen wichtig, weil die Behandlungsziele nicht grundsätzlich übereinstimmen müssen. Dörner (2001) unterstellt zugespitzt eine *Gegnerschaft* zwischen Behandler*in und Patient*in, (zit. n. Zaumseil und Terzioglu, 2004, S. 255), die auch die vorliegende Untersuchung bestätigen kann.

Behandler*innen und Psychiatrie-Erfahrenen gemeinsam aufgrund eines gewachsenen Vertrauens entstehen soll. Auch den Begriff der Krankheitseinsicht möchte Bock in diesem Sinne umdefinieren. Der traditionelle Begriff der Einsicht der Psychiatrie-erfahrenen Person in ihr Krank-Sein und die Übernahme der Diagnose als Selbstzuschreibung gelten weithin als *Bedingung* für eine Behandlung. Das ist disziplinierende Macht im Sinne von Foucault, Krankheitseinsicht ist nahe an Selbststigmatisierung, Compliance wäre dann die gouvernementale Übernahme des herrschenden Diagnose-Begriffs. Im Gegensatz dazu kann Eigensinn, also eine alternative Sicht auf die eigenen Symptome, als unterworfene Wissensart und gleichzeitig als Ressource für den eigenen Recovery-Prozess eingeordnet werden. Krankheitseinsicht wäre dann die Aufgabe der Ärzt*innen, ein Verständnis für die Psychiatrie-erfahrene Person zu entwickeln und sie auf ihrem Recovery-Weg zu begleiten (ebd., S. 276).

Es wäre jedoch verfehlt, Selbstbestimmung nur auf einer individuellen Ebene zu fassen: Als verteidigte das autonome Individuum in einem wie auch immer gearteten Naturzustand seine Natürlichkeit gegenüber den Zumutungen der gesellschaftlichen Normalität. Dörner (2004b, S. 242–243) weist darauf hin, dass Selbstbestimmung *an sich* in Machtkonstellationen eingebettet ist. Psychiatrie-Betroffene übernehmen oft genug die Perspektive der Psychiatrie²⁴. Er beschreibt, dass viele Menschen²⁵ im von ihm geführten Wohnheim sich selbst zunächst für zu krank gehalten hätten, um selbständig zu leben. Mittlerweile lebt der Großteil von ihnen in eigenen Wohnungen und würde diese um nichts in der Welt aufgeben.

Und auch die umgekehrte Wirkrichtung darf nicht außer Acht gelassen werden:

Menschliches Handeln ist in der Psychose nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr transportiert die Psychose existentielle Zweifel und Konflikte, die für alle Menschen Bedeutung haben. [...] Zu schnelle automatische Vergabe von Neuroleptika ist schädlich, weil dann die Gesellschaft resistent wird gegenüber der Vielfalt menschlicher Seinsweisen und immer rigidere Vorstellungen entwickelt. Es ist normal verschieden zu sein! (Bock, 1998, S. 288, zit. n. Quindel, 2004, S. 208, Hervorhebung: M.P.)

Jedes Handeln wirkt zurück auf das Dispositiv. Es bleibt allerdings offen, ob es den Psychiatrie-Erfahrenen zugemutet werden darf, Verantwortung für die Normalitäten der Gesellschaft zu übernehmen, diese Haltung kann einem Imperativ der Selbstermächtigung oder einem *blaming the victim* nahekommen.

Das Konzept von Empowerment und das Salutogenese-Modell teilen im Fokus auf die Frage „Was macht gesund“ eine starke Orientierung auf Ressourcen. Indem Psychiatrie-Erfahrene ermuntert werden, ihr eigenes Konzept ihrer Erfahrungen zu entwickeln und sie ihre Therapie anhand ihrer eigenen Ziele mit der behandelnden Person aushandeln, wird ihre Selbstwirksamkeit gestärkt – in Begriffen von Salutogenese also die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit ihrer Erfahrungen. Die Kontrollüberzeugung sozialer Situationen und das Gefühl, das eigene Leben gestalten zu können, können gesundheitsförderlich wirken (Stark, 1996, S. 114–115).

²⁴ So beschreibt Goffman, wie Stigmatisierte die Perspektive der vermeintlich „Normalen“, Stigmatisierenden übernehmen (vgl. Abschnitt 2.1, S. 4). Die Kritische Psychologie bringt ein solches Sich-Einrichten in den bestehenden Verhältnissen und Übernehmen von nahegelegten Weltinterpretationen mit dem Konzept der restriktiven Handlungsfähigkeit auf den Begriff (Holzkamp 1985).

²⁵ Dörner verwahrt sich dagegen, Menschen darauf zu reduzieren, dass sie irgendwo wohnen: „Der Begriff ‚Bewohner‘ ist bei Strafe zu verbieten.“ (Dörner, 2004a, S. 24)

Selbsthilfe als Beispiel für politisches Empowerment

Durch Empowerment wird die Expert*innenrolle der Fachkräfte in Frage gestellt, sei es durch Menschen, sie sich selbst zu Expert*innen ihres eigenen Lebens erklären, sei es durch Fachkräfte, die bei den „ihnen anvertrauten“ Klient*innen Empowerment-Prozesse initiieren wollen. Entsprechend wichtig für Empowerment im psychosozialen Verständnis sind daher Selbsthilfegruppen, in denen soziale Unterstützung außerhalb von professioneller Kontrolle organisiert werden kann. Heute spielen Selbsthilfegruppen in der Landschaft des psychosozialen Unterstützungssystems eine wichtige Rolle und haben in ihrer Funktion eine große Bandbreite zwischen politischem Auftrag (Öffentlichkeitsarbeit, politische Arbeit) und konkreter und individueller Entlastung (von Krisenintervention bis Peer-Beratung). Sie sammeln und bündeln Information und bilden damit eine Gegenmacht zum Expert*innenwissen des medizinischen Systems (Hellerich, 2003, S. 107). Die Gemeinschaft mit Gleichgesinnten oder Gleich-Betroffenen kann ein Aspekt von Solidarität sein und ein Gegengewicht zum gesellschaftlich herrschenden Individualismus mit seinen Entfremdungstendenzen bilden (Stark, 1996, S. 104). Darüber hinaus können Psychiatrie-Erfahrene im Weitergeben ihrer Erfahrungen einen Sinn finden, nach Dörner (2004a, S. 24) ein wesentliches Bedürfnis von Menschen und damit auch von Psychiatrie-Erfahrenen. Eine Bedeutung für andere zu haben, etwas Sinnvolles zu tun ist für Menschen wichtig. Trialogische Forschung zum subjektiven Sinn von Psychosen gibt ihm darin Recht (vgl. Bock et al., 2012)²⁶.

Hellerich (2003) beschreibt ein breites Spektrum an Organisationsformen von Selbsthilfegruppen. Dabei unterscheidet er diejenigen, die von Fachkräften initiiert und gesteuert werden, wie die Soteria. Andere Selbsthilfegruppen, oft in antipsychiatrischer Tradition, lehnen Expert*innenwissen grundsätzlich ab. Er selbst propagiert eine Selbsthilfe, die durch Fachkräfte begleitet wird, wobei die Psychiatrie-Erfahrenen den Fachkräften ihre Rollen zuweisen. Dafür führt er eine Reihe von Beispielen an, darunter das Weglaufhaus Berlin und die Nachtschwärmer Bremen²⁷ (ebd., S. 42–52). Bei durch Professionelle begleiteten Selbsthilfegruppen sieht Quindel (2000) aufgrund des Wissens der Expert*innen immer die Gefahr einer paternalistischen Übernahme (ebd., S. 27–28). Einig sind sich die Autoren jedoch, dass die Begleitung durch Fachkräfte auf die Psychiatrie-Erfahrenen entlastend wirken kann (Hellerich, 2003, S. 46)²⁸.

Während Hellerich die postmoderne Dekonstruktion der Dichotomien Subjekt–Objekt, gesund–krank, Expert*in–Lai*in, Normalität–Abweichung postuliert, schränkt er selbst ein, dass damit Analysekategorien verlorengehen könnten. Daher plädiert er für eine „Normenweichung“ und schlägt vor, die vormals dichotomen Begriffe als Kontinuen zu denken (ebd., S. 134–136). Die Praxis bietet Beispiele für alle Ausprägungen des Kontinuums zwischen

²⁶ Damit sind die Autor*innen auch an das Salutogenese-Konzept anschlussfähig, mit Bedeutsamkeit (*meaningfulness*) als Bestandteil des Kohärenzgefühls kann es gesundheitsstiftend wirken, einen Sinn im Leben zu sehen.

²⁷ Das Weglaufhaus existiert heute noch (weglaufhaus, 2021). Das Nachtschwärmer-Café ist im Jahr 2021 im Verzeichnis Bremer Selbsthilfe-Organisationen nicht mehr zu finden. Eine Internetrecherche bringt Artikel in der Tagespresse, wonach es im Jahr 2000 mit dem Auslaufen von ABM-Stellen in die Krise geraten ist (Jansen, 2000). Hellerich (2003) wertet das Nachtschwärmer-Café als positives Beispiel einer komplementären Selbsthilfe-Struktur, danach verliert sich die Spur.

²⁸ Gleichzeitig zeigt das Beispiel auch, dass eine solche Arbeit für Ehrenamtliche leicht zur Überforderung gerät.

Übernahme der Konstruktionen und kompletter Dekonstruktion. So schweigen Mitarbeiter*innen des Weglaufhauses gegenüber der Öffentlichkeit darüber, ob sie Psychiatrie-Erfahrung haben, und wirken so an einer Dekonstruktion von Diagnosen und Zuweisungen (Quindel, 2000, S. 26). Gleichzeitig gibt es Selbsthilfegruppen, die sich stark an Diagnosen orientieren und differenzieren, so dass Betroffene gleich drei Selbsthilfegruppen gründen wollen: je eine für als depressiv, manisch und manisch-depressiv diagnostizierte Menschen (ebd., S. 27)²⁹.

Mit dem Trialog hat die Selbsthilfebewegung es geschafft, ein wichtiges Konzept zu verankern, das nach und nach im Gesundheitswesen Verbreitung findet. Es meint einen Austausch auf Augenhöhe und ein *gegenseitiges* Lernen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Fachkräften³⁰. Seit es in den 1990-er Jahren im Zuge der Psychose-Seminare gepflegt wurde (Bock et al., 2012), hat es sich mittlerweile darüber hinaus etabliert: Beispielsweise im Borderline-Triialog (Armbrust & Link, 2015), in der Anti-Stigma-Arbeit (Bock, 2005a), in Besuchskommissionen³¹ oder bei unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen, die oft trialogisch besetzt sind (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007).

2.4.3 Kritik des Empowerment-Konzeptes

Es findet sich in der Literatur eine Vielzahl kritischer Einwände dagegen, mit Empowerment zu argumentieren. Eine Auswahl stelle ich im Folgenden vor.

Empowerment löst die Widersprüche zwischen dem Hilfe- und dem Kontrollanspruch Sozialer Arbeit nicht auf. Stattdessen besteht die Gefahr, dass ein Bezug auf Empowerment das Kontrollmandat und bestehende Machtstrukturen verschleiert (Quindel & Pankofer, 2000, S. 33). Quindel (2000) geht sogar noch weiter, wenn er als konstituierend für die Ablösung der Anstaltspsychiatrie durch die Gemeindepsychiatrie die Möglichkeit sieht, den Kontrollauftrag zu delegieren: An Psychiater, psychiatrische Kliniken oder die Polizei (ebd., S. 12). Damit, so schreibt er, wirkt die Macht, die sozialpsychiatrisch über Klient*innen ausgeübt werden kann, subtiler. Man könnte an dieser Stelle von gubernementalen Techniken sprechen, die sich den Rückgriff auf souveräne Macht aber jederzeit offenhalten.

Das Menschenbild, von dem im Empowerment ausgegangen wird, ist das eines autonomen, handelnden, selbstbewussten Subjekts, das seine Fähigkeiten nur zu entfalten braucht (Quindel & Pankofer, 2000, S. 36–37). Die Autor*innen nennen dieses Bild zurecht ideologisch, entspricht es doch oftmals nicht der Lebenserfahrung Psychiatrie-erfahrener Menschen. Bröcklings (kritisch verstandene) Umformulierung der Kantschen Maxime: „Handle stets so, dass Du Dir selbst das Gesetz Deines Handelns gibst, statt es Dir von anderen vorgeben zu lassen oder in Passivität zu verharren“ (Bröckling, 2003, S. 330) führt in letzter Konsequenz in ein *blaming the victim*, eine Täter-Opfer-Umkehr: Die*der Unterlegene ist verantwortlich dafür, sich nicht genügend *empowered* zu haben. Ein derart verstandenes Empowerment-

²⁹ Die entsprechenden Selbsthilfegruppen lösten sich übrigens recht schnell wieder auf.

³⁰ Mittlerweile wird die Erweiterung des Trialogs zum Quatrolug gefordert, um die Öffentlichkeit mit einzubeziehen (Tamm und Jung, 2021).

³¹ Nach Art. 37 BayPsychKHG sind in Bayern Besuchskommissionen allerdings nicht trialogisch besetzt, sondern werden aus einer*einem geschäftsführenden Beamtin*Beamten, einer*einem Ärztin*Arzt, einer*einem Richter*in und einer nichtärztlichen Person, die beruflich in der Betreuung psychisch Kranker arbeitet, gebildet.

Konzept kann damit an neoliberalen Tendenzen anschließen (Quindel & Pankofer, 2000, S. 38–39).

Als Ausweg fordert Knuf (2016, S. 41) für die Sozialpsychiatrie, dass Selbstbestimmung Psychiatrie-Erfahrenen als Recht zugestanden werden muss und nicht als Pflicht verstanden werden darf. In der Praxis sieht er allerdings die Gefahr, dass Psychiatrie-Erfahrene „frei“ entscheiden dürfen, solange sie sich so entscheiden, wie die Fachkräfte es für sinnvoll halten. Andernfalls werden sie in ihrer Entscheidungsfindung mit Druck, zurückgehaltenen Informationen, Überreden oder einem emotionalen Beeinflussen auf der Beziehungsebene zur vermeintlich richtigen Entscheidung gebracht³².

Ansetzend an einem „Gefühl der Ohnmacht“ (Bröckling, 2003, S. 327) besteht das Risiko, dass Empowerment sich mit einem „Gefühl der Macht“ zufrieden gibt³³ und die sozialen Probleme individualisiert und therapeutisiert. Eine solche nur *scheinbare* Kontrolle macht das Subjekt *ohne sein Wissen* zum Objekt einer bereits vorgestalteten Welt – und läuft damit der ursprünglichen Idee von Empowerment komplett entgegen. Zu fordern ist daher eine *tatsächliche* Kontrollierbarkeit der Lebensumstände oder andernfalls eine *Transparenz* und emanzipatorische Erkenntnis, an welchen Stellen eine Kontrollierbarkeit nicht gegeben ist. Wo ist man Umständen ausgeliefert, und welche Gründe und Kräfte erzeugen dieses Ausgeliefertsein? Das pseudo-empowerte „sich-Fügen“ in die scheinbare Kontrollierbarkeit würde dann, in den Konzepten der Kritischen Psychologie (Holzkamp, 1985), in der *restriktiven* Handlungsfähigkeit verharren und das System, das diese scheinbare Gestaltbarkeit erzeugt, verstetigen. Eine emanzipatorische Erkenntnis dieses Systems kann zwar, indem die Illusion der Gestaltbarkeit aufgegeben wird, zunächst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirken, ermöglicht aber gleichzeitig den Weg zu einer Erweiterung der Verfügung über die Lebensbedingungen im Sinne einer verallgemeinerten Handlungsfähigkeit. Hier findet sich die Perspektive einer faktischen und nicht nur scheinbaren Gegenmacht³⁴.

Unter dem Druck einer zunehmenden Ökonomisierung mag es verlockend erscheinen, verfügbare Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Empowerment sieht prinzipiell zwei Ansatzpunkte: Subjekt und soziale Struktur. Während ein Umgestalten des Umfelds und der sozialen Rahmenbedingungen voraussetzungsvoll ist und meist nicht den schnellen Erfolg verheißt (sondern eher Frustration droht), kann es aussichtsreicher scheinen, das Subjekt an die Struktur anzupassen, womit Empowerment unter der Hand doch wieder zur reinen Psychotechnik verkommt (Quindel & Pankofer, 2000, S. 36).

Und noch ein weiteres Problem ergibt sich, wenn Ressourcen gezielt eingesetzt werden sollen: Nutzer*innen mit intensiveren Ohnmachtserfahrungen und weniger Ressourcen in ihrem Empowerment zu unterstützen, ist aufwändiger und weniger erfolgversprechend als

³² Mit einem solchen Vorgehen entlastet sich die Fachkraft gleichzeitig selbst: Auf Augenhöhe hat die Psychiatrie-Erfahrene Person selbst entschieden und trägt somit auch die Verantwortung für diese Entscheidung, sollte sie im Nachhinein unzufrieden damit sein. Die Fachkraft, die die Entscheidung subtil beeinflusst hat, sieht sich ihrer Verantwortung enthoben. Mit Empowerment, wie ich es verstanden wissen will, hat ein solches Vorgehen allerdings nichts mehr gemein: Es ist eine verschleierte Macht ausübung, derer sich die Fachkräfte noch nicht einmal bewusst sein müssen.

³³ Immerhin reicht bereits die Kontrollüberzeugung, also prinzipiell auch die Illusion der Gestaltbarkeit der eigenen Lebensentwürfe, um gesundheitsförderlich zu wirken, vgl. Abschnitt 2.1.

³⁴ Einen Dank an Erik Petter für die fruchtbare Diskussion, die sehr zu meinem Verständnis des Konzeptes beigetragen hat.

diejenigen, die ohnehin schon über mehr Ressourcen verfügen und sich besser einbringen können. Damit droht die Gefahr einer Abspaltung der Schwächsten (Glaser, 2015, S. 37)³⁵.

Die Kritik zusammenfassend birgt Empowerment neben großen Chancen der solidarischen Verfügungserweiterung der eigenen Lebenswelt und der Dekonstruktion von Machtstrukturen die Gefahr, zu einem Modus des Regierens zu werden. Statt normierender Disziplinarmacht unterwerfen sich Nutzer*innen dem Dispositiv gouvernementalen Selbst-Managements (Bröckling, 2003, S. 324). Daher erscheint es wichtig, die eigene Position transparent zu machen (Quindel & Pankofer, 2000, S. 42).

In der Sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie werden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, mit dem Begriff von Empowerment und den dagegen vorgebrachten Einwänden umzugehen. Nachdem Empowerment in seinen Grundzügen in vielen Theorien und Konzepten Sozialer Arbeit bereits angelegt war, ohne so benannt worden zu sein, empfehlen manche Stimmen die völlige Aufgabe des Begriffs und eine Rückbesinnung auf traditionelle Konzepte Sozialer Arbeit (Glaser, 2015). Andere schätzen die in Empowerment anklingende Machtperspektive und fordern, den Begriff wieder anzueignen und konsequent emanzipatorisch auszugestalten (Vossebrecher & Jeschke, 2007; Quindel & Pankofer, 2000). Auch ich plädiere im Bewusstsein der Risiken, die der Begriff Empowerment birgt, für seine emanzipatorische Verwendung. Eine schlüssige Ergänzung findet sich dabei im Konzept der Handlungsfähigkeit der Kritischen Psychologie (Vossebrecher & Jeschke, 2007).

2.4.4 Empowerment und Beschweren

In welchem Verhältnis stehen nun Empowerment und ein Beschweren? Partizipation als wesentlicher Bestandteil von Empowerment beruht nach Stark (1996) auf drei Säulen: Zentral ist, dass Menschen aktiv Visionen zur Gestaltung ihres eigenen Lebensraums entwickeln. Daneben sollen sie sich in die Gestaltung einmischen, beispielsweise durch Skandalisierung von Missständen, und zu guter Letzt sollen Menschen das Tun von Expert*innen kontrollieren (ebd., S. 83–85). Hier spielt das Beschweren an zwei verschiedenen Stellen eine Rolle:

Am wichtigsten ist sicher eine Beschwerde als Instanz der Kontrolle: Die Nutzer*innen kontrollieren das Handeln der Fachkräfte und beschweren sich, wenn sie Missstände erleben oder eine unangemessene Behandlung erfahren. Die Beschwerde kann an dieser Stelle relativ schnell zu einer Reaktion führen, im Optimalfall wird der Missstand behoben. Allerdings ist mit einem Erfolg in diesem Sinne nur zu rechnen, wenn die Beschwerde einen Missstand *innerhalb* des Systems angreift.

Darüber hinaus weist die Beschwerde als Skandalisierung von Missständen. Sie kann sowohl auf ein Abstellen des Missstandes innerhalb des Systems abzielen, als auch auf eine Umgestaltung von Strukturen. Letzteres führt in der Regel nicht zu schneller Abhilfe, und auch ein Einzelfall wird nicht zur Veränderung von Strukturen führen. An dieser Stelle bekommen unabhängige Beschwerdestellen als Teil eines Netzwerkes eine besondere Relevanz, da sie Informationen über Missstände sammeln und bündeln können und damit einen Aspekt von Gegenmacht etablieren können (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 15).

³⁵ Eine Gegenposition entwickelt Klaus Dörner, wenn er fordert: „Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen [...] immer beim jeweils ‚Letzten‘ beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt“ (Dörner, 2004b, S. 241).

2.5 Beschweren

Eine Beschwerde wird in der Betriebswirtschaft (Stauss & Seidel, 2014) in einer ersten Annäherung als eine „Äußerung von Unzufriedenheit“ gefasst. Damit fassen die Autoren Äußerungen schriftlicher oder verbaler Natur auf, aus denen die Unzufriedenheit der Beschwerdeführer*innen hervorgeht. Beschwerdeführer*innen können direkt betroffen sein („Kunden“) oder „anderen Anspruchsgruppen“ zugehören, und Adressat*in der Beschwerde kann das „Unternehmen“ (also die behandelnde Person oder Einrichtung) oder aber eine „Drittinstitution“ sein (ebd., S. 28). Diese Definition setzt eine Artikulationsfähigkeit der Beschwerdeführer*innen voraus. Eine „Abstimmung mit den Füßen“ (wie ein Wechseln der behandelnden Person oder Einrichtung) oder eine Non-Compliance aufgrund von Unzufriedenheit fallen damit nicht unter diese Definition einer Beschwerde.

In dieser Betrachtung stellen sich Beschwerdeführer*in und adressiertes Unternehmen als prinzipiell gleichberechtigte Vertragspartner*innen oder gesellschaftliche Akteure gegenüber, ein Machtverhältnis konstituiert sich situativ und kann nicht vorausgesetzt werden. Diese Betrachtungsweise lässt sich allerdings nicht auf das psychiatrische oder psychosoziale Hilfesystem übertragen: Adressat*innen im Hilfesystem treffen nicht auf Augenhöhe auf diagnostizierende Ärzt*innen oder auch entscheidende Sozialarbeiter*innen. Sie stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis. Ihr Zusammentreffen ist darüber hinaus eingebunden in mächtvolle Dispositive, die bestimmen, wer weshalb gesund oder krank ist. Beispielsweise kann eine Beschwerde Psychiatrie-Erfahrener, etwa zu unangemessenem Verhalten von Klinikpersonal, als wahnschaft diskreditiert und so als Ausdruck und bloßes Symptom der Krankheit bewertet werden (vgl. Abschnitt 2.2). Insofern muss eine auf einer marktförmigen Kunden-Dienstleistungsbeziehung aufbauende Auffassung von Beschwerden durch eine systematische Machtanalyse ergänzt werden.

Psychiatrie-Erfahrene und Mitarbeiter*innen von Beschwerdeeinrichtungen haben gemeinsam eine Definition von Beschwerden entwickelt:

Als Beschwerde wird generell die Kritik über einen erlebten oder selbst erfahrenen Missstand oder Mangel verstanden. Sie bezieht sich auf einen Vorgang oder eine Situation in der Vergangenheit oder in der Gegenwart. Die Erfahrung wird vom Beschwerdeführer als belastend empfunden, und er hofft, dass hieran etwas verändert werden kann. (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 12–13)

Diese Definition unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von derjenigen aus der Betriebswirtschaft. Die Äußerung der Kritik – und damit die Voraussetzung der Artikulationsfähigkeit – wird nicht im selben Maße in den Mittelpunkt gestellt. Dafür rückt eine Belastung der Beschwerdeführer*innen und die Hoffnung auf Abhilfe in den Fokus, die bei der betriebswirtschaftlichen Definition eine weitaus geringere Rolle gespielt hat. Auch diese Definition stellt Machtstrukturen nicht in ihren Mittelpunkt und soll daher durch machttheoretische Be trachtungen (vgl. Abschnitt 2.2) ergänzt werden.

Ausgangspunkt für eine Beschwerde ist ein (empfundener) Missstand. An dieser Stelle wirkt bereits das Dispositiv: Wird ein Zustand als Missstand empfunden? Von wem? Wer teilt, wer be- und wer verurteilt diesen Standpunkt? Das Spektrum reicht hier von Psychiatrie-Erfahrenen, die die Perspektive der Psychiatrie übernommen haben und keine Veränderung ihrer Lage anstreben, weil sie sich für „zu krank“ halten, um in einer eigenen Wohnung zu leben

(Dörner, 2004b, S. 242–243), bis zu antipsychiatrischen Bewegungen, die kriminalisiert und polizeilich verfolgt werden (Könsgen, 2008).

Dazu kommt: Beschweren ist mit Aufwand und Risiko verbunden, wie die vorliegende Untersuchung zeigen wird. Auch deswegen kommen auf eine Person, die sich beschwert, in der Regel mehrere andere, die sich nicht beschweren (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 13). Es ist zu erwarten, dass die Umstände einer Beschwerde – Rechtslage, soziale und institutionelle Unterstützung, Aufwand etc. – den Anteil derjenigen beeinflussen, die sich über empfundene Missstände beschweren. Sowohl Wirtschaft (vgl. Stauss, 2006) als auch das psychiatrische Hilfesystem (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007, S. 9; 13) nehmen in Beschwerden auch Chancen wahr: Eine Beschwerde als produktiver Beitrag zur Verbesserung der Qualität³⁶. Insofern liegt es auch im Interesse von Trägern und Einrichtungen, Beschwerden zu erleichtern und einen konstruktiv-empowernden Umgang damit zu pflegen. Diese Einsicht scheint sich aber nur punktuell durchgesetzt zu haben und hat ihren Niederschlag auch noch nicht flächendeckend in Gesetzgebungen gefunden, sodass sich Beschwerdestrukturen regional deutlich unterscheiden.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick Möglichkeiten des Beschwerens im Gesundheitssystem und im Speziellen über die Unabhängigen Beschwerdestellen Psychiatrie gegeben werden.

2.5.1 Patient*innenrechte und die Möglichkeit, sich zu beschweren

Im Patientenrechtegesetz von 2013 wurden die Rechte von Patient*innen gegenüber ihren Behandler*innen gestärkt. Seitdem sind Kliniken verpflichtet, ein patient*innenorientiertes Beschwerdesystem einzurichten (Deutscher Bundestag, 2013a, S. 279). Die Einrichtung von Patient*innenfürsprecher*innen und Ombudsleuten obliegt der Gesetzgebung der Länder und ist in Bayern nicht verpflichtend geregelt³⁷. Darüber hinaus beraten Verbraucher*innenzentralen und die Unabhängige Patient*innenberatung Deutschland UPD (nach § 65b SGB V) und begleiten Patient*innen auch bei Beschwerden. Dieses System steht prinzipiell auch Psychiatrie-Erfahrenen offen, allerdings haben sich die Verbraucherzentralen auf somatische Erkrankungen spezialisiert (Hamann et al., 2008, S. 122). Eine Auflistung findet sich in Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2007, S. 17–22).

Psychiatrie-Erfahrene (und ihre Angehörigen) haben, was ein Beschweren angeht, besondere Bedürfnisse. Oft kennen und erwarten sie eine Stigmatisierung (beispielsweise nicht ernst genommen zu werden) und scheuen deswegen davor zurück, sich zu beschweren (ebd., S. 13), oder aber sie empfinden sich als einer Klinik oder einem Wohnheim ausgeliefert und fürchten die Konsequenzen, die eine Beschwerde für sie haben kann (ebd., S. 9). Aus dieser Erfahrung heraus entwickelten Akteur*innen der Selbsthilfebewegung Unabhängigen Beschwerdestellen Psychiatrie, die speziell auf die Bedürfnisse Psychiatrie-Erfahrener und ihrer Angehörigen zugeschnitten sind.

³⁶ Wobei sich die Zielrichtung möglicherweise nur auf den ersten Blick unterscheidet: In Zeiten profitorientierter Gesundheitsversorgung können Kundenbindung und Weiterempfehlung auch für psychiatrische Einrichtungen relevant werden.

³⁷ Es gibt eine freiwillige Handlungsempfehlung, Patient*innenfürsprecher*innen zu installieren, (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, n. d.).

2.5.2 Unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie

Unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie, die teilweise unter anderem Namen firmieren, sollen regional gebundene, einrichtungsunabhängige Anlaufstellen für Psychiatrie-erfahrene Menschen sein, die sich beschweren wollen.

Für unabhängige Beschwerdestellen wurden Standards entwickelt (ebd.), deren Verbreitung sich das Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie auf die Fahnen geschrieben hat (Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie, n. d.). Unter anderem wird eine trialogische Besetzung angestrebt, in der die Leitung eine betroffene oder angehörige Person innehaben soll und die Mitglieder prinzipiell gleichberechtigt sind. Die Anliegen der Beschwerdeführer*innen sollen parteilich, mit ihrer Zustimmung und unter ihrer Mitarbeit oder der Mitarbeit einer von ihnen benannten Vertrauensperson verfolgt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hat in einer Vollerhebung die Arbeit der Patientenfürsprecher*innen und der unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen untersucht (Hamann et al., 2008). Im Rahmen einer Bachelorarbeit soll aktuell diese Untersuchung wiederholt werden (Janse, 2021).

Da es bisher keine Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Beschwerdestellen Psychiatrie gibt, ist die regionale Ausgestaltung bundesweit sehr uneinheitlich. Während beispielsweise im Bezirk Oberbayern flächendeckend jeder Kreis eine unabhängige Beschwerdestelle hat, die vom Bezirk unterstützt und ausgestattet wird, gibt es andernorts (z. B. in Nürnberg oder Leipzig, Stand Februar 2021) keine unabhängigen Beschwerdestellen. Mancherorts sind Beschwerdestellen ehrenamtlich besetzt, an anderen Stellen (z. B. die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin) werden mehrere hauptamtliche Mitarbeiter*innen beschäftigt. Die Ausbildung der Mitarbeiter*innen unterscheidet sich, mitunter wird eine Ausbildung als EX-IN-Genesungsbegleiter*in vorausgesetzt. Beschwerdestellen werden in unterschiedlicher Trägerschaft, oft jedoch von Vereinen, betrieben (Hamann et al., 2008). Auch eine Anbindung an die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung wird zum Teil angestrebt³⁸. Die Erfahrungen der Beschwerdestellen sind verschieden. Während manche von ihnen mit mehreren Mitarbeiter*innen die Flut der Beschwerden kaum bewältigen können, bearbeiten andere nur wenige im Jahr. Über die Gründe dafür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, hier könnten strukturelle Ursachen wie die Bekanntheit oder die Erreichbarkeit der Beschwerdestelle eine Rolle spielen (ebd.)³⁹.

Als Beschwerdegründe fanden Hamann et al. (2008) unter anderem das Verhalten von Fachkräften gegenüber den Beschwerdeführer*innen, die nach ihrer Ansicht ungerechtfertigte Unterbringung, Beschwerden hinsichtlich Diagnosen und Therapien, über den Umgang gesetzlicher Betreuer*innen und über Wohnheime und Ämter. Dabei beschwerten sich Betroffene bei Patientenfürsprecher*innen eher über Probleme im stationären Bereich (Nebenwirkungen von Medikationen, Dosierung, etc.), Probleme im ambulanten Versorgungssystem landeten eher bei den Beschwerdestellen (ebd.).

³⁸ vgl. Thomas Bock: Persönliche Mitteilung vom 16.10.2020

³⁹ Hinweise darauf gibt auch die vorliegende Untersuchung: Zwei der fünf Interviewpartner*innen hatten eine Beschwerdestelle in Reichweite. Eine davon wurde über die Beschwerdestelle selbst kontaktiert und gab an, dass ihre Bekannten erst durch sie von der Existenz der Beschwerdestelle erfahren haben – und auch sie selbst sei eher durch einen Zufall darauf gestoßen. Die andere Interviewpartnerin aus dem psychotherapeutischen Hilfesystem kannte ihre lokale Beschwerdestelle nicht.

Im Hinblick auf die (möglichst niederschwellige) Einrichtung von Beschwerdestellen wird von Fachkräften mitunter die Befürchtung geäußert, Psychiatrie-Erfahrene könnten ermuntert werden, sich zu beschweren⁴⁰. Hamann (2008) kommt zu dem Ergebnis, dass nur in 17 bzw. 18 % der Fälle die Patientenfürsprecher*innen oder Mitarbeiter*innen der Beschwerdestellen die Beschwerde der Erkrankung der Beschwerdeführer*innen zurechneten. In einem Vortrag (Rossmanith, n. d.) über die Erfahrungen der Berliner Informations- und Beschwerdestelle Psychiatrie berichtet deren langjährige Leiterin Petra Rossmanith auch vom Umgang mit so genannt „schwierigen Beschwerdeführer*innen“. Ihrer Erfahrung nach gab es auch bei Beschwerden, die so nicht zutreffen, zumeist einen begründeten Kern. Dem Problem der Personen, die sich oft beschweren, begegnet man dort mit einer Höchstzahl von maximal zwei Beschwerden, bei denen eine Beschwerdeführer*in gleichzeitig unterstützt wird (ebd.). Die Unterstützung reicht dabei von Gesprächen mit den Beschwerdeführer*innen über vermittelnde Gespräche mit den Einrichtungen, über die sich beschwert wird bis hin zur Vermittlung an andere Beratungsstellen (Hamann et al., 2008).

⁴⁰ So überlegte eine Fachkraft, auf potentielle Interviewpartner*innen angesprochen, dass sie manche Personen nicht ermuntern wolle, sich zu beschweren. Im Interview äußerte sich Thomas Bock dahingehend, dass es Menschen gebe, die sich ständig beschweren, und mehrere Interviewpartnerinnen beschrieben, dass sie es sich schwierig vorstellen, bei Psychose-erfahrenen Beschwerdeführer*innen Psychose von Beschwerde zu unterscheiden – im Hinblick auf den Wahn genauso wie im Hinblick auf eine mögliche Stigmatisierung.

3 Methode

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die Betroffenenperspektive. Um diese optimal in die Fragenentwicklung und Auswertung einzubeziehen, wäre partizipative Forschung (Bergold & Thomas, 2020; Unger, 2014) eigentlich mein Anliegen gewesen. In der Zeit des pandemiebedingten *social distancing* und der Verschärfung der zeitlichen und organisationalen Begrenzung einer Bachelorarbeit wurden jedoch weder die Interviewpersonen noch andere Nutzer*innen am Forschungsprozess beteiligt.

Um die Betroffenenperspektive umfassend einbinden zu können, wurde daher das Forschungsdesign in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Mey & Mruck, 2007) so offen wie möglich gestaltet. Die Interpretation des empirischen Materials folgte dem zirkulären Dekonstruieren nach Jaeggi et al. (1998). Ziel war es, subjektives Erleben der Befragten zu rekonstruieren und daraus übergeordnete Muster zu Beschwerdemöglichkeiten im psycho-sozialen Hilfesystem zu rekonstruieren. Das Ergebnis einer solchen Untersuchung muss zwangsläufig von geringer Reichweite sein und ist explorativer Art.

Mit der Methodologie der Grounded Theory (in ihren verschiedenen Varianten) teilt die vorliegende Arbeit die Vorgehensweise, die Datenerhebung und -auswertung nicht zu trennen, sondern in einem zirkulären Prozess wieder zu durchlaufen. Dabei fließen erste Analyseergebnisse in die Auswahl weiterer Interviewpartner*innen im Rahmen eines *theoretical sampling* (Mey & Mruck, 2007) wieder ein.

Aus Gründen der Handhabbarkeit des Datenmaterials im Rahmen einer Bachelorarbeit wird jedoch auf die Kodierprozeduren verzichtet und die Einzelinterviews werden nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggi et al. 1998 ausgewertet. Mit den so erarbeiteten Kategorien werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Interviews herausgearbeitet und im Folgenden mit bestehenden Theorien mittlerer Reichweite in Beziehung gesetzt, um gegenstandsbezogene Theorien zu gewinnen. Es ist zu betonen, dass die gewonnenen Daten keine Rückschlüsse auf Kausalitäten zulassen.

3.1 Datenerhebung

Für die vorliegende Untersuchung wurden qualitative leitfadengestützte Interviews erhoben. Um einerseits Erzählungen der Interviewpersonen zu initiieren und ihre Sinnstrukturen rekonstruieren zu können, andererseits aber Nachfragen zu ermöglichen, fiel die Wahl auf ein teilnarratives Interviewformat (Helfferich, 2009, S. 179). Dabei wurden zum einen fünf Interviewpartner*innen für das vorliegende Forschungsprojekt gewonnen, mit denen Interviews zwischen 35 und 82 Minuten Länge geführt (durchschnittliche Länge: 56 Minuten) und jeweils Interviewprotokolle angefertigt wurden. Andererseits konnten im Rahmen eines anderen Projektes⁴¹ zwei Expert*innen und einer Psychiatrie-erfahrenen Person jeweils eine Frage zum Thema Beschweren gestellt werden, zum Teil durch andere Forscherinnen. Im Rahmen dieser

⁴¹ Schwerpunktprojekt im Modul „Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung“: *Welche Erwartungen haben Borderline- und Psychose-Erfahrene an Sozialarbeiter*innen? – Erstellen von Lehrmitteln für das Modul „Psychosoziale Arbeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit“*. Bagheri, Nekisa; Lenk, Elisa; Maragos, Celia; Pistor, Martina; Roch, Melanie. Projektleitung: Prof. Ruth Limmer, TH Nürnberg Georg Simon Ohm.

Untersuchung wird jeweils nur die Antwort auf diese eine Frage ausgewertet, Interviewprotokolle existieren nicht.

3.1.1 Interview-Rahmenbedingungen

Die Interviewpersonen sollten sich während des Interviews wohl fühlen und in einem sicheren Umfeld von belastenden Situationen erzählen können. Daher überließ ich die Wahl des Interview-Ortes den Interviewpartner*innen. Im Vorfeld teilte ich ihnen mit, dass sie sich etwa zwei Stunden Zeit nehmen mögen und wir einen ruhigen Raum brauchen. Daraufhin luden zwei der Interviewpartner*innen mich nach Hause ein, eine dritte bevorzugte einen Raum an der Hochschule. Für die später geführten Interviews war ein persönliches Treffen aus Gründen des Infektionsschutzes im Rahmen der SARS-Cov-2-Pandemie nicht mehr möglich. Sie wurden über Online-Audiokonferenzen durchgeführt und aufgezeichnet. Die Interview-Partner*innen wurden über den Zweck der Forschung und den Datenschutz aufgeklärt und unterschrieben eine Datenschutzerklärung.

Die Interviews hätten die Interviewpartner*innen in emotional schwierige Situationen bringen können. Diese Möglichkeit sprach ich im Vorfeld des Interviews jeweils an und fragte dabei nach, ob die Interviewperson nötigenfalls eine*n Ansprechpartner*in hätte, die sie emotional auffangen könnte. Zum Abschluss des Interviews fragte ich die Interviewpartner*innen jeweils nach ihrer Stimmung. Alle gaben an, sich wohl gefühlt zu haben und zufrieden zu sein, emotional schwierige Situationen während der Interviewsituationen entstanden nicht.

3.1.2 Leitfaden und Interview

Die Interviews strukturierte ich mittels eines Leitfadens, der zur Orientierung dienen sollte. Ziel war es, Erzählstimuli zu generieren und den Erzählfluss in Gang zu halten. Für die Erstellung des Leitfadens nutzte ich das SPSS-Prinzip (ebd., 182f.).

Ein Interview zu führen, ist eine machtvolle Situation. Ich als Forscherin habe ein Forschungsdesiderat, das ich zwar den Interviewpartner*innen versuche mitzuteilen, aber meine Hintergedanken zu den Fragen bleiben ihnen verborgen. Allein schon eine Frage zu stellen, etabliert ein Machtgefälle: Die fragende Person verschwindet hinter ihrer Frage, während die befragte Person gewissermaßen ins Rampenlicht gezerrt wird und sich entblößen soll (Bodenheimer, 1999). Helfferich (2009, 65 ff.) betont in diesem Zusammenhang hingegen die Ambivalenz zwischen Erzähldruck und Erzählfreiheit, der Möglichkeit, der erzählten Geschichte einen eigenen Sinn zu geben und die eigene Subjektivität auszudrücken – ebenfalls ein Aspekt von Macht. Das Interview als erzählende Person zu führen, zwischen Erzähldruck und Erzählfreiheit auszuwählen, was mit welchen Worten erzählt werden soll, ist eine komplexe kognitive und kommunikative Leistung, die einer entsprechenden Atmosphäre bedarf: Zeit zum Erzählen, Raum, Offenheit, Bewertungsfreiheit und Interesse von Seiten der Interviewer*in. Insofern wird gefordert, dass die Interviewer*in sich von ihren Interviewpartner*innen führen lassen solle (Kruse et al., 2015, S. 307).

Der Interviewbeginn wurde im Leitfaden mit einer kurzen Vorstellung des Projektes, der Durchführung des Interviews, Datenschutzinformationen und dem Klären offener Fragen konzipiert. Nach Start der Aufzeichnung folgte die Überleitung zum Hauptteil mit der Frage, wie sich die Interviewpartner*innen gern vorstellen wollen. Mit dieser Frage wollte ich einerseits

das Eis brechen und die Interviewpartner*innen zum Erzählen verleiten, andererseits scheint in der Beantwortung dieser Frage ihre Identität und ihr Selbstverständnis auf⁴². An dieser Stelle wurde schon Bezug auf das Thema des Beschwerens genommen („Was muss ich von Ihnen wissen, um Ihre Geschichte verstehen zu können?“) Damit sollte einerseits schon ein erster Fokus gesetzt werden, andererseits sollte die Einschränkung die Interviewpartner*innen einladen, nur von sich preiszugeben, was sie für relevant erachten und preisgeben wollen⁴³. Danach folgt ein Erzählstimulus, um die Situation, in der eine Beschwerde wichtig gewesen wäre, zu erfahren. Mit Nachfragen versuchte ich, die Situation zu verstehen: Hat die Person sich beschwert? Warum (nicht)? Was war nötig/wäre nötig gewesen? Eine zweite Hauptfrage versuchte, die emotionale Bedeutung und den Sinn der Situation und der (erfolgten oder nicht erfolgten) Beschwerde für die Interviewpartner*in zu erfragen. Zum Schluss wurden die Interviewpartner*innen gefragt, was sie an der erzählten Situation in der Rückschau gern ändern würden, damit es ihnen heute besser ginge. Mit der Antwort auf diese Frage konnte noch einmal die Bedeutung der Ereignisse für die Erzählperson eingeordnet werden: Was hier erzählt wurde, hat eine hohe Relevanz für die Interviewpartner*innen.

3.1.3 Interview-Protokoll

Im Anschluss an die Interviews habe ich – möglichst bald, spätestens jedoch im Abstand von 24 Stunden – ein Interviewprotokoll erstellt, wie es auch Helfferich (2009) empfiehlt. Es umfasst Details des Interviews (Datum, Interview-Nr. und Dauer), einen Hinweis auf das Zustandekommen des Kontakts, weiter Ort und Umstände des Interviews⁴⁴. Darüber hinaus gibt es Notizen über die Atmosphäre des Interviews, Besonderheiten und schwierige Passagen. Auch, was vor und nach der Aufzeichnung gesprochen wurde, ist ein relevanter Teil der gewonnenen Daten. Die Atmosphäre ist dann entspannter und vereinzelt fielen noch Aussagen, die die aufgenommenen Passagen ergänzen, erhellen oder unterstreichen können. Daher habe ich auch darüber Notizen verfasst (vgl. ebd., S. 368f.).

3.2 Auswahl der Interviewpartner*innen: Theoretical Sampling

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Ergebnisse hat die Wahl derjenigen, die für die Untersuchung befragt werden. Daher hat das Theoretical Sampling in der Grounded Theory einen hohen Stellenwert.

⁴² Dabei ist zu beachten, dass die Erzählung der Identität verzerrt ist durch das Wissens um den Anlass des Interviews. Für die situative Konstruktion der Identität wird die Rolle im psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystem eine größere Rolle spielen als ohne diesen Einflussfaktor.

⁴³ Auch im Verlauf des Interviews setzte ich gelegentlich Impulse, nur preiszugeben, was auch gut tut zu erzählen, um den schmalen Grat zwischen Interesse und Voyeurismus zu finden und die Regie über das Interview bei den Interviewpartner*innen zu belassen.

⁴⁴ Lamnek und Krell (2016) schlagen vor, im Postskriptum auch das Wohnumfeld und die Wohnung der Befragten in ihrer Ausstrahlung zu beschreiben. Das birgt gleichzeitig die Gefahr, die Befragten in gewissem Sinne bloßzustellen: Immerhin laden Psychiatrie-Erfahrene die Forscherin in ihre Privatwohnung und damit in ihren Intimbereich ein. Daher bleiben solche Darstellungen in den Interviewprotokollen eher knapp und sachlich.

3.2.1 Einschlusskriterien

Zunächst sollten potentielle Interviewpartner*innen Erfahrungen im psychiatrischen oder psychosozialen Hilfesystem gemacht haben, die sie selbst als beschwerdewürdig empfunden haben. Um Interviewpartner*innen zu finden, erwies es sich als notwendig, dass sie in irgend-einer Form an eine auch von außen erreichbare Institution angebunden waren – oder über persönliche Kontakte (jeweils über eine Kontaktperson) im (z. T. professionellen) persönlichen Umfeld von Menschen im Umfeld der Forscherin zu finden sein. Darüber hinaus war Artikulationsfähigkeit nötig, um ein Interview überhaupt führen zu können. Das bedeutete nicht nur, dass ich eine gemeinsame Sprache mit den Interviewpartner*innen finden musste, sondern auch, dass ein (digitaler) Kontaktweg notwendig war.

3.2.2 Zugang zu den Interviewpartner*innen

Eine Vorrecherche ergab, dass es in Mittelfranken zwar lokal Beschwerdestellen mit verschiedenen Zuständigkeiten gibt bzw. gegeben hat⁴⁵. Jedoch existieren weder Beschwerdestellen, die dem Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie angehören, noch Beschwerdestellen, die beim Bezirk Mittelfranken verankert wären. Anders sieht die Lage in Oberbayern aus (Bezirk Oberbayern, 2020). Hier gibt es neun triologisch besetzte Beschwerdestellen. Sie arbeiten entsprechend den vom Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie entwickelten Vorgaben und werden von Angehörigen- und Betroffenenverbänden getragen. Aufgrund dieser sehr unterschiedlichen Strukturen in benachbarten Bezirken versprach ich mir kontrastierende Fälle, indem ich einerseits die Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfegruppen KISS Mittelfranken und andererseits die Unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle Oberbayern Nord⁴⁶ über ihre jeweils veröffentlichten E-Mail-Adressen kontaktierte mit der Bitte, potentielle Interviewpartner*innen anzusprechen.

Über KISS angesprochen meldeten sich Interviewpartnerinnen 1 und 2 bei mir, die beide bei einer Nürnberger Selbsthilfegruppe angebunden sind. Während Interviewpartnerin 1 seit dem ersten Auftreten ihrer Erkrankung überwiegend berentet ist und berichtet, kein soziales Umfeld zu haben, ist Interviewpartnerin 2 berufstätig und verheiratet, die Fälle kontrastieren also, wie im *theoretical sampling* gefordert. Ihre Erlebnisse unterscheiden sich drastisch, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie sich nicht beschwert haben, obwohl sie es gewollt hätten.

Interviewpartnerin 3 kontaktierte mich auf Vermittlung der Beschwerdestelle Oberbayern Nord. Sie ist nicht berufstätig und lebt mit ihrem Partner zusammen. Sie berichtet von wiederum anders gelagerten Erfahrungen und durchläuft zum Zeitpunkt des Interviews gerade ihren Beschwerdeprozess beim Bezirk Oberbayern, unterstützt durch die Beschwerdestelle.⁴⁷

Bei aller Unterschiedlichkeit der Fälle bis dahin fiel bei der Auswertung auf, dass die drei Interviewpartnerinnen – bei aller Unterschiedlichkeit der Erfahrungen und Beschwerdemöglichkeiten – eine hohe Artikulationsfähigkeit und eine akademische Ausbildung gemein haben.

⁴⁵ Beispielsweise die Unabhängige soziale Beschwerdestelle Nürnberger Land (Landkreis Nürnberger Land, 2020), die ehrenamtlich besetzt ist, oder die die Informations-, Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege (IBS) im Landkreis Erlangen Höchstadt (Landratsamt Erlangen-Höchstadt, 2020).

⁴⁶ Getragen durch den Verein der Angehörigen psychisch Kranker der Region 10 und der Oberbayrischen Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (OSPE) e. V. (UpB Oberbayern Nord, 2021).

⁴⁷ Bei diesem Interview kommt es im Verlauf zu einer Besonderheit: Ihr Partner stößt zum Gespräch dazu und bringt sich mit ein.

Entsprechend sollte eine weitere interviewte Person möglichst keinen akademischen Hintergrund haben. Eine schlechtere Artikulationsfähigkeit hingegen würde einerseits einen Einfluss haben auf die (Un-)Möglichkeiten, sich zu beschweren. Gleichzeitig kann sich die Artikulationsfähigkeit auch auf die Fähigkeit auswirken, ein Interview zu führen. Bei der Auswertung der ersten Interviews ergab sich darüber hinaus sehr schnell Stigmatisierung als relevante Kategorie. Insofern lag es nahe, Menschen zu finden, die neben ihrer psychischen Erkrankung weiteren Dimensionen von Stigmatisierung ausgesetzt waren. Ich kontaktierte daher Mitarbeiter*innen von verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe⁴⁸. Allerdings konnte mir dort niemand eine*n Interviewpartner*in vermitteln⁴⁹.

Eine weitere Interviewpartnerin wurde mir aufgrund eines persönlichen Kontakts ihres Arbeitskollegen vermittelt: Interviewpartnerin 4 studiert aktuell, stammt aber aus einem afrikanischen Schwellenland und spricht Deutsch nach eigener Angabe etwa auf Sprachniveau B1. Somit erlebt sie gegenüber dem psychosozialen Hilfesystem eine Sprachbarriere, die ihre Artikulationsfähigkeit wesentlich einschränkt. Im Interview kann sie sich auf Englisch hingegen gut ausdrücken. Weitere Dimensionen der Diskriminierung (etwa aufgrund ihrer Hautfarbe) hielt sie im Vorgespräch für nicht relevant. Ihre Beschwerde stammt aus dem psychotherapeutischen Hilfesystem.

Der ehemalige Leiter eines Wohnheimes für psychisch Kranke sprach einen ehemaligen Nutzer dieses Heimes an und vermittelte mir den Kontakt. Ich durfte daraufhin Interviewpartner 5 kontaktieren. Er sollte eine lange Zeit im psychiatrischen Hilfesystem verbracht haben und keinen akademischen Hintergrund haben. Somit wäre er deutlich stärker als alle anderen Interviewpartner*innen von gesellschaftlicher Teilhabe exkludiert gewesen. Wir hatten bereits telefonischen Kontakt und einen Interviewtermin vereinbart, letztlich kam dieses Interview allerdings nicht zustande. Über die Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden: Erwartete er Stigmatisierung? Fühlte er sich unsicher? Hatte er keine Zeit für ein Interview, weil anderes wichtig war? Spielte die erwähnte psychiatrische Diagnose seiner Partnerin eine Rolle? Waren die technischen Barrieren zu hoch?

Interviewpartner 6 meldete sich, nachdem er über eine Sozialarbeiterin (persönliches Budget) angesprochen worden war, die ich nach Interviewpartner*innen gefragt hatte. Auch er hatte einen akademischen Hintergrund und war berentet. Er gab bereitwillig Auskunft über seine Erfahrungen im stationär-klinischen Bereich und die Unzulänglichkeiten der Behandlung, die er erfahren hat. Beschwerte hat er sich nie.

Darüber hinaus ergab es sich, dass im Rahmen eines studentischen Projektes Interviews mit einem Experten (Thomas Bock), einer selbst Psychiatrie-erfahrenen Expertin (Anja Link) und einer weiteren Psychiatrie-erfahrenen Person geführt wurden. Auch diese wurden mit einer Frage auf Beschwerdemöglichkeiten angesprochen und ihre Aussagen fließen punktuell in die Arbeit mit ein.

⁴⁸ Unterstützung im psychosozialen Hilfesystem zu erlangen ist voraussetzungsvoll. Für eine nennenswerte Anzahl von Wohnungslosigkeit Betroffener bedeutet das, dass sie aus dem psychosozialen Hilfesystem herausgefallen sind und niederschwellige Unterstützungen der Wohnungslosenhilfe in Anspruch nehmen, obwohl ihre psychische Erkrankung als behandlungsbedürftig eingeschätzt wird (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 2008).

⁴⁹ Neben strukturellen Problemen spielte an dieser Stelle die Corona-Pandemie eine wichtige Rolle: Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe waren oftmals überlastet und damit beschäftigt, ihren Nutzer*innen eine rudimentäre Versorgung und Unterstützung anzubieten.

3.2.3 Bewertung des Samples: Wer fehlt?

Zur Einschätzung meines Samples soll ein grober Vergleich der Interviewpartner*innen mit den Befragten der BAESCAP-Studie vorgenommen werden. Dort wurden „schwer psychisch Kranke“ befragt. Sie wurden anhand dessen identifiziert, dass sie Eingliederungshilfe bezogen. Für die vorliegende Untersuchung wurde kein solches Einschlusskriterium definiert. Im Nachhinein ergibt sich im Vergleich mit der BAESCAP-Studie folgendes Bild: Interviewpartner*innen 3 und 6 erfüllen das Einschlusskriterium (Betreutes Wohnen, Interview 3, Pos. 2 bzw. Persönliches Budget, Interview 6, Pos. 42) der BAESCAP-Studie, und möglicherweise stehen auch Interviewpartnerin 1 Leistungen der Eingliederungshilfe zu. Interviewpartnerinnen 2 und 4 geben keine Anhaltspunkte dafür, dass ihnen Eingliederungshilfe zustünde. Damit ist zu erwarten, dass die befragten Personen insgesamt weniger von Exklusion – in allen Dimensionen – betroffen sind als die für BAESCAP untersuchten Personen. Das zeigen auch die persönlichen Umstände der Interviewpartner*innen, soweit sie im Rahmen der Interviews thematisiert werden. Zwei der Interviewpartner*innen führen eine Partnerschaft und damit weniger als im SOEP, aber mehr als in der BAESCAP-Studie. Eine Interviewpartnerin geht einer Erwerbstätigkeit nach, eine studiert, zwei Interviewpartner*innen sind berentet und eine bezieht Grundsicherung. Das ist in etwa vergleichbar mit den Befragten der BAESCAP-Studie, allerdings waren dort viele der arbeitenden Befragten in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt – und unter den Interviewpartner*innen niemand. Ganz drastisch zeigen sich die Unterschiede zwischen den Interviewpartner*innen und den Befragten der BAESCAP-Studie allerdings im Hinblick auf den Bildungsabschluss: Alle Interviewpartnerinnen haben eine Hochschulreife und zumindest ein Studium begonnen, vier von fünf haben dabei auch einen Abschluss erzielt. Die BAESCAP-Studie erfasste nicht die digitale Teilhabe der untersuchten Zielgruppe. Ich hatte mit allen Interviewpartner*innen Kontakt via E-Mail; Menschen ohne Zugang zum Internet sind im Sample also nicht vertreten.

Die BAESCAP-Studie zeigt, dass mit steigendem Unterstützungsbedarf in der Wohnform der Grad an Fremdbestimmung im Alltag steigt (Heim, 2020, S. 61). Entsprechend könnte erwartet werden, dass auch die Möglichkeit, sich zu beschweren, mit steigendem Unterstützungsbedarf sinkt. Für die vorliegende Untersuchung konnte ich niemanden interviewen, der in einem Wohnheim lebt oder gelebt hat. In die Untersuchung gehen keine Menschen ein, deren Störung oder deren medikamentöse Behandlung sie stark einschränken, einen großen Unterstützungsbedarf begründen oder sich auf die Artikulationsfähigkeit auswirken. Es fehlen Menschen mit Fluchthintergrund, mit weiteren Exklusionsdimensionen wie Wohnungslosigkeit und Menschen im Zwangskontext (Forensik, Maßregelvollzug). Damit fehlen Gruppen, die besonders stark von Exklusion betroffen sind und die ich als vulnerabel einschätze.

Eine interessante Rolle in der Untersuchung spielt der Lebenspartner von Interviewpartnerin 3. Er wurde nur als solcher vorgestellt, stellte sich aber nicht selbst vor und seine Biographie bleibt komplett im Dunkeln. Er erwähnt kein Studium und drückt sich im Vergleich zu Interviewpartnerin deutlich drastischer und sarkastischer aus. Möglicherweise tauchen in seinen Äußerungen und in den Berichten der beiden über andere Nutzer*innen der Einrichtung (wenn auch nur schemenhaft) Menschen auf, die im Sample fehlen: Menschen ohne akademischen Hintergrund, Menschen mit eingeschränkter Artikulationsfähigkeit und Menschen, die

zu krank sind oder zu wenig soziale Unterstützung haben, um sich zu beschweren. Aber auch sie werden ambulant betreut und leben nicht im Heim.

3.3 Auswertung der Daten

Nicht nur das Führen eines Interviews (vgl. Abschnitt 3.1), in noch größerem Maße die Auswertung und Interpretation der Daten etabliert ein Machtverhältnis, das bereits bei der Transkription beginnt. An dieser Stelle fehlt die Partizipation der Interviewpartner*innen oder betroffener Co-Forscher*innen besonders schmerzlich.

Die fünf geführten Interviews sowie die drei Fragmente wurden transkribiert und nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens ausgewertet (Jaeggi et al., 1998). Dabei ließ ich mich in der Auswahl der Theorien, anhand derer ich die empirischen Ergebnisse einordnete und diskutierte, vom Interviewmaterial leiten. Die Erarbeitung der theoretischen Grundlagen erfolgte also parallel zur Auswertung der Interviews und ging dieser nicht voraus.

3.3.1 Transkription

Kruse et al. (2015, Kapitel 6) weist auf die Konstruktivität eines Transkriptes hin. Um einen Anteil paraverbaler Kommunikation mit in die Auswertung einbeziehen zu können, wird in der vorliegenden Arbeit vor allem auf das Transkriptionsschema⁵⁰ von Kruse zurückgegriffen (ebd., S. 354–355, vgl. Anhang A.4, S. A6).

3.3.2 Zirkuläres Dekonstruieren

Um dem engen zeitlichen Rahmen einer Bachelorarbeit gerecht werden zu können, werden die Interviews nach der Methode der zirkulären Dekonstruktion ausgewertet. Dabei werden die einzelnen Arbeitsschritte nicht linear absolviert, sondern immer wieder ergibt sich in einem Auswertungsschritt die Notwendigkeit, auf einen vorausgegangenen Schritt zurückzukommen und ihn noch einmal zu überarbeiten. Die folgende Beschreibung der Methodik beruht auf Jaeggi et al., 1998.

Auswertung der Einzelinterviews

Die Einzelinterviews werden in folgenden Schritten ausgewertet: Zunächst wird dem Text ein prägnanter Satz, der im Interview so gefallen ist, als Motto bzw. Überschrift gegeben (vgl. Abschnitt 4: Überschriften). Es folgt eine zusammenfassende Nacherzählung (vgl. Abschnitt 4), für die der Text gestrafft und überwiegend chronologisch erzählt wird. Dabei werden bereits Schwerpunkte für die weitergehende Interpretation gesetzt. Für das vorliegende Material erschien es als zweckmäßig, den Fokus auf die Sinngehalte der interviewten Personen zu richten und nicht in erster Linie die Interaktion der Interviews zu betrachten. Anschließend wird der Text in einer Stichwortliste, einer Auflistung von in-vivo-Codes, weiter gestrafft. Diese Stichworte werden Oberbegriffen zugeordnet, wobei die entstehenden Themenkataloge noch nicht

⁵⁰ Interview 4 wurde auf Englisch geführt und aufgrund des hohen Aufwands überwiegend in Schriftsprache überführt und nur in einigen Passagen nach Kruses Schema transkribiert. Für die Auswertung wurden auf Basis des Transkripts Kategorien erstellt und paraphrasiert, ohne zuvor Stichwortliste und Themenkatalog angefertigt zu haben. Das Expertinnen-Interview mit Anja Link hingegen wurde bereits in Schriftsprache transkribiert zur Verfügung gestellt und nach einem Abgleich mit der Audioaufzeichnung so verwendet.

den Anspruch erheben, feststehende Kategorien zu sein. In der folgenden Paraphrasierung wird nicht chronologisch nacherzählt, sondern thematisch geordnet und zusammengefasst, um zum Schluss für jedes Interview zentrale Kategorien formulieren zu können.

Vergleich der Interviews

Im zweiten Schritt werden dann die Interviews miteinander verglichen: Welche Kategorien tauchen in mehreren Interviews auf? Welche Kategorien sind idiosynkratisch, also einzigartig im Material? So war beispielsweise Interviewpartnerin 1 die einzige, die von einer Zwangsbehandlung mit Medikamenten und Fixierung berichtet, das Thema der Psychopharmaka wird jedoch in jedem Interview angesprochen: In den Interviews 1 und 2 zentral, in Interview 3 nahm es weniger Raum ein und in den Interviews 4 und 6 tauchte es am Rande auf.

In der folgenden Darstellung werden die gefundenen Kategorien eingeordnet (Abschnitt 5) und mit den Theorien in Verbindung gesetzt (Abschnitt 6). Die Darstellung basiert dabei in großem Maße auf den Formulierungen der Interviewpartner*innen selbst.

4 Interviews: Wie Menschen ihre Psychiatrie-Erfahrung im psycho-sozialen Hilfesystem erleben

Im Folgenden werden die Interviews anhand der gefundenen Überschriften und der zusammenfassenden Nacherzählungen vorgestellt.

4.1 Interview 1: „In der Geschlossenen bist Du in einem rechtlosen Raum.“

Die Interviewpartnerin stellt sich mit ihrer Diagnose vor und beschreibt zunächst ihre finanzielle Situation. Aufgrund einer versicherungsrechtlichen Situation sei sie bald nach Auftreten ihrer Erkrankung berentet worden, was sie als ambivalent beschreibt.

Sie berichtet von einer Situation in geschlossener Unterbringung, in der sie von neun oder zehn Personen fixiert und ihr eine Spritze mit einem Medikament verabreicht worden sei. Sie hätte sich gern beschwert, hatte aber keine Möglichkeit dazu. Sie habe niemanden gefunden, der sie vertreten hätte, weder ihre Betreuerin noch eine Beschwerdestelle oder eine*n Anwalt*Anwältin. Sie beschreibt sich in der Folge als verängstigt, niedergeschlagen und verunsichert.

Auch im weiteren Gesprächsverlauf erzählt sie von Zwangsbehandlungen, Zwangsmedikation, Fixierungen und weiterem Unrecht, das ihr widerfahren sei. Dabei erlebte sie sich insbesondere in stationärer Unterbringung als ohnmächtig und ausgeliefert und würde sich heute angepasster verhalten, um Zwangsbehandlungen zu entgehen. Das kontrastiert zu ihrer Erzählung, dass sie sich in ihren Psychosen ausgetobt habe, als Gegenpol zu bravem und unangepasstem Verhalten.

Auch im ambulanten Setting berichtet die interviewte Person von Unrecht (durch einen Psychiater und die Betreuung), gegen einen Hausarzt hingegen habe sie ihr Recht auch mit Unterstützung der Betreuerin durchsetzen können.

Sie beschreibt, dass ein soziales Umfeld (Freunde oder Familie) es ermöglichen könne, sich gegen widerfahrenes Unrecht zur Wehr zu setzen. Sie selbst habe dieses Umfeld nie gehabt und sich also auch nicht zur Wehr setzen können. Die interviewte Person beschreibt wiederholt regionale Unterschiede, sowohl in der Behandlung als auch in den Möglichkeiten einer Beschwerde. In Bayern erlebe man häufiger Zwangsbehandlungen und könne sich weniger gut zur Wehr setzen.

Beschwerdestellen könnten bei einem fehlenden sozialen Netz Unterstützung bieten, fehlen aber vielerorts oder sind nicht gut ausgestattet. Eine eigene Schwierigkeit könne sich aus der Erkrankung ergeben, da in der Psychose die Wahrnehmung der Realität gestört sei. Sie beschreibt gesundheitliche Probleme mit Medikamenten, insbesondere Absetzpsychosen und Nebenwirkungen. Heute könne sie allerdings nicht mehr ohne Medikamente leben, sie sei dann unruhig: Ihr Hirnstoffwechsel habe sich schon auf die Medikamente eingestellt und ein Absetzen würde Krisen verursachen.

4.2 Interview 2: „Ich möchte ja mein selbstbestimmtes Leben machen – trotzdem.“

Das Interview verläuft in einer entspannten, zugewandten und interessierten Atmosphäre. Die interviewte Person wirkt reflektiert. Viele Themen werden angesprochen und später ein zweites Mal aufgegriffen.

Die interviewte Person stellt sich vor als zunächst gesund durch ihr Leben gekommen, beschreibt ihren Bildungsweg und dann die plötzlich aufgetretene Psychose gegen Ende ihres Studiums. Dabei betont sie ihre gesunden Phasen, auch nach dem ersten Auftreten ihrer Erkrankung. Sie erklärt ihre Diagnose in medizinischen Termini, damit habe sie kein Problem.

Einen tiefen Eindruck haben Erlebnisse in der Geschlossenen auf sie gemacht: Nicht ernst genommen zu werden. Viel macht sie an Medikamenten fest, die ihr zum Teil ohne ihr Wissen verabreicht worden seien und an deren Nebenwirkungen sie überhaupt erst erkannt habe, Medikamente zu erhalten. Die Aufklärung über die Nebenwirkungen hätten Mitpatient*innen übernommen. Eine Klinik hat die interviewte Person in besonders schlechter Erinnerung: Sowohl fachlich als auch menschlich sei insbesondere das Pflegepersonal unzureichend auf die Patient*innen eingegangen, habe respektlos mit ihnen gesprochen und ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigt. Gleichzeitig beschreibt sie auch positive Erlebnisse in Kliniken, so einen Freigang aufs Klinikgelände auf Vertrauensbasis oder eine Einschätzung ihres Akutzustandes als verängstigt und daraufhin den Verzicht auf eine Fixierung, die zur Debatte gestanden habe. Ihre Selbstbestimmung bei der medikamentösen Therapie ist ihr wichtig. Bei einem Klinikaufenthalt habe sie kein Haldol nehmen wollen; stattdessen bekam sie eine Kombination aus zwei Neuroleptika, was sie für ähnlich schlimm hielt.

Für die akut-psychotische Phase hält sie eine Beschwerde für unmöglich: Einerseits habe sie dazu keine Kraft, andererseits würden Wahnvorstellungen den Umgang mit einer möglichen Beschwerde erschweren.

Eine entscheidende Rolle hat nach Einschätzung der interviewten Person ihr soziales Umfeld gespielt, das ihr Kraft gegeben hat. In der ersten Akutphase hätten ihre Eltern die Betreuung übernommen, später sei ihr Mann zu einer wichtigen Unterstützung geworden. Selbstbestimmung ist entscheidend für die interviewte Person, die immer wieder Wert auf ihre gesunden Phasen legt. Darunter fasst sie ihr Studium, ihre Ehe und arbeiten zu können.

Die Interviewpartnerin beschreibt den Umgang mit der Erkrankung als Notwendigkeit, sich durchzuboxen. Das betrifft vor allem ihre Selbstbestimmung in Phasen der Stabilisierung und der Gesundheit: Dafür brauche sie einen Psychiater, der sie beim Absetzen der Medikamente unterstützt. Sie habe lange gesucht, bis sie einen Arzt gefunden hat, der sich darauf einlässt – immer noch ist es ein Ringen um Selbstbestimmung und gesunde Zeit. Leitlinien bedeuten für die Ärzte Sicherheit und Rückfallprophylaxe – um den Preis, die gesunde Zeit aufzugeben zu müssen, da die Interviewpartnerin sich unter Medikamenteneinfluss als „abgeschossen“ beschreibt. Die Leitlinien sieht die Interviewpartnerin mittlerweile persönlich als Feindbild. Bei aller Sympathie als Wissenschaftlerin für Evidenz hinterfragt sie auch das grundlegende Studiendesign und die dahinterstehenden Interessen der Pharmaproduzenten.

Ein Ereignis, in dem ein Psychotherapeut im Erstgespräch ihr nach einem Blick in die Akte mitgeteilt habe, mit ihrer Krankheitsgeschichte habe sie nicht auf ein gesundes Leben zu

hoffen, hat die Interviewpartnerin sehr aufgewühlt. Komplett aufgelöst und weinend habe der Therapeut sie aus der Praxis entlassen. Sie beschreibt sein Verhalten als unverantwortlich und hätte sich im Nachgang, nach einigen Tagen Erholung, gern beschwert. Allerdings hätte sie nicht gewusst, wo sie sich beschweren soll.

Überhaupt habe sie erst nach und nach die Unterstützungsstrukturen und Möglichkeiten kennengelernt. Hier hätte sie sich gewünscht, frühzeitig und umfassend informiert zu werden, am besten noch im stationären Kontext. Zwar wäre sie zunächst nicht in der Lage gewesen, mit den Informationen etwas anzufangen, hätte diese dann aber nach und nach verwenden können, als sie für sie relevant wurden.

Die Interviewpartnerin beschreibt sich in einer akut-psychotischen Phase als anstrengend. Dabei schätzt sie die (Un-)Möglichkeiten bei unterschiedlichen Erkrankungen als sehr unterschiedlich ein. Darüber hinaus hätten soziale Faktoren entscheidenden Einfluss: Sie selbst hat studiert und ein unterstützendes soziales Netzwerk. Entsprechend habe sie erlebt, dass Klinikpersonal mit ihr anders umgegangen sei als mit einer Person mit ähnlicher Diagnose und ähnlichem Verhalten, aber einer marginalisierten sozialen Position.

Um sich beschweren zu können, bedürfte es ihrer Ansicht nach vor allem der Unterstützung und Bestärkung von außen. Dabei sei Qualifikation und persönlicher Hintergrund einer professionell begleitenden Person zweitrangig. Sich selbst beschreibt sie in solchen Situationen als zögernd, zaghaft, unsicher und zweifelnd. In akut-psychotischen Phasen schätzt sie die Möglichkeiten, sich effektiv zu beschweren, als nicht gegeben ein. Das käme erst später, wenn man wieder Kraft hat – und manche Betroffene erreichten diesen Zustand nie. Hilfreich wären private und professionelle Unterstützung. An dieser Stelle beschreibt sie ihre Situation, in der sie von ihren Eltern und ihrem Partner unterstützt wird und lange gesunde Phasen erlebt, als Privileg.

Zusammenfassend beschreibt die Interviewpartnerin die Themen der Medikation, Unterschiede in den Erfahrungen, die Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern im System machen und das Thema der sozialen Unterstützung als für sie zentral. Befragt, was sie rückblickend an ihrer Geschichte ändern würde, nannte sie einzig die Erfahrung mit dem Therapeuten: Sie hätte sich im Nachhinein gern bei einer höheren Instanz beschwert.

4.3 Interview 3: „Ich hab' jederzeit das Recht, mich zu beschweren und muss nicht alles hinnehmen.“

Wir treffen uns zum Interview in der Küche der Interviewpartnerin, wo ich mit Muffins und Kaffee bewirtet werde. Während des Interviews erscheint ihr Freund, sitzt über weite Strecken daneben, klinkt sich mitunter in das Gespräch ein. Der Redefluss ist geprägt durch viele Pausen, unvollendete Sätze und häufige Sprecher*innenwechsel.

Die Interviewpartnerin stellt sich mit ihrem Mathematikstudium vor, bevor sie einen kurzen Abriss der Geschichte ihrer psychischen Erkrankung gibt. Im gesamten Gespräch wird allerdings keine Diagnose erwähnt. Danach kommt sie sofort auf Mängel an der Wohnung zu sprechen, die sie im Rahmen des betreuten Wohnens von einer Einrichtung vermietet bekommen hat. Im Laufe des Gesprächs entwickelt es sich, dass sie sich aufgrund dessen mit Unterstützung der Unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestelle beim Bezirk über ihre Einrichtung beschwert habe. Zunächst schien es um bauliche Mängel und Schuldzuweisungen für

Schimmel zu gehen, die Vorwürfe gegen die Einrichtung werden dann im Laufe des Gespräches allerdings deutlich umfangreicher und gravierender. Dabei bestehe der Kontakt zur Beschwerdestelle schon länger.

Ihre Versuche, das Problem der feuchten, schimmeligen Wohnung beheben zu lassen, beschreibt die Interviewpartnerin recht ausführlich. Zunächst habe sie mündlich auf die Probleme hingewiesen, wurde aber vertröstet. Als sie schriftlich per E-Mail den Missstand ansprach, sei es zu Schuldzuweisungen von Seiten der Einrichtung und der Aufforderung gekommen, die Sanierung zu bezahlen. Eine Intervention durch die rechtliche Betreuerin der Interviewpartnerin sei fruchtlos verlaufen, daraufhin habe sie sich an die Beschwerdestelle gewandt. Als eine gütliche Einigung aussichtslos schien, habe sich die Interviewpartnerin mit einer Beschwerde an den Bezirk gewandt. In der Folge sei sie von den Mitarbeiter*innen der Einrichtung unter Druck gesetzt worden. Sie beschreibt im Interview die vergangenen Wochen als hart, wirkt im Moment des Interviews allerdings stark, erleichtert und zuversichtlich. Ohne Beschwerdestelle hätte sie nicht gewagt, sich an den Bezirk zu wenden und sich zu beschweren.

Im Dialog mit ihrem Freund erzählt die Interviewpartnerin Einzelfälle und Begebenheiten, anhand derer sie die Unzumutbarkeit der Zustände dieser Einrichtung nachweist. Sie berichtet von unlauteren Methoden, alle Nutzer*innen des betreuten Wohnens in tagesstrukturierenden Angeboten zu beschäftigen, unabhängig davon, ob ihr Gesundheitszustand das zulässt. Darüber hinaus berichtet sie von Personalmangel, hoher Mitarbeiter*innenfluktuation und nennt den Führungsstil der Leitungen „eine Diktatur“. Nutzer*innen werde mit Pflegeheim oder Rauswurf gedroht, wenn sie sich nicht einfügen, sie werden über ihre Rechte im Unklaren gelassen, nach Belieben werden sie in rechtliche Betreuung gegeben (auch sie hat in diesem Zuge eine Betreuung erhalten) oder ihnen wird die Betreuung wieder ausgeredet. Die Interviewpartnerin erzählt auch davon, dass die Geschäftsleitung des betreuten Wohnens auf Medikation Einfluss nimmt, um Nutzer*innen ruhigzustellen. Ein Hygienekonzept vermisst die Interviewpartnerin, stattdessen zitiert sie die Leitung des Betreuten Wohnens, die Corona für eine Verschwörung hielte. Alternativen zur Einrichtung seien schwer erreichbar, weil Wohnungen auf dem freien Markt für psychisch Kranke schlecht zu bekommen seien, Sozialwohnungen sind knapp und nur mit hohem bürokratischem Aufwand zu erlangen – und andere Einrichtungen seien ausgebucht. Schließlich sind ihr Freund und sie sich einig: Die Einrichtung wird aufgrund der eingereichten Beschwerden über kurz oder lang drastische Veränderungen erfahren. Sie rechnen sogar damit, dass die Firma schließt und die Wohnungen und WGs samt Nutzer*innen möglicherweise von anderen Einrichtungen übernommen werden könnten. Diese Aussicht stimmt sie hoffnungsvoll. Sich beschwert zu haben, erfüllt die Interviewpartnerin mit Stolz und Selbstbewusstsein. Dabei spielt auch der Gedanke eine Rolle, sich auch für andere zu beschweren, die diese Möglichkeit nicht haben. Einerseits sei die Beschwerdestelle nicht sehr bekannt, sie gebe diese Information gern weiter. Andererseits gehöre ein gewisses Maß an Gesundheit dazu, sich überhaupt beschweren zu können.

Die Interviewpartnerin selbst sei bereits seit einem Jahr aus der Tagesstätte ausgeschieden, weil sie sich unter Druck gesetzt gefühlt habe. Dabei sei sie von ihrer rechtlichen Betreuerin unterstützt worden. Vor Kurzem sei ihr auch der Betreuungsvertrag gekündigt worden, sie habe jetzt nur noch einen Mietvertrag mit der Einrichtung.

Kontakt zur Beschwerdestelle habe die Interviewpartnerin gefunden, weil es einen Konflikt zwischen dem betreuten Wohnen und ihrer Mutter gegeben hätte, woraufhin sich die Mutter

an den Bezirk gewandt habe. Von dort sei sie damals an die Beschwerdestelle zurückverwiesen worden, die seither der Interviewpartnerin als Anlaufpunkt diene.

Sowohl ihr Mathematikstudium als auch die Beschwerdestelle tauchen immer wieder als Ressourcen für die Interviewpartnerin auf. Darauf hinaus habe sie ein unterstützendes soziales Netzwerk. Ihr Freund bestärke sie, sie sei am Ort eingebunden, ehrenamtlich bei einem Verein aktiv. Sie nennt viele Namen von anderen Nutzer*innen ihrer Einrichtung, aber auch Nachbarn, mit denen sie einen freundlichen Kontakt berichtet. Sie beschreibt, wie sie auch andere Nutzer*innen ermuntert, sich über Missstände beim Bezirk zu beschweren.

4.4 Interview 4: „I don't imagine that the place I call to complain will be willing to support me in English.“

Die Interviewpartnerin wurde über einen privaten Kontakt vermittelt und erklärte sich bereit, über Zoom ein Telefoninterview zu führen. Die Atmosphäre ist entspannt, die Interviewpartnerin beschreibt sich als der Mittelklasse entstammend und stammt aus einem Schwellenland. Sie spricht strukturiert und legt Wert auf eine genaue Beschreibung der Abläufe.

Die Interviewpartnerin beschreibt als Hintergrund ihrer Diagnose zunächst den Verlust einer Schwester, als sie vierzehn Jahre alt war. Sie hätte dem Ereignis damals keine Bedeutung für ihre psychische Gesundheit beigemessen. Gegen Ende ihres Bachelor-Studiums habe sie in ihrer Heimat eine Depression entwickelt, der sie allerdings auch keine große Bedeutung beigemessen habe. Dann sei sie vor einigen Jahren nach Deutschland gekommen, um ein Masterstudium zu absolvieren. Ihre Ankunft sei in den Herbst gefallen und sie habe umständshalber viel Stress erlebt, sodass sie wieder im Winter in eine Depression gerutscht sei. Sie habe diese wiederum für stressinduziert gehalten und sich erst Hilfe gesucht, als sie aufgrund der Studienleistungen den Aufenthaltsstatus zu verlieren gedroht habe. Mit einiger Mühe und Verwunderung darüber, wie schwierig es in Deutschland ist, Hilfe zu finden, habe sie eine ambulante Psychotherapeutin gefunden, mit der sie für ein Jahr gut zusammengearbeitet habe. Als die Therapeutin in Elternzeit gegangen sei, habe sie ihr die Kontaktdaten ihrer Vertretung hinterlassen. Die Interviewpartnerin habe sich dort fast täglich gemeldet, aber nie Kontakt bekommen und sich auch nie darüber beschweren können. Sie könnte sich vorstellen, dass die Sprachbarriere ein Hindernis für eine Weiterbehandlung war. Ihr habe zu der Zeit die Energie gefehlt, eine neue Therapeutin zu suchen und es habe wiederum ein Vierteljahr gedauert, bis sie die Energie gefunden habe, sich wieder um Hilfe zu bemühen und eine neue Therapie aufzunehmen, mit der sie heute sehr zufrieden sei. Sie versuche, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. In ihren Augen wäre die benannte Vertretung oder aber der Inhaber der Praxisgemeinschaft, der sowohl die ehemalige Therapeutin als auch die Vertretung angehörten, in der Verantwortung gewesen, sie zu weiter zu betreuen oder aber ihr abzusagen. Sie kenne bis heute die Gründe nicht, weshalb sie keinen Kontakt zur Vertretung oder der Praxisleitung bekommen habe und sei entschlossen, sich zu beschweren. Davon erwartet sie sich, die Gründe für die Ereignisse zu erfahren, um das Erlebnis emotional verarbeiten zu können. Allerdings geht sie davon aus, viel Energie für ihre Beschwerde zu benötigen und sich nicht auf Englisch beschweren zu können. Bis ihre Beschwerde nicht aufgenommen werden sein wird,

fühlt sie sich im deutschen Gesundheitssystem nicht sicher, weil solche Erlebnisse sich wiederholen könnten – auch für sie selbst.

Im Rahmen des Interviews berichte ich ihr von der Beschwerdestelle, die regional für sie zuständig ist. Sie ist erfreut und will deren Unterstützung – noch dazu in englischer Sprache – in Anspruch nehmen.

4.5 Interview 6: „Ich hab' irgendwann vor ein paar Jahren beschlossen, ich geh nicht mehr in die Klinik.“

Der Interviewpartner meldete sich per E-Mail, nachdem er über seine Einrichtung des persönlichen Budgets auf mein Projekt aufmerksam gemacht wurde. Das Interview kommt recht schnell zustande, wobei der Interviewpartner Mühen auf sich nimmt, um die technischen Voraussetzungen zu erfüllen. Zunächst war eine Aufzeichnung über Zoom geplant, technische Probleme ließen es dann zum Telefoninterview werden.

Zunächst stellt sich der Interviewpartner als Mitte Vierzig und mit seiner Diagnose vor, die ihn seit Langem begleite, und er gibt auch noch eine Ursache seiner Diagnose an. Es folgt ein grober Abriss über die vergangenen zwanzig Jahre seines Lebens: Es habe gedauert, bis er sich Hilfe geholt habe. Er erwähnt dann sein Physikstudium, ein Zweitstudium, das er aufgrund seiner Neigung und seinem Interesse am Fach ausgewählt habe. Gegen Ende des Grundstudiums habe er dann aufgeben müssen, keine Erwerbsarbeit gefunden und sei als erwerbsunfähig eingestuft worden. Auf die Frage nach Gelegenheiten, bei denen er sich gern beschwert hätte, antwortet er zuallererst damit, dass er sich nie beschwert habe.

Von seiner ersten und folgenden Einweisungen in die Klinik erzählt er, dass er sich jeweils selbst aufgrund von Suizidalität eingewiesen habe. Dort habe er ein Bett und eine geschlossene Tür bekommen, aber sonst keine hinlängliche Behandlung erfahren. Pro Woche hätte es eine halbe Stunde Gespräch mit dem Psychiater und eine Visite gegeben, bei der er – vor sieben bis acht Fremden – keinerlei Ambitionen gehabt habe, tatsächlich über intime Gedanken zu sprechen. Beschwer habe er sich darüber aber nie. Sinnvoll hätte er es gefunden, wenn für einige Wochen eine intensive Behandlung stattgefunden hätte, so habe er hingegen die Zeit abgewartet und ist in einem ähnlichen Zustand entlassen worden, in dem er vorher auch in die Klinik gekommen sei. Die Schwierigkeit, sich Ärzten oder Psychologen zu öffnen, macht er an seiner Schüchternheit und einem mangelnden Vertrauensverhältnis fest. Er wäre gern dort abgeholt worden, wo er sich fand und vermisste Einfühlungsvermögen von Seiten der Fachkräfte, vor allem aber auch eine individuelle Behandlung. Auch in der offenen Psychiatrie habe er die angebotenen Behandlungen als Standardprogramm empfunden, das nur geringfügig individualisiert allen zuteilwerde.

Sich zu beschweren kam ihm nie in den Sinn, er habe überhaupt nur zu wenigen Menschen darüber gesprochen. Einerseits fiele es ihm schwer, solche Probleme anzusprechen; andererseits sei er jeweils bei seinen Klinikaufenthalten zu beschäftigt mit sich selbst gewesen, um sich beschweren zu können. Darüber hinaus hält er es für unmöglich, dass seine Beschwerde von Erfolg gekrönt sein könnte: Man würde seinetwegen nicht das ganze Konzept (der psychiatrischen Behandlung) verändern. Letztlich sei also nur geblieben, sich selbst zu behandeln und selbst mit sich ins Reine zu kommen.

Ob andere (Mit-)Patient*innen in ähnlicher Weise betroffen wären, kann der Interviewpartner nicht sagen, er habe nicht viel Kontakt gehabt. Es sei durchaus möglich, dass das Konzept für andere passen könnte: Er hingegen hat sich immer sehr einsam gefühlt.

Der Interviewpartner beschreibt seinen Entschluss, nutzlose Krankenhausaufenthalte zu beenden und allein zurechtzukommen. Die folgenden zwei Jahre seien sehr hart gewesen, er habe sich allerdings stabilisieren können und zwischenzeitlich sehr wohl gefühlt. Ein Anstoß dafür seien auch psychosomatische Beschwerden gewesen. Dabei scheint sein Krankheitsverständnis auf: Er sei zwar wegen Depression behandelt worden, die Quelle seiner Probleme liege aber in Umweltfaktoren, die auch andere Menschen aus der Bahn hätten werfen können. Das Studium taucht im Gespräch als Ressource auf: In diesem Rahmen habe er das wissenschaftliche Denken gelernt. Es begleite ihn auf seinem Weg, über Selbstreflexion zu Stabilität und Wohlbefinden zu gelangen.

Zum Schluss des Gesprächs tauchen noch einmal Gedanken zu Psycholog*innen auf der Geschlossenen (sehr jung und unerfahren, unangemessen für Patient*innen mit Suizidgedanken) und zur ambulanten Psychotherapie (Verhaltenstherapie habe ihm nur wenig weitergeholfen) auf, auch die Rolle von Medikamenten (er zweifelt am Nutzen) und Sozialpädagogen im Persönlichen Budget (hilfreich, aber auch nicht zu viel erwarten) werden angesprochen. Das persönliche soziale Umfeld hingegen taucht nur einmal kurz am Anfang des Gesprächs auf, als er die Depression an sich selbst bemerkt, weil er sich als „anders“ als seine Freunde wahrnimmt.

4.6 Interviewfragmente

4.6.1 Interview 7: „...dass man nicht das Gefühl hat, ich darf mich nicht beschweren.“

Im Rahmen eines anderen Projektes stellte eine Kollegin einer Borderline-Erfahrenen die Frage nach ihrer Erfahrung zum Thema „Beschweren“.

Sie berichtet von einer Erfahrung in einer (somatischen) Klinik, als ein Arzt sich ungefragt in ihre Medikation mit Psychopharmaka eingemischt und sie damit verunsichert habe. In der psychiatrischen Klinik hat sie Privatsphäre vermisst, weil das Zimmer nicht abschließbar gewesen sei. Ohne dass sie weiter auf konkrete Anlässe eingegangen wäre beschreibt sie, dass ihre Beschwerden, so sie sie denn geäußert hat, zurückgewiesen worden seien: Das wäre ihr Problem, sie selbst sollte sich damit auseinandersetzen.

4.6.2 Experteninterview Thomas Bock: „Menschen mit Psychosen brauchen eine Ermutigung, sich [...] zu wehren und zu beschweren.“

Im Rahmen eines studentischen Projektes hatte ich die Gelegenheit zu einem Interview mit Thomas Bock, in dessen Rahmen ich auch kurz das Thema der (Un-)Möglichkeit sich zu beschweren angesprochen habe.

Thomas Bock betont als erstes, dass auch bei Beschwerdestellen eine triologische Besetzung für ihn unerlässlich sei. Er spricht Projekte an, so den Ansatz in Hamburg, Beschwerdestellen bei der Erweiterten Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) zu verankern. Außerdem berichtet er von unterschiedlichen Erfahrungen im Umgang mit Beschwerden der Betroffenen:

Einerseits gebe es strukturell große Unterschiede, andererseits hänge es oft auch von den Personen ab, die entsprechende Stellen besetzen. Er plädiert für eine Fehlerkultur innerhalb von Einrichtungen, um den Umgang mit Beschwerden zu erleichtern.

Die (Un-)Möglichkeiten, sich zu beschweren, würde Thomas Bock nicht an Diagnosen festmachen. Gleichwohl betont er, dass Psychose-Erfahrene Ermutigung brauchten, um sich zu beschweren. Er erwähnt Behandlungsvereinbarungen und neue Wege, wie sich Kliniken im Umgang mit Zwangsmaßnahmen verhalten. Zum Schluss unterstreicht er die Notwendigkeit unabhängiger Beschwerdestellen.

4.6.3 Expertinneninterview Anja Link: „Beide Seiten zu kennen [...] hilft oft, um mehr Verständnis gegenseitig hinzukriegen.“

Anja Link ist betroffene Expertin und hat den Borderline-Trialog in Nürnberg ins Leben gerufen. Das Interview führte eine Kollegin.

Anja Link erwähnt zunächst Beschwerdestellen, hinterfragt dann aber die Intention der Beschwerdeführer*innen, sich zu beschweren: Manche wollten nur Frust ablassen oder anderen die Schuld zuschieben, wenn ihre Behandlung nicht zufriedenstellend läuft⁵¹. In den meisten Fällen helfe es in ihrer Praxis, für mehr gegenseitiges Verständnis zu werben und Borderline-Erfahrenen die Perspektiven der Fachkräfte zu vermitteln. Dafür sei ihr der Trialog unerlässlich, damit Fachkräfte auch Verständnis für die Borderline-Betroffenen entwickeln können.

⁵¹ Um einschätzen zu können, inwieweit Beschwerdeführer*innen tatsächlich auf Frustabbau und Schuldzuweisungen aus sind und inwieweit ihre Beschwerden berechtigt sind, bedürfte es der Perspektiverweiterung auf Expert*innen. Das vorliegende Material und die verfügbare Literatur, (Hamann et al., 2008) und (Rossmanith, n. d.), gibt mir aktuell wenig Anhaltspunkte dafür. Hier wäre weitere Forschung wünschenswert.

5 Ergebnisse: Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren

Eine Beschwerde ist eine Kritik an einem Missstand. Aber wird jeder Missstand, den eine Person als solchen benennt, auch Anlass einer Beschwerde? Wann beschweren sich Menschen, wann würden sie sich beschweren, wenn sie könnten – und wann beschweren sie sich nicht, obgleich sie mit einem Zustand unzufrieden sind? In diesem Abschnitt stelle ich die Erlebnisse der Interviewpartner*innen vor und isoliere aus ihnen (erwartete und faktische) Folgen und Voraussetzungen – und unter letzteren Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren einer Beschwerde.

5.1 Anlässe, sich tatsächlich zu beschweren

In den Interviews berichten die Interviewpartner*innen immer wieder von Gelegenheiten, bei denen sie sich beschwert haben (oder das noch konkret vorhaben).

5.1.1 „Die Wohnung ist feucht, nass und schimmlig.“ (Interviewpartnerin 3)

Interviewpartnerin 3 ist in Kontakt mit einer Beschwerdestelle in Oberbayern, unser Kontakt kam auf deren Vermittlung hin zustande. Sie berichtet von einem Beschwerdeprozess beim Bezirk Oberbayern, den sie (vermittelt und begleitet durch die Beschwerdestelle) gerade führt. Anlass ist, dass ihre Wohnung – unvermietet durch eine Einrichtung für betreutes Wohnen – feucht, schimmlig und für sie und ihren Lebenspartner zu klein ist (Pos. 4). Zunächst hatte sie sich mündlich an das betreute Wohnen gewandt, später schriftlich (Pos. 45). Als ihr die Schuld am Zustand der Wohnung gegeben wird (Pos. 4, 45), wendet sie sich zunächst an die ihr bereits bekannte Beschwerdestelle und dann an den Bezirk (Pos. 51). Andere Missstände in der Einrichtung scheinen bei der Gelegenheit ebenfalls in der Beschwerde erwähnt worden zu sein.

Im Gespräch wirkt die Interviewpartnerin selbstbewusst und über ihre Rechte gut informiert. Sie berichtet darüber, schon länger Kontakt mit der Beschwerdestelle zu haben. Erster Anlass war, dass ihre Mutter sich einmal über (dasselbe) betreute Wohnen beschwert habe, weil sie in der WG ihrer Tochter Hausverbot erhalten hatte (Pos. 89). Sie berichtet aber auch, beispielsweise mit ihrer gesetzlichen Betreuerin Angelegenheiten besprochen und daraufhin für sie unpassende Angebote (tagesstrukturierende Einrichtung) gekündigt zu haben (Pos. 318).

5.1.2 „I would have liked [to] complain about the fact that my therapist just disappeared.“ (Interviewpartnerin 4)

Interviewpartnerin 4 war in psychotherapeutischer Behandlung, als ihre Therapeutin vorzeitig in Elternzeit ging und ihr Kontaktdaten einer Vertretung in derselben Praxis hinterließ (Pos. 16–17). Sie versuchte über Wochen hinweg, diese Vertretung oder die Leiterin der Praxis zu erreichen und erhielt weder einen Rückruf, noch traf sie persönlich jemanden an (Pos. 19–21). Sie hat den festen Vorsatz, sich darüber zu beschweren – für den Moment erscheint es ihr jedoch zu voraussetzungsvoll (Pos. 30).

5.1.3 „Da bin ich halt mit dieser Symptomatik hingeschlichen [...] und da wurde ich erstmal vertröstet.“ (Interviewpartnerin 2)

Die Interviewpartnerin berichtet von den Nebenwirkungen des Medikaments Haldol⁵², die sie bei ihrem ersten Klinikaufenthalt erlebt hat (Pos. 10). Ziel ihrer Beschwerde war es, mit ihren Nebenwirkungen ernst genommen zu werden und entweder die Nebenwirkungen zu beseitigen oder aber ausreichend über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden. Mit ihren Beschwerden sah sie sich an dieser Stelle nur unzureichend ernst genommen. Sie berichtet von einer Vielzahl von Situationen in unterschiedlichen Kliniken: So wurde sie beispielsweise nicht darüber aufgeklärt, dass ihr Medikamente verabreicht wurden und welche Nebenwirkungen diese haben konnten (Pos. 10), ihre Akathisie aufgrund der Medikamente wurde ihr als Schlankheitswahn unterstellt (Pos. 85), bei Sehstörungen wurde sie nicht über Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern ihr eine neue Brille ans Herz gelegt (Pos. 10), Compliance wurde versucht mit Drohungen zu erpressen (Pos. 26) und jedes Wort wurde auf die Goldwaage gelegt (Pos. 85). Die meisten Probleme hatte sie jeweils mit dem Pflegepersonal, und in großen Kliniken fand sie sich besser aufgehoben als in einer kleinen Klinik in Südbayern (Pos. 91).

5.1.4 „Festgestellt, dass ich seit fünf Jahren erhöhte Blutzuckerwerte hatte – und der mir nix gesagt hat.“ (Interviewpartnerin 1)

Die Interviewpartnerin berichtet etwas beiläufig, dass ihr Hausarzt sie wohl auf ihre Leber-, nicht aber auf ihre Blutzuckerwerte hingewiesen hat. Sie habe daraufhin ein Gutachten erwirkt und sei damit auf Betreiben ihrer Betreuerin zum Anwalt gegangen. Daraufhin habe sie eine Entschädigung bekommen, die die Haftpflichtversicherung des Arztes bezahlt habe (Pos. 46–48).

5.1.5 „Die kommen dann halt zu mir.“ (Expertin Anja Link)

Aus ihrer Beratungspraxis als Borderline-erfahrene Expertin berichtet Anja Link von Betroffenen, die ihr erzählen, dass ihre Therapie nicht zufriedenstellend läuft oder dass sie (als Borderline-betroffene Mutter) Probleme mit dem Jugendamt haben (Pos. 6–8). Ihre Reaktion sei dann zumeist, die Ursachen zu ergründen und zwischen den Betroffenen und den zuständigen Stellen zu vermitteln – durchaus mit dem Gedanken an den Trialog im Hinterkopf (Pos. 8–10).

5.2 Verhinderte Anlässe, sich zu beschweren

Immer wieder berichten die Interviewpartner*innen von Gelegenheiten, die sie als einer Beschwerde würdig empfunden haben – und bei denen sie sich letztlich doch nicht beschwert haben.

⁵² Haldol ist ein typisches Neuroleptikum (Wirkstoff Haloperidol), das als hochpotent eingestuft wird und extrapyramidale Nebenwirkungen verursacht, darunter Frühdyskinäsen (Herausstrecken der Zunge, Gesichts- und Schlundkrämpfe), Parkinsonoid und Akathisie (quälende Unruhe, Bewegungsdrang, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen) (Rockstroh, 2015, S. 33).

5.2.1 „Einen Rechtsanwalt zu finden ist auch sehr schwer, der psychisch Kranke vertritt.“ (Interviewpartnerin 1)

Interviewpartnerin 1 erlebte eine Zwangsbehandlung auf geschlossener Station im Krankenhaus. Eine Ärztin sei ihr aggressiv vorgekommen und sie habe Angst vor ihr gehabt. Unter der Dusche sei eine Situation eskaliert, woraufhin die Ärztin eine Zwangsbehandlung eingeleitet habe: Die Interviewpartnerin spricht von acht bis zehn Pfleger*innen, die sie fixiert hätten, und einer anschließenden Injektion eines Medikaments (Pos. 19). Unklar bleibt an dieser Stelle, ob der Ort der Eskalation – die Dusche – mit einer besonderen Intimität der Situation und Verletzlichkeit der Interviewpartnerin einherging.

In der Folge hätte sich die Interviewpartnerin gern beschwert, zumal die Maßnahme während eines bestehenden Verbots von Zwangsbehandlungen stattgefunden hatte: Sie hätte juristisch dagegen vorgehen wollen. Allerdings fand sie keinen Anwalt, der sie vertreten hätte (Pos. 19–22, 28), außerdem erwähnt sie die rechtliche Betreuung als hinderlich (Pos. 19). Aus dem Interview geht nicht hervor, wie viel sie selbst unternommen hat, um sich zu beschweren.

In ihrer Erzählung kommen weitere Fixierungen vor, die sie sich eher als Strafmaßnahmen erklärt: „danach war ich hier in BAYern in der- und dann bin ich sehr oft fixiert worden; weil ich zu reniTENT war. [I: okay] also zu viel Widerworte gegeben hab.“ (Interview 1, Pos. 80) Dass diese eine Zwangsbehandlung heraussticht scheint einerseits mit der Intensität des Erlebens zusammenzuhängen, andererseits sieht die Interviewpartnerin nur in einem kurzen Zeitfenster, das sie als „Zwangsbehandlungsverbot“ bezeichnet, überhaupt erst die Möglichkeit, den Vorfall juristisch aufzuarbeiten.

5.2.2 „Ich [hab] einen Therapeuten gesucht und da hatte ich [...] das schlimmste Gespräch meines Lebens.“ (Interviewpartnerin 2)

Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie sich nach ihrer dritten Psychose erstmals getraut habe, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Nach ihrem Klinikaufenthalt noch etwas labil, trifft sie im Erstgespräch auf einen Therapeuten, der nach einem kurzen Blick in ihre Akte meint, ihr Krankheitsverlauf sei „beschissen“ und sie massiv entmutigt, jemals wieder arbeiten zu können (Pos. 29). Sie hat sich nach diesem Gespräch als „wütend und fertig“ (Interview 2, Pos. 31) wahrgenommen und war sich nicht sicher, ob man ihren Zustand von außen von einer Suizidalität hätte abgrenzen können – und wurde in diesem völlig aufgelösten Zustand aus der Praxis gehen gelassen (Pos. 113).

Im Nachhinein hätte sie sich gern beschwert, hätte aber nicht gewusst, wo (Pos. 31). Sie beschreibt, dass sie Zeit für ihre Beschwerde gebraucht hätte (Pos. 115). Mittlerweile, so ergibt sich implizit aus dem Gespräch, empfindet sie das Zeitfenster für eine Beschwerde als wieder geschlossen. Nichtsdestotrotz bedauert sie es heute, sich nicht beschwert zu haben (Pos. 107).

5.2.3 „Nö, das sieht er ganz anders, ich soll lieber joggen.“ (Interviewpartnerin 7)

Die Interviewpartnerin berichtet von einem Klinikarzt auf einer nicht-psychiatrischen Station, der ihre antidepressive Medikation hinterfragt und sie – in einer Krisensituation – nachhaltig verunsichert (Pos. 2). Sie hat das Erlebnis im Nachhinein mit ihrer Neurologin diskutiert und dabei auch Bestätigung erfahren, zu einer Beschwerde kam es jedoch nicht, weil sie vor

ihrer Klinikentlassung keine Unterstützung hatte und sie nach ihrer Entlassung keine Beschwerde mehr verfolgt hat (Pos. 4).

Darüber hinaus berichtet sie, dass sie es auf psychiatrischen Stationen gestört hat, dass sie ihr Zimmer nicht abschließen können: Sie hat damit keine Privatsphäre mehr gehabt (Pos. 5). Sie hätte gern noch dort die Möglichkeit gehabt, das anzusprechen und wünscht sich, dass (z. B. Sozialarbeiter*innen) auf sie zugekommen wären (Pos. 2).

5.3 Unzufriedenheiten, die kein Anlass zur Beschwerde werden

Im Gesprächsverlauf tauchen immer wieder Gelegenheiten auf, bei denen die Interviewpartner*innen etwas als unangemessen empfinden und ihrer Unzufriedenheit ausdrücken, ohne das aber selbst mit einer Beschwerde in Verbindung zu bringen.

5.3.1 „Ich bin da im Prinzip immer genauso rausgegangen, wie ich reingegangen bin.“ (Interviewpartner 6)

Der Interviewpartner berichtet, dass er sich mit Suizidgedanken hat einweisen lassen und in geschlossen untergebracht wurde (Pos. 12). Dort habe er allerdings keine hilfreiche Behandlung erfahren, sodass er irgendwann – nach wie vor suizidal – die Klinik wieder verlassen hat (Pos. 14). Er beschreibt, dass das Format der Visite bei psychischen Belastungen als unpassend empfunden hat (Pos. 12), dass er kaum Gespräche mit Psycholog*innen gehabt hat (was er auf ihren Zeitmangel zurückführt) und dass die Psycholog*innen bei seiner Suizidalität (mangels Erfahrung) nicht hilfreich waren, das aber vermutlich noch nicht einmal selbst bemerkt haben (Pos. 90). Auch die Behandlungskonzepte auf offenen Stationen (Pos. 12) und der ambulanten Verhaltenstherapie (Pos. 80) beschreibt er als für sich nach einiger Zeit nicht mehr passend.

Er drückt seine Unzufriedenheit jedes Mal als Verwunderung aus und bringt keinen dieser erfahrenen Missstände mit einer Beschwerde in Verbindung. Darauf angesprochen, ob er eine Beschwerde für sinnvoll erachtet hätte, verneint er: Seinetwegen werde man wohl keine Behandlungskonzepte ändern (Pos. 32).

5.3.2 „Ich hatte [hier] allein vier Psychiater, bis es gepasst hat.“ (Interviewpartnerin 2)

Die Interviewpartnerin beschreibt ihre Selbstbestimmung, was die medikamentöse Therapie angeht, als „durchboxen“, sie hat lange nach einem Psychiater gesucht, der sie darin unterstützt, Neuroleptika nur bedarfsbezogen zu nehmen – und auch das im harten Ringen. Als sie ihre Neuroleptika nach einem stationären Aufenthalt absetzen wollte, hat ihr damaliger Psychiater das nicht unterstützt und sie daraufhin die Medikamente auf eigene Faust abgesetzt. Sie beschreibt dabei ihr Verhältnis zu den Behandlungsleitlinien, auf die sich die Psychiater stützen, als Kampf (Pos. 28).

Diese Umstände bringt die Interviewpartnerin nicht mit einer möglichen Beschwerde in Verbindung, wenngleich dieses Ringen um Selbstbestimmung aber einen großen Teil des Interviews in Anspruch genommen hat.

5.3.3 „Da habe ich mich schon gar nicht mehr gewundert. Das ist so.“ (Interviewpartnerin 1)

Die Interviewpartnerin blickt auf eine lange Karriere⁵³ als Psychiatrie-Erfahrene zurück. Immer wieder schildert sie Erlebnisse, mit denen sie unzufrieden ist oder ihr Unrecht widerfahren ist. Dazu gehört die mehrfach (vom ambulanten Psychiater wie auch vom Krankenhaus) verweigerte Akteneinsicht (Pos. 30), die nach einem stationären Aufenthalt in der Wohnung fehlenden Dinge (wofür sie die Betreuerinnen verantwortlich macht) (Pos. 43), ein im Krankenhaus abhanden gekommenes BGB (Gesetzbuch) (Pos. 100) oder die Unmöglichkeit, Medikamente abzusetzen. Sie beschreibt ihre Psychosen nach der ersten stationären Behandlung als Absetzpsychosen (Pos. 80), sie hätte die Medikation gern abgesetzt, dafür fehlte allerdings das unterstützende soziale Umfeld und die Bereitschaft der Ärzte, sie beim Absetzen zu begleiten (Pos. 106–108).

Ist sie zunächst noch für ihrer Rechte eingetreten, hat sie im Laufe der Zeit resigniert, um sich das Leben nicht unnötig schwer zu machen (Pos. 102–104).

5.3.4 „The psychologist kind of just like threw medicine at me.“ (Interviewpartnerin 4)

Die Interviewpartnerin berichtet vom Kontakt mit einer*m Therapeut*in in ihrem Heimatland: Sie hätte Medikamente gegen ihre Depression nehmen sollen, hat sie aber tatsächlich nie genommen (Pos. 6–8). In Deutschland erlebt sie die Hürden des psychotherapeutischen Hilfesystems (Pos. 14).

Im Fall der ersten Therapie hätte sie sich gewünscht, ihren Zustand ernster genommen zu haben und hätte dafür eine andere Behandlung gebraucht (Pos. 101–102). Das deutsche Hilfesystem wundert sie, aber beide Fälle bringt sie nicht damit in Verbindung, sich beschweren zu wollen.

5.3.5 Anlässe und Nicht-Anlässe für Beschwerden

Zusammenfassend sind die Beschwerdeanlässe der Interviewpartner*innen⁵⁴:

- der unzumutbare Zustand einer vermieteten Wohnung (Interviewpartnerin 3),
- die Unerreichbarkeit einer Praxis für Psychotherapie (Interviewpartnerin 4),
- Nebenwirkungen von Neuroleptika (Interviewpartnerinnen 1 und 2),
- eine Zwangsbehandlung (Interviewpartnerin 1),
- ein unangemessenes, verstörendes Gespräch mit einem ambulanten Psychotherapeuten (Interviewpartnerin 2) und
- unangemessenes Verhalten der Pflegekräfte (Interviewpartnerin 2).

Sie decken damit ein weites Feld des psychiatrischen und psycho-sozialen Hilfesystems ab und entsprechen in groben Zügen dem, was Hamann et al. (2008) für ihre Untersuchung gefunden haben.

⁵³ Den Begriff der Karriere nutze ich hier analog zu (Goffman, 2018a, S. 127) als soziologischen Begriff für die persönliche und soziale Entwicklung im Hinblick auf eine Eigenschaft oder Gruppenzugehörigkeit.

⁵⁴ In dieser Zusammenfassung beschränke ich mich auf die Interviews, die ich selbst geführt habe

Die auslösenden Erfahrungen waren für die Betroffenen allesamt einschneidend und belastend. So beschreibt Interviewpartnerin 1: „ich war sehr verÄNGstigt un auch (.) e (.) auch NIEdergeschlagen un verUNsichert. (3)“ (Interview 1, Pos. 72) Interviewpartnerin 2 schildert: „ich war da EIgentlich äh so FERtig dass ich am liebsten: vors nächste AUto gelaufen wär.“ (Interview 2, Pos. 109) Interviewpartnerin 3: „<<seufzt>> also die (.) DIE: (.) äh: (.) ä=be-SCHWERde (.) war ja im fall OCH n- och nen=nen AKT der- der toTALEN verZWEIFlung weil das n ZUstand is (.) der einen KRÄNker macht alsch man sowieSO schon is.“ (Interview 3, Pos. 351). Interviewpartnerin 4: „Yeah, it was super hard. So (??) my studies suffered from that, and also my relationships.“ (Interview 4, Pos. 82).

Gleichzeitig gibt es auch ein relativ weites Feld von Unzufriedenheiten, die nicht zu einer Beschwerde Anlass geben:

- Behandlungskonzepte, die als nicht hilfreich empfunden wurden (Interviewpartner*innen 6 und 4),
- Medikamente⁵⁵: ein Ringen um Selbstbestimmung (Interviewpartnerinnen 1 und 2), sowie eine eventuell nicht adäquate Behandlung (Interviewpartner*innen 4 und 6),
- die Unmöglichkeit, Rechte wahrzunehmen (Interviewpartnerin 1) und
- strukturelle Schwierigkeiten im Hilfesystem (Interviewpartnerin 4).

Hier ist nicht zwangsläufig zu unterstellen, dass die Themen weniger wichtig wären oder eine geringere emotionalen Belastung bedeuten: „es WAR halt auch n bisschen geFÄHRlich, muss ich sagen, weil wie geSAGT, wenn mer dann mit suiZIDgedanken wieder RAUS kommt, und äh:m DAS dann mit sich SELber ausmacht,“ (Interview 6, Pos. 58) „es KLINGT immer BLÖD dass=es so auf die medikaMENte RAUSläuft, aber=es is ein WICHTiges (.) THEma (.) in dem zusammenhang.“ (Interview 2, Pos. 105) oder „also ich FIND die situatION is:=is depriMIERnd (1) also ich: HAB mich auf der geSCHLOSSnen eigentlich IMmer a=als: ziemlich RECHTlos empfunden.“ (Interview 1, Pos. 134).

Das Gefühl, ausgeliefert zu sein, findet sich – sowohl bei den Anlässen als auch bei Nicht-Anlässen von Beschwerden – in fast allen Interviews. Die einzige Ausnahme bildet Interviewpartnerin 4, die als einzige keine Erfahrungen in der psychiatrischen Klinik gemacht hat.

Die Gründe, weshalb Betroffene ein Beschweren über belastende Erlebnisse nicht in Erwägung ziehen, liegen also nicht bei der emotionalen Belastung. Andere Faktoren könnten eine Rolle spielen: Zunächst einmal fällt auf, dass die Gründe für eine Beschwerde *adressierbar* sind: Hier wird einer konkreten Person oder Institution ein benennbares Fehlverhalten vorgeworfen. Wenn ein Beschweren nicht in Erwägung gezogen wird, wird die Ursache für die Unzufriedenheit hingegen oft im *System* gesehen: „ähm (1) naJA, (.) das HÄTTe ja dann auch was BRINgen müssen und ich glaub das BRINGT nix weil das konZEPT einfach so ANgelegt is“ (Interview 6, Pos. 32).

5.4 Folgen einer Beschwerde

Mit einer Beschwerde strebt ein*e Beschwerdeführer*in eine Reihe von Ergebnissen an, einerseits auf der Sachebene, andererseits auf der emotionalen Ebene. Darüber hinaus kann eine Beschwerde auch unerwünschte Folgen haben.

⁵⁵ Medikamente tauchen als Thema in allen Interviews auf. Einzig Interviewpartnerin 3 scheint sowohl mit ihrer Medikation als auch der Beziehung zu ihrer Psychiaterin zufrieden, Pos. 268.

5.4.1 Sachebene

Unmittelbares Ziel einer Beschwerde kann es sein, einen Missstand abzustellen. Dieser Fall liegt klar bei Interviewpartnerin 3: Sie will in einer trockenen, schimmelfreien und ausreichend großen Wohnung leben (Pos. 328). Im Zuge der Beschwerde scheint sich das allerdings ausgeweitet zu haben, noch andere Themen liegen auf dem Tisch und sie rechnet damit, dass es in ihrer Einrichtung für betreutes Wohnen zu grundlegenden Veränderungen beim Personal (und hier insbesondere in der Geschäftsführung) kommt (Pos. 387). Unabhängig von ihrer Beschwerde versucht sie allerdings, die Umstände zu verlassen, indem sie eine Sozialwohnung sucht (Pos. 328).

Auch für Interviewpartnerin 2 war bei ihren Beschwerden über Nebenwirkungen der Neuroleptika wichtig, dass die Nebenwirkungen beendet werden (Pos. 10) – soweit möglich.

Eine Wiederholung dessen, was ihnen widerfahren ist, zu vermeiden – für sich selbst, in noch größerem Maße aber auch für andere – beschäftigt mehrere Interviewpartner*innen. Interviewpartnerin 2 benennt das im Zusammenhang mit dem Psychotherapeuten, der sie völlig fertig wieder aus seiner Praxis entlassen hat, so: „weil ich find so ALLgemein auch wenn jetzt jemand mit depressIOnen da hingeht: also so PRickelnd is jetzt der (.) wenn der IMmer so is:“ (Interview 2, Pos. 31). Interviewpartnerin 3 denkt auch an andere Nutzer*innen der Einrichtung:

*„aber das SIND doch keine ZUSTÄnde die man einfach so HINnehmen kann. (1)
[I: nee.] (1) an- ä- vor ALLEM das SIND ja (.) MENschen die (2) die SELber schon
vor lauter problemen nich mehr WISSEN wo oben und UNten is, (1) und anstatt
dass ihnen geHOLfen wird kriegen=se NOCH mehr probleme serviert. (2)“ (Interview 2, Pos. 262).*

Interviewpartnerin 4 möchte, dass ihr Fall dokumentiert wird: „my MAIN ISSUE is the fact that there IS no record of what HAPPened to me (.) and so it can DEFINITELY happen AGAIN, !Even to me“ (Interview 4, Pos. 70).

Sie ist jedoch die einzige, die sich fragt, ob sie eine Entschädigung dafür erwarten kann, was ihr an Nachteilen durch die Situation entstanden ist. Interviewpartnerin 1 hat vom Hausarzt eine Kompensation erhalten (Pos. 44–46), misst dem aber keine große Bedeutung bei. Sie hätte sich gern auf dem Weg einer Klage gegen die behandelnde Ärztin beschwert (Pos. 26). Interviewpartnerin 2 hätte sich gewünscht, dass der Psychotherapeut mit seinem Verhalten konfrontiert wird und gegebenenfalls darüber nachdenkt, hält aber weitergehende Folgen für fraglich (Pos. 117).

5.4.2 Emotionale Ebene: Verarbeitung des Geschehenen

Ein wichtiger Aspekt sich zu beschweren ist aber auch, einen Umgang mit dem Erlebten zu finden. Hier lassen sich verschiedene Aspekte zuordnen:

Für sich einstehen

Für Interviewpartnerin 2 hätte eine Beschwerde bedeutet, für sich einzustehen:

ich HÄTte das geFÜHL dass der: ähm (2) ne RÜCKmeldung kriegt, (.) da=dazU, da war ich LEIder auch nich so ganz- ich=hab ja nur noch geWEINT, (.) [I: ja.ja.] einfach ne rückmeldung ähm (.) KRIEGT (.) ähm: (1) ich würde HOFFen dass er vielleicht auch (.) d=DRÜber NACHden:kt (1) es ist die FRAge, inwiefern so=n MENsch dann reflexionsfähig IST, und das tut, ähm: (.) ja und ich: HÄTTe dann so dieses- auch das geFÜHL dass i:ch:s (.) halt nich so mit mir M:ACHen (1) HA:B (.) LASSEN. [I: hmhm] muss mer sagen. [I: ja.] !JA!. selbst WENN er dann NICHTS ändert. aber so zuMINdest so dieses HEY- (3) [I: für sich EINGestanden zu sein?] !JA!. auf JEDen FALL. (3) (Interview 2, Pos. 117)

Interviewpartnerin 3 tritt selbstbewusst für ihre Rechte ein: „ich hab JEDerzeit das RECHT mich: mich zu beschwern und muss nicht alles HINnehmen“ (Interview 3, Pos. 179).

Das kontrastiert in gewisser Weise mit den Erwartungen von Anja Link, dass Betroffene über eine Beschwerde eher Verantwortung abgeben würden (Pos. 6). Die Interviewpartnerin 7 könnte in diesem Sinne gelesen werden, wenn sie sich wünscht, dass ein*e Sozialarbeiter*in auf sie zugeht und fragt, ob sie zufrieden sei (Pos. 2). Gleichzeitig erwähnt sie allerdings, sie hätte sich gewünscht, „dass mer (.) net das geFÜHL hat ich DARF mich net beschwern.“ (Interview 7, Pos. 2) Hierin steckt eine Stigmatisierungserwartung, die mit dem Wunsch der Betroffenen, jemand solle auf sie zukommen, zusammenhängen könnte. Insofern muss dieser Aspekt des Übernehmens oder Abgebens von Verantwortung vor dem Hintergrund von Stigmatisierung und Machtstrukturen gelesen werden.

Validierung der Erfahrung

Bei mehreren Interviewpartner*innen klingt durch, dass sie sich eine Validierung ihrer Erfahrung wünschen würden, ganz klar ausgedrückt von Interviewpartnerin 2:

<<leise> was HÄTte ich geBRAUcht?> ja auf JEDen fall ZUspruch dass das SO nicht in ORdnung war: also=ich FIND das ja auch immer so:- äh also ICH bin !LEI!der dann oft so=n mensch der dann ZWEIfelt:, wo man sich denkt, oder WAR das noch in ORdnung: das- !NEE! das war NICHT in ORdnung; (.) ähm (.) da: also auf=JEDen fall die beSTÄTigung dass das so nicht in ORdnung war; (Interview 2, Pos. 40)

Interviewpartnerin 7 lässt sich ihr Erlebnis von ihrer Ärztin validieren (Pos. 4), Interviewpartnerin 3 unter anderem von ihren Nachbarn (Pos. 45). Für Interviewpartnerin 1 bietet der rechtliche Rahmen (Zwangsbehandlungsverbot) die Validierung ihres Empfindens (Pos. 19–20).

Interviewpartner 6 hingegen fehlt diese Validierung, Formulierungen wie „das hab ich bis HEUT noch net verstanden,“ (Interview 6, Pos. 12) tauchen mehrfach im Interview auf.

Verstehen der Erfahrung

Ein wichtiger Aspekt der Verarbeitung von Erlebnissen zeigt sich im Wunsch nach Verstehen. Interviewpartnerin 4 benennt es sehr klar:

For me it will basically make the difference between me saying ,I will never have a young female therapist’ – which is not okay – to me just like – if I can find out the reason why that happened, because right now in my head, it’s like ,the reason is because somebody went to Elternzeit’, which is not the reason why I couldn’t get therapy afterwards. (Interview 4, Pos. 66)

Sie hält die kausale Zuschreibung, dass sie ihre Therapie nicht fortsetzen konnte, weil ihre Therapeutin in Elternzeit gegangen ist, für eine Fehltribution, die sie korrigieren möchte, und formuliert als Beschwerdeziel:

But I think for me personally the difference it will make: I will stop holding on to this anger, onto something that is not the real reason, so I can get to the truth what really happened. So perhaps – I don't know, language barrier or whatever other reason. And also I just – yeah, I think I just wanna let go of this.” (Interview 4, Pos. 67)⁵⁶.

Interviewpartnerin 2 und Interviewpartner 6 zeigen Verständnis für die Lage vieler Fachkräfte und unterstellen keine böse Absicht, wenn sie beispielsweise Zeitmangel des Personals für ihre Erlebnisse verantwortlich machen (Interview 2, Pos. 79; Interview 6, Pos. 90). Sie versuchen so, ihre Erfahrung verstehbar zu machen ohne anderen Personen Schuld zuzuweisen.

Dieses Verstehen von Situationen, auch aus der Erfahrung einer Perspektivübernahme heraus, betonen beide Expert*innen als wichtigen Baustein für einen Umgang mit belastenden Erlebnissen und betonen beide dabei die Bedeutung des Trialogs (Interview Thomas Bock, Pos. 2; Interview Anja Link, Pos. 10).

Selbstwirksamkeit und positive Emotionen

Eine erfolgreiche Beschwerde kann bei der Beschwerdeführerin zu positiven Emotionen führen. Interviewpartnerin 2 wünscht sich, sie hätte sich beschwert, um damit für sich einzustehen – was als Selbstwirksamkeit eingestuft werden kann. Sie beschreibt, dass sie sich – besonders im ambulanten Hilfesystem – immer wieder habe „durchboxen“ müssen (Pos. 24, 28, 34) Gefragt, was diese Erfahrungen mit ihr gemacht haben, antwortet sie:

ANdrersei:ts(.) ähm(.) BIN ich auch son bisschen STOLZ weil ich mich DURCH-geboxt hab das is auch(.) ähm (1) WAS weil ich war jetzt noch NIE so dass=mer sagt mein GOTT selbstbewusstsein über:- ÜBER ma:ßen aber DAS is sowas das is eigentlich sogar BESser gewo:rdens: würd=ich sagen SELBSTbewusstsein auch wenn das ganz ganz(.) !ME:RK!würdig klingt in diesem zuSAMmenhang (Interview 2, Pos. 54)

Interviewpartnerin 4 verspricht sich von einer Beschwerde: „I will stop holding on to this anger,“ (Interview 4, Pos. 67). Interviewpartnerin 3 präsentiert sich zuversichtlich (Pos. 298, 387) und stolz (Pos. 121, 258), mit ihrer Beschwerde Dinge zum Besseren zu ändern – für sich selbst wie für die anderen Nutzer*innen der Einrichtung.

Solidarität

Indem eine Wiederholung der Ereignisse verhindert werden soll, drückt sich in einigen der Interviews auch Solidarität aus. Während Interviewpartnerin 2 sich andere Betroffene vorstellt (Pos. 31) und solche bei Interviewpartnerin 4 sehr vage bleiben (Pos. 70), hat Interviewpartnerin 3 ganz konkrete Menschen vor Augen, für die sie stellvertretend und mit denen sie gemeinsam ihre Beschwerde durchflicht.

⁵⁶ Sie benennt auch eine Vielzahl möglicher Gründe, die sie bereits erwogen hat.

und ich sag den ANDern wenn euch was nicht PASST geht zum beZIRK und beSCHWERT euch. [I: okay.] (1) und das HAM jetzt auch schon MEhrere geTAN. [I: okay;] (1) und: ähm: deswegen liegt da beim beZIRK grad nicht nur EIne beSCHWERde sondern MEhrere. (2) (Interview 3, Pos. 79)

also ich hab Eher so den EINDruck dass sie jetz- äh (1) wir zuSAMMhalten [I: hmhm] (2) u:nd (1) quasi EIner den andern ermutigt beSCHWERde einzu-reichen. (Interview 3, Pos. 249)

5.4.3 Unerwünschte Folgen einer Beschwerde

Neben den Zielen, die Beschwerdeführer*innen mit einer Beschwerde verknüpfen, müssen sie sich immer auch der „Nebenwirkungen“ ihrer Beschwerde gewahr sein.

Invalidierung der Erfahrung, Zurückverweisen, Spieß umdrehen

Streben die Beschwerdeführer*innen mit ihrer Beschwerde eine Validierung ihrer Erfahrungen an, berichten sie tatsächlich deutlich häufiger vom Gegenteil. Interviewpartnerin 7:

und das ist dann AUCH oft passiert, wenn=mer: ne beschwerde HATte, oder sich mal überLEGT hat (.) ähm: ich HÄTtes: gerne Anders, (.) NE das is ja DEI prob-lem. (.) des is ja IHR problem, ja? SETzen sie sich DAmit auseinANDer, ja? (.) es is (.) äh:m (1) ja. (1) SIE sin ja HIER um was: (.) für SICH zu (.) ÄNdern. (.) (?also SETZen sie sich damit auseinANDer.?) (Interview 7, Pos. 7)

Auch Interviewpartnerin 2 ist in ihren Beschwerden nicht ernst genommen worden, stattdessen wurden ihre Erlebnisse delegitimiert (vgl. S. 47). Massiv hat das Interviewpartnerin 3 beschrieben, von der Schuldzuweisung an der feuchten Wohnung (Pos. 4) über das allgemeine Abtun von Beschwerden als überzogenen Ansprüchen (Pos. 109) bis hin zum Vorwurf von Realitätsverlust und nachfolgender Dosiserhöhung der Neuroleptika, was sie bei anderen Nutzer*innen erlebt hat und für sich selbst abwenden konnte (Pos. 266–268, vgl. auch Abschnitt 6.4.1, S. 99).

Diejenigen, über die sich die Betroffenen beschweren wollen, drehen also „den Spieß um“, es kommt zu einer Täter-Opfer-Umkehr. Das ist nur möglich innerhalb eines Machtgefüges und oft eng verbunden mit einer Stigmatisierung, wie in Abschnitt 6.3 und 6.4 diskutiert wird.

Druck, Einschüchterungen, Strafe

Eine Stufe weiter gehen Druck, Einschüchterung und Strafen. Interviewpartnerin 3 berichtet von Drohungen, auf die Straße gesetzt zu werden: „sie DROHens ja jedem AN, wenn du zum bezirk GEHST (.) DÜRfen wir dich auf die STRAsse setzen. (.) weil ja dann für DICH nichts mehr beZAHLT wird. (1) sowas DROhen sie dir AN, (.) DÜRfen sie aber gar nich. (1)“ (Interview 3, Pos. 131) oder ins Pflegeheim zu kommen: „aber [I: ja.] (1) es=s HEIßt ja jedes mal, wenn du darüber SPRICHST dass des dir nich GUT tut, (.) ähm du muscht wenn du nicht zum [Tagesstätte, M.P.] kommen kannst musst du in ein PFLEgeheim.“ (4) (Interview 3, Pos. 324) Auch Medikamente sind eingesetzt worden, um Nutzer*innen ruhigzustellen – oder das zumindest anzudrohen (vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 99f.). Für Interviewpartnerin 3 zielen die Maßnahmen darauf ab, sie einzuschüchtern: „JO!, die will die !WILL! uns- die will uns ANGST machen, dass wir {{gleichzeitig} die beSCHWERde-}“ (Interview 3, Pos. 335).

Interviewpartnerin 1 hat Zwangsbehandlungen durchaus als Strafe aufgefasst: „danach war ich hier in BAYern in der- und dann bin ich sehr oft fiXIERT worden; weil ich zu reniTENT war. [I: okay] also zu viel Widerworte gegeben hab.“ (Interview 1, Pos. 82). Aus anfänglicher

Rebellion (Pos. 98) wurde durch die Erfahrungen von Ausgeliefertsein und Rechtlosigkeit (Pos. 132) für sie eine resignierte Angepasstheit (Pos. 100–102).

5.4.4 „Ich glaub, das bringt nix“: Warum man sich nicht beschwert

Was bedeutet das für die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren? Wenn eine Person nicht erwartet, mit ihrer Beschwerde Erfolg zu haben oder etwas auszurichten, so strebt sie auch keine Beschwerde an: „ich glaub das BRINGT nix weil das konZEPT einfach so ANgelegt is von diesen von diesen staTIONen, die KÖNNen da ja net äh (.) das konZEPT <<lacht> wegen mir umstellen;“ (Interview 6, Pos. 32).

Auf der emotionalen Ebene wird eine Beschwerde nicht in Erwägung gezogen, wenn die erwarteten Folgen emotional zusätzlich belastend wirken: „je ANgepasster man sich in der (.) psychiatrie benimmt; (.) desto besser GEHTs einem. (1) [I: mhmm] also da IRgendwelche MEINungen zu erzähln is SINNlos. (2) oder auf RECHten zu beharren.“ (Interview 1, Pos. 92).

5.5 Die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Voraussetzungen

Aus den Interviews lassen sich eine Reihe von Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren einer Beschwerde isolieren (vgl. Tabelle 2), die ich dann als Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren belege und einordne. Dabei finden sich jeweils in der linken Spalte die Ermöglichungs-, rechts die Verhinderungsfaktoren.

Tabelle 2: Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren einer Beschwerde, eigene Darstellung

<i>Möglichkeit, sich zu beschweren</i>	<i>Unmöglichkeit, sich zu beschweren</i>
Persönlichkeit	Persönlichkeit
Bildung und Artikulationsfähigkeit	Fehlende Artikulationsfähigkeit
Gesundheit	Krankheit, Akutsituation
Diagnose	Diagnose, Medikamente, Nebenwirkungen
Emotionale Voraussetzungen (Kraft, Mut)	Emotionale Hürden (ausgeliefert sein, Angst, fehlende Kraft)
Ernst genommen werden	Stigma
Unterstützendes soziales Umfeld	Fehlendes soziales Umfeld
(Professionelle) Unterstützung und Beschwerdestelle	Fehlende Unterstützung
Beschwerde-/Fehlerkultur, Umgangston	Umgangston
Information	Fehlende, vage oder falsche Informationen
Niederschwelligkeit	Institutionelle und bürokratische Hürden

5.5.1 Persönlichkeit und Identität

Manchen Menschen fällt es leicht, sich zu beschweren, und sie tun das auch ausgiebig.

es gibt andere menschen die: nix anderes TUN als sich ständig: im LEben zu beSCHWERN; (1) mh, (1) egal WO, (Interview Thomas Bock, Pos. 12)

Auf der Suche nach Interviewpartner*innen verwiesen mehrere Profis auf Menschen, die sich häufig beschweren. Es fällt der Begriff einer „querulantischen Persönlichkeitsstruktur“. Das hilft zunächst, sich zu beschweren, kann aber möglicherweise die Erfolgsaussichten der Beschwerden Betroffener dämpfen.

Interviewpartnerin 3, die sich als einzige erfolgreich beschwert, definiert sich nicht über ihre Diagnose, sondern eher über ihr Studium und ihre Rolle als Beschwerdeführerin (Pos. 2–4, vgl. auch Abschnitt 6.1.2, S. 75).

Manchen Menschen fällt es schwer, sich zu beschweren: „ich bin jetzt au=net der HYperbeschWErer, muss ich jetzt=AU dazu sagen,“ (Interview 2, Pos. 115)

das proBLEM is natürlich dir GEHTS dann schlecht, un ich bin jetzt eh ni so der TYP der da: irgendwie: (.) ja wie soll ich SAgen (.) JA, ich nehm das halt immer so ge- HAB das immer so HIN-genommn=und HAB das dann quasi so=n BISSchen (.) JA. (1) in mich REIN geschluckt oder was auch immer, (.) (Interview 6, Pos. 14)

Persönlichkeitszüge wie Schüchternheit oder zurückhaltendes Wesen (Interview 6, Pos. 24), aber auch Glaubenssätze (z. B. „Mach es allen recht“, „Die werden schon wissen, was sie tun“) machen es deutlich unwahrscheinlicher, dass eine Person sich beschwert.

5.5.2 Bildung und Artikulationsfähigkeit vs. fehlende Artikulationsfähigkeit

Alle Interviewpartner*innen hatten eine hohe formale Bildung und konnten im Interview ihre Anliegen gut artikulieren. Drei der Interviewpartner*innen drückten das auch explizit als Ressource⁵⁷ aus, ordneten es aber in unterschiedliche Kontexte ein. Interviewpartnerin 2 sieht sich privilegiert im Umgang mit Klinikpersonal:

ich: hab stuDIERT(.) und GLUMP und ZEUG, dann werd ich wieder MEH:R ernst genommen als ANDERE was EIgentlich auch nich okay is; (Interview 2, Pos. 50)

Die Bildung dient also als Statussymbol (vgl. Goffman, 2018b, S. 58) und schützt in gewissem Maße vor Stigmatisierung.

Interviewpartnerin 3 sieht durch das Studium vor allem ihr Denkvermögen geschult, um mit mehr Durchblick sich letztlich beschweren zu können:

naja vor allem ich MEIN ich HAB ja} auch einfach durch das mathemaTIK-studium hat man ja EINFach dann(.) äh DURCHaus irgendwo so(.) LOGisches(.) DENKvermögen wo man dann halt NICH so GANZ auf=n kopf gefalln is. [I: JA.] (1) man dann EINFach sagt also (1) DAS !GEHT! DOCH NICH. (.) also (.) (Interview 3, Pos. 276)

Auch Interviewpartner 6 betont die Art, wie sein Studium sein Denken geschult hat. Er bezieht diese Ressource jedoch eher auf seinen Recovery-Prozess als auf die Möglichkeit, sich zu beschweren (Pos. 68).

Interviewpartnerin 4 kann sich nicht gut in der deutschen Sprache ausdrücken:

I've actually done German classes up until B1 or B2.1 which should be enough for like conversational level. It's enough for me to for example call a doctor's office and set up an appointment. Or – I don't know – maybe have some very low level discussions with friends if I have context. But I wouldn't say I can really express myself in German. (Interview 4, Pos. 5)

Sie hält das für einen möglichen Grund, dass sie ihre Therapie nicht fortsetzen konnte (Pos. 67). Gleichzeitig steht diese Sprachbarriere zwischen ihr und einer (angestrebten) Beschwerde:

I THINK I just(.) nee:d(.) like(.) LANGUAGE is a tool that I will NEE:d; (.) so (.) I DON't imagine that the place I call to complain will be (1) ehm(.) WILL-ing to support me in ENGLISH (1) which is: (.) kind of oKAY so the most (1) most ehm(.) INstitutes or like FORmal: places in GERmany; (Interview 4, Pos. 33)

Darin steckt zweierlei: Eine *Fähigkeit* der Artikulation und eine *Möglichkeit* der Artikulation: Wer wird gehört, wo und wie? Welcher Form muss die Artikulation genügen? Reicht es, sich in einer geläufigen Sprache auszudrücken, oder müssen bestimmte Formalia eingehalten werden (Sprache, schriftlich, Formulare, rechtssichere Formulierung)? Hierin steckt Definitionsmacht.

⁵⁷ Interessanterweise hat nur eine Interviewpartnerin ihr Studium gesund abgeschlossen (Interview 1, Pos. 6–7), alle anderen sind spätestens in der Phase des Studienabschlusses so weit erkrankt, dass sie sich in Behandlung begeben mussten (Interview 2, Pos. 4; Interview 4, Pos. 7–8) und zum Teil das Studium abgebrochen haben (Interview 3, Pos. 2; Interview 6, Pos. 4). Für die beiden Studienabbrecher bedeutet das Studium jedoch anscheinend mehr als für diejenigen, die es abgeschlossen haben: Sie betonen, wie sehr das Studium ihr logisches Denken (Interview 3, Pos. 276) bzw. ihr wissenschaftliches und objektives Denken (Interview 6, Pos. 68) geschult haben.

5.5.3 Gesundheit vs. Krankheit

Nach einem Akutzustand braucht es Zeit, um wieder ein gewisses Maß an Gesundheit zu erlangen, bevor man ein Beschwerden in Erwägung ziehen kann:

oder wenn mer einfach schon son bisschen mehr KLARer is also das KANN auch noch in der KLInik sein weil dieser (.) moMENT kommt ja auch wo man dann wieder voll da is (.) ab DA glaub=ich wär so der ZEITpunkt wo mer dann SAgen könnte: (.) ähm: (.) jetzt kann ich mich auch beSCHWERN (Interview 2, Pos. 26)

Ähnlich sieht das Interviewpartnerin 3 im Hinblick auf die Bürokratie, die erforderlich ist, um sich die Chance auf eine Sozialwohnung als Alternative zum unangemessenen Zustand zu erkämpfen.

und auch eine soZIALwohnung musste erstmal n wohnbeRECHtigungsschein [I: hmhm.] (.) beANtragen. (.) und auch DAfür musschte erschtmal n (.) g=geWISSEN (1) ne geWISSe geSUNDheit haben; [I: ja.] um sowas TUN zu können. [I: ja.] (3) [I: ja.] oder ne rechtliche beTREUung, (Interview 3, Pos. 373)

Übereinstimmend berichten fast alle Interviewpartner*innen, dass man sich anfangs nicht beschweren kann. Sie bezeichnen das zum Teil als Krankheit, als Akutsituation oder als Zustand, in dem man zu viele Probleme hat:

ähm=aber wie geSAGT so diese ANFang=also wenn man GANZ aKUT als psyCHOtiker reinkommt da stellt sich oft diese FRAge des beSCHWERens gar nicht=weil mer gar nich in der !LAGE! is (Interview 2, Pos. 24)

Für die interviewten Personen war dieser Zustand immer vorübergehend, für manche Betroffenen wird er aber zum Dauerzustand. Ein Beispiel aus dem Bekanntenkreis bringt der Lebenspartner von Interviewpartnerin 3:

P3a: oder so a MENsch wie der [AA, M.P.], der tat si niemOLS beschwern. (2) [P3: der-] (3) woil der is ja EH die ganze zeit bloß in sein KAMMerl drin (2) der hat a soZIAle phobIE. [I: okay;] (3) [P3: ja;] (8) (Interview 3, Pos. 283)

Auch die Medikation spielt eine Rolle, ob man sich beschweren kann:

P3: also WIRKlich VIEle kriegen SO viele medikaMENTe und ham (1) erstmal SO viele proBLEme, (.) dass sie=sich nich au noch: (.) HINterFRAgen können, (.) ob hier im betreuten WOHNen irgendwas schief läuft. (.) (Interview 3, Pos. 153)

Vor diesem Hintergrund ist der Vorwurf, dass willkürlich die Medikamenten-Dosis erhöht wird (vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 99), um so ungeheuerlicher (Pos. 266, 287).

5.5.4 Diagnose

Nach Einschätzung von Thomas Bock hängt die Möglichkeit, sich zu beschweren, nicht von der Diagnose ab:

aber das is: glaub=ich wen=WEiniger diagno=NOseabhängig als <<sehr leise> (?personenspezifisch.) (Interview Thomas Bock, Pos. 12)

Auch Interviewpartnerin 2 ist sich nicht sicher, ob Menschen mit anderen Diagnosen sich leichter Gehör verschaffen können:

da mags vielleicht n DEpressiver n bisschen BESSer ham, das WEIß ich jetzt aber gar nicht. (.) ob der dann da MEH:R geHÖRT wird oder ob dann auch, ja das ist sein depressives allgemeIN- (.) ähm das kann ich jetzt [I: weil er nich so NERVT.] ja. [I: möglicherweise.] (.) JA. möglicherWEIse weil: s=sie sind ja bisschen UMGÄnglicher: die armen DEpressiven patiENten, also da !KÖNN!t=ich mir vorstelln dass (.) !DEM!jenigen dann=n bisschen BESSer geht=aber ich WEIß es gar nicht. wie das jetzt ein DEpressiver, (Interview 2, Pos. 60)

Mehrere Interviewpartner*innen sind der Ansicht, dass eine Diagnose allein es erschweren kann, sich Gehör zu verschaffen. Als mögliche Diagnosen, die das Beschweren verhindern oder erschweren können, werden neben einer sozialen Phobie (Interview 3, Pos. 283) vor allem Psychosen⁵⁸ genannt. Einerseits, weil die Störung selbst eine Hürde darstellt:

also wenn man GANZ aKUT als psyCHOtiker reinkommt da stellt sich oft diese FRAGE des beSCHWERens gar nicht=weil mer gar nich in der !LAGE! is=un selbst wenn man mir den menschen vor die !NA!se setzen wü:rde (.) bei dem ich mich be!SCHWER!en !KANN!, könnnts sein dass mer das in irgendnen WAHN verstrickt und gar nicht mehr SCHAFFT (.) sich bei dem zu beSCHWERN sozusagen; (Interview 2, Pos. 24)

Andererseits spielen auch Stigmatisierungen eine Rolle:

un wie gesagt wenn man in=der geSCHLOSSnen is=is man- also ICH bin dann auch nich sehr g=GLAUBwürdig (Interview 1, Pos. 26)

Aber nicht nur die Diagnose, auch die Behandlung kann zum Problem werden:

I: das heißt du SAGST es GIBT diagNOsen, wenn du die hast dann (.) hast du die CHANCE dich zu beschwern einfach verLORN.

P3: ja auch- auch aufGRUND von der art, wie diese diagNOsen dann beHANDelt werden. (Interview 3, Pos. 279–280)

⁵⁸ Auch wenn Psychose-Erfahrene besonders stark stigmatisiert werden (Angermeyer und Matschinger, 2003; Finzen, 2013), wird diese Betonung der Psychosen zumindest zum Teil mit der Auswahl der Interviewpartner*innen zusammenhängen. Interviewpartnerinnen 1 und 2 haben die Diagnose einer Schizophrenie bzw. Psychose angegeben. Analog haben die Expert*innen jeweils an die Personengruppe gedacht, für die sie sich als Expert*in verstehen: „ich glaube dass MENSchen mit psyCHOsen es besonders SCHWER haben, (.) äh sich: geHÖR zu verschaffen; und sich ZUzutraun, sich (.) sich zu erLAuben: ähm (.) sich zu beSCHWERN.“ (Interview Thomas Bock, Pos. 12) und „Jetzt speziell zu Borderline, ich glaube es kommt bei Borderline-Betroffenen und ihren Helfern, damit umfasse ich alle Helfer, auch Sozialarbeiter – ich glaube es kommt sehr häufig zu Missverständnissen, oder dass die Helfer die Geduld verlieren, weil sich nicht schnell genug was verändert“ (Interview Anja Link, Pos. 6). Speziell bei Anja Link scheint es eine Rolle zu spielen, dass Borderline-Erfahrene unter Fachleuten als querulantisch und manipulativ gelten (Armbrust und Link, 2015).

5.5.5 Emotionale Voraussetzungen vs. emotionale Hürden

Eine Beschwerde ist emotional voraussetzungsvoll: „JO ich musst ERSTmal ORdentlich (.) KRAFT sammeln.“ (Interview 3, Pos. 264)

Das kennt auch Thomas Bock aus seiner Erfahrung:

MENschen mit psyCHOsen brauchen eine erMUTigung, sich !AUCH! gegen schlechte behandlung (.) mh: (.) zu sch- WEHren und zu beSCHWERen. (Interview Experte Bock, Pos. 12)

Eine Beschwerde braucht Mut:

I: und: (.) hat das MUT gebraucht?

P3: JA. (2) aber es war GUT. (Interview 3, Pos. 128–129)

In diesem Mut können sich Betroffene aber auch gegenseitig bestärken:

also ich hab Eher so den EINdruck dass sie jetz- äh (1) wir zuSAMMhalten [I: hmhm] (2) u:nd (1) quasi EIner den andern ermutigt beSCHWERde einzureichen. (Interview 3, Pos. 249)

Viele Interviewpartner*innen berichten, dass fehlende Kraft verhindert, dass man sich beschwert, zum Beispiel Interviewpartnerin 2:

WANN: hab ich die KRAFT mich zu beschwern; die HAB ich halt als psychiATRIE:erfahrner mensch NICHT zu jeder zeit; und MANche hams vielleicht auch (.) GAR=!NIE!:!. (3) (Interview 2, Pos. 113)

Interviewpartnerin 4 hat im Moment so viel um die Ohren, dass eine Beschwerde derzeit nicht in Betracht kommt – obwohl sie sich fest vorgenommen hat, sich noch zu beschweren.

I actually do think in the future – so not like now, because I'm super-busy, but I will go ahead and still find a way to complain or to at least get in touch with the therapist (Interview 4, Pos. 30)

5.5.6 Ernst genommen werden vs. Stigmatisierung

Thomas Bock betont die Wichtigkeit, Beschwerden von Psychiatrie-Erfahrenen ernst zu nehmen:

I: wie WICHTig ist es IHRer meinung nach für beTROFFene dass sie sich(.) beSCHWERN können. (.) WOrüber auch immer.

Thomas Bock: SEHR wichtig, un:d (.) auch tatsächlich WOrüber auch immer, (Interview Thomas Bock, Pos. 1–2)

Für Interviewpartnerin 3 stand außer Frage, dass sie sowohl bei der Beschwerdestelle als auch beim Bezirk⁵⁹ mit ihrer Beschwerde ernst genommen wird:

also (3) der bezIRK fand das !RICHTig !GUT!. dass ich <<seufzt> HERgegangen bin und das alles in eine E-mail verPACKT hab (.) und ihnen das EINFach mal so geSCHRIEBen hab.> und auch daZUGeschrieben hab beSCHWERde. (Interview 3, Pos. 121)

Die Betroffenen berichten immer wieder über Stigmatisierungserfahrungen:

das IS auch zu so ner(.) Z:EIT oft geWEsen: wo: (.) ich naTÜRlich noch sehr KRANK war aber NICHTsdesto T-ROTZ konnte ich ja die be!SCHWERden! haben, also DAS:=das wird dann so: WEG(.)gewischt. (2) (Interview 2, Pos. 60)

Sie sind beispielsweise als psychisch Kranke stärker von Stigmatisierung betroffen als somatisch erkrankte Patient*innen:

das=das find ICH halt immer ganz draMAisch weil da- das merk ich jetzt SCHON so: wenn ich jetzt als so nOR-MALobürger mich: irgendwo beSCHWER beim Arzt (.) dass das jetzt SCHON ernstgenommen wird aber in diesem KONText (.) halt NICHT. (Interview 2, Pos. 12)

Auch Interviewpartnerin 1 berichtet, dass sie sich wegen eines Behandlungsfehlers beim Hausarzt erfolgreich beschwert hat (Pos. 44–46), wohingegen sie sich im psychiatrischen Hilfesystem nicht beschweren konnte. Der Zugang zu ihrem Recht ist ihr an vielen Stellen durch das Stigma ihrer psychischen Erkrankung verstellt, beispielsweise, weil sie keinen Anwalt gefunden hat (Pos. 28) oder als während eines Klinikaufenthalts Dinge aus ihrer Wohnung verschwunden sind:

da kann ich AU nix machn(.) da steht das wort von ner (1) psyCHOsekran-ken- (1) aKUT psychosekranken gegen DIE leu:te [Betreuerinnen, M.P.] (Interview 1, Pos. 41)

⁵⁹ Aus dem Interview geht nicht hervor, ob beim Bezirk die Missstände schon bekannt waren, die Mitarbeiter*innen dort aber mangels Beschwerdeführer*innen nichts unternehmen konnten oder wollten.

5.5.7 Unterstützendes vs. fehlendes soziales Umfeld

Interviewpartnerinnen 1, 2, 3 und 4 geben an, dass ein unterstützendes soziales Umfeld ein wichtiger Faktor sei, um sich beschweren zu können: Als moralische Unterstützung, als Zeug*innen oder mit ihrer Fachkompetenz. Hinreichend scheint ein soziales Umfeld allerdings nicht zu sein. Als einzigm scheint bei Interviewpartner 6 das soziale Umfeld eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Interviewpartnerin 2 beschreibt ihre Situation, in der ihre Eltern ihre rechtliche Betreuung übernommen hat und in der ihr Ehemann sie unterstützt, als Privileg (Pos. 37). Im Interview scheint diese Ressource immer wieder als Bedingung ihrer Selbstbestimmung durch⁶⁰. Trotz der vorhandenen Unterstützung erlebte sie sich selbst in verschiedenen Situationen als nicht beschwerdefähig: In stationärer Unterbringung in der Klinik wurden ihre situativen Beschwerden von der Pflege nicht ernst genommen (Pos. 10). Aber auch ihr Mann war ratlos, wie sie sich hätte beschweren sollen: „weil mein MANN hat mich dann auch gefragt ja wo hättst dich denn beSCHWERn solln, ich=so ja is ne ver!DAMMT! <<lacht> gute FRAge>“ (Interview 2, Pos. 48) Das soziale Umfeld allein scheint nicht auszureichen um sich zu beschweren, wenn Informationen fehlen.

Für Interviewpartnerin 3 ist das soziale Umfeld ebenfalls eine Bedingung, sich zu beschweren. Hier tauchen einerseits Freunde und Bekannte als Rückhalt auf, wobei explizit ein Verein (Pos. 264) erwähnt wird, bei dem die Interviewpartnerin ehrenamtlich tätig ist. Andererseits werden sowohl die Nachbarn als auch andere Nutzer*innen als Zeugen der beanstandeten Situation angeführt (Pos. 45, 67).

Auch Interviewpartnerin 4 erwähnt ihr soziales Umfeld als Bedingung einer möglichen (und

Wenn eine Beschwerde den Betroffenen unmöglich erscheint, wird oft das fehlende soziale Umfeld als Grund genannt.

I: krass; (2) und macht: nen UNterschied ob mer(.) n soZIAles NETZ hat, ne unterSTÜTzung von AUßen?

P3: ja. also wenn man DIE nich hat(.) dann bist=e- da FÄLLST du ja ins ins NIRgendwo (Interview 3, Pos. 288–289)

Interviewpartnerin 1 berichtet, dass sie ohne ein unterstützendes soziales Umfeld nichts ausrichten konnte:

I: was hättn: sie in DER situatiON ge-BRAUCHT? (3)

P1: N=en soziales UMfeld wo=wo mich jemand dann enERgisch ver-TRITT: (.) das=IS auch in der psychi-ATRIE am besten wenn=man: wenn=man in der psychiaTRIE is un jeman:d beFREUNdeten hat(.) die ZU einem hält un=einen auch die RECHte durchsetzt GEgen (1) GEgen ÄRzte un=so. (3) (Interview 1, Pos. 32–33)

Hilfreich wäre dabei auch Fachkompetenz gewesen:

wo dann IRgend n befreundeter (??) NEFFe de:r=der beTREUer dann is und den(.) raushaut=ode:r irgendje-mand anders; (.) oder n beFREUNde-ter ANwa:lt (3) also=n JUGendfreund der ANwalt is=und wo:=wo sowas dann geht (Interview 1, Pos. 34)

In ihrem Fall wird aber auch deutlich, wie im Zuge ihrer Karriere als Psychiatrie-Erfahrene ihr soziales Umfeld verlorengegangen ist.

P1: (??) ich hab ja !AUCH! kein sozia-les {{gleichzeitig}} NETZ mehr.}

I: {{gleichzeitig}} ja. genau. und-

P: also ganz- bei der ERsten erkran-kung hatt=ich noch=n soziales netz aber jetzt nich mehr. [I: hm; ja;] (1)“ (Interview 1, Pos. 56–58)

⁶⁰ Dabei nimmt sie ihre Selbstbestimmung durchaus auch als Voraussetzung für ihre Ehe wahr: „ich wollt halt eigentlich IMmer mein LEben so HAben: dass: ich das so verWALTen kann und SCHALTen kann wie ich MÖchte=das is=eigentlich so diese (.) HAUPTmotivatio:n=also ich bin ja au verHEIratet und möchte auch ne normale <<Stimmlage wechselt, wird höher> EHE fü:rn>“ (Interview 2, Pos. 35).

durchaus geplanten) Beschwerde. Sie erhofft sich Unterstützung angesichts des Aufwandes, den sie für die Beschwerde erwartet (Pos. 33–36).

5.5.8 Vorhandene vs. fehlende professionelle Unterstützung

Interviewpartnerin 3 berichtet von der Beschwerdestelle als Unterstützung:

das is ne UNAbhängige beSCHWERdestelle, da KANNschte erschtmal HINgeh'n und sagen was (1) was DU erlebst und ähm (.) HAST dann halt auch so erschtmal n (1) neu=neu=neuTRAlen MENSCH der sich (.) AUSkennt (Interview 3, Pos. 55)

Thomas Bock berichtet von positiven Erfahrungen mit einem Ombudsmann:

also wir hatten am ukE einen OM-budsmann über lange zeit:, der grandiOS !GUT! war, [...] und wenn !DER! (.) äh: beSCHWERden weitergeleitet hat, das HATTe auch in:nerhalb der KLInik eine WIRKung. (Interview Thomas Bock, Pos. 8)

Entscheidend ist nicht zwangsläufig die Art der Qualifikation derjenigen, die – beispielsweise in einer Beschwerdestelle – professionelle Unterstützung leisten.

also nicht=nicht unbedINGT wegen der qualif.ikATION her sag ich (.) jetz mal. es !KÄME! auch drauf AN weil n PEER den ich UNsympathisch finde bring mir geNAUsowenig wie die psychoLOgin die ich unsympathisch f:inde [...] ich würde jetz einem PEER-menschen geNAUso verTRAUen wie der psychoLOgin. oder würde auch der psychoLOgin nicht ABsprechen wolln dass die sich da nicht SO rein-versetzen kann (Interview 2, Pos. 42)

Interviewpartnerin 1 beschreibt es als Glücksfall, wenn Fachkompetenz und eigene Erfahrung zusammenkommen:

ich finde n GLÜCKsfall is jemand wie die [Mitarbeiterin der Selbsthilfegruppe/Beratungsstelle, M.P.]. [I: mhmm] (3) DIE is beTROFfene [I: mhmm] (3) u:nd hat GLEICHzeitig auch noch psycholoGIE studiert und hat au=ne theraPIEausbildung=die hat einfach mehr [I: mhmm] WIS:sen. (Interview 1, Pos. 68)

Interviewpartnerin 1 hat erfahren, dass sie keine Unterstützung für ihre Beschwerden findet, weder durch einen Anwalt (Pos. 26), noch von ihrer Betreuerin:

naja die WOLlen sich auch nicht UN beliebt beim geRICHT un:d so machen. (5) und die KLInik sind ja ihre AUFtraggeber (Interview 1, Pos. 52)

Interviewpartnerin 7 hat eine Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen in der Klinik vermisst (Pos. 2).

Interviewpartnerin 2 sinniert darüber, welche Informationen über psychiatrische und psycho-sozialen Hilfsangebote Betroffene bräuchten. Auf eine Beschwerdestelle angesprochen antwortet sie:

wenns die denn GÄbe (.) ja ich glaub das (.) WÄR schon auch nochmal ne sache. (.) ne beSCHWERdestelle. dass mer DA: (1) MH: weil ich !WÜSST! jetz auch NICH (.) weil mein MANN hat mich dann auch gefragt ja wo hättst dich denn beSCHWERn solln, ich=so ja is ne ver!DAMMT! <<lacht> gute FRAge> !JA! da- also WO soll mer sich denn beSCHWERn=weil mer KÖNNte sich dann:- keine AHnung bei der staTIONSlei:tung beSCHWERn dann: ähm: also mer IS halt GRAD in diesem psyCHOtischen bereich man wird !EH! nicht so für voll genommen und DANN: glaub=ich HÜPFT man nicht sonderlich weit (.) mit der beSCHWERde (Interview 2, Pos. 48)

5.5.9 Beschwerde- und Fehlerkultur vs. unangemessener Umgangston

Um sich beschweren zu können wünscht sich Interviewpartnerin 7, „dass mer (.) net das geFÜHL hat ich DARF mich net beschwern. ne?“ (Interview 7, Pos. 2)

Thomas Bock berichtet von einem Chef, der sich bei seinen zukünftigen Mitarbeitern mit einem Plädoyer für eine Fehlerkultur vorgestellt hat und damit sehr gut ankam, allerdings sind die Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen groß (Pos. 10). Diese Fehlerkultur geht einher mit einer Kultur, Beschwerden von Betroffenen nicht als Angriff zu werten, sondern annehmen zu können:

also wir brauchen triaLOGische (.) be-SCHWERdestellen (1) und eine be-ständ- entsprechende kulTUR; wo LEUte, (1) ihre erFAHrungen, (.) ihre (1) KRITischen erfahrungen (.) an-bringen können. (.) (Interview Thomas Bock, Pos. 2)

Auch Anja Link plädiert für eine Kultur, die von gegenseitigem Verständnis geprägt sein soll – auf Basis des Trialogs (Pos. 8–10).

Interviewpartnerin 2 fühlte sich in der kleinen Klinik, in der sie viele Anlässe gehabt hätte, sich zu beschweren, insgesamt unwohl:

also WIE se mit einem UMgegangen sind, WIE se mit einem geREdet ham (1) ähm: [...] (.) und ich FIND da war ALLgemein der UMgangston bissl (.) SCHWIERiger (.) (Interview 2, Pos. 87)

Sich dann bei der Stationsleitung zu beschweren nahm sie als wenig erfolgversprechend wahr (Pos. 48)

Interviewpartnerin 3 beschreibt den Umgangston und die Fehlerkultur im betreuten Wohnen mit drastischen Worten:

es ist ne diktaTUR geworden mit der frau [p, M.P.]. (3) also (2) die frau [P, M.P.] hat ne MEInung und die wird UMgesetzt. und wem das nicht PASST, der muss GEHN. (1) sowohl von MIT-arbeitern: also auch- also: v:on den (2) zu beTREUenden, die WÜRde sie am liebsten AUCH gerne raus-SCHMEIßen, kann aber nicht. (Interview 3, Pos. 161)

Probleme dürfen nicht angesprochen werden, wer sich beschwert, sieht sich Druck, Drohungen und Gefährdungen ausgesetzt (vgl. Abschnitt 5.4, S. 55).

5.5.10 Information vs. fehlende, vage oder falsche Information

Interviewpartnerinnen 1 und 3 wirken umfassend informiert, kennen ihre Rechte und wissen, wie sie diese umsetzen können.

Bei Interviewpartnerin 1 ist das allerdings noch nicht hinreichend, um sich beschweren zu können: Ihr fehlen eine professionelle und eine private Unterstützung. Eine für sie zuständige Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie gibt es nicht.

Interviewpartnerin 3 hingegen ist bei einer Beschwerdestelle angebunden und bezieht einen Teil ihrer Informationen von dort (Pos. 131, 357). Eine der wichtigsten Informationen ist für sie, dass sie nicht einfach auf die Straße gesetzt werden kann (Pos. 131, 357).

Interviewpartnerin 4 hat nur eine vage Kenntnis des deutschen psychotherapeutischen Hilfesystems und hat einen groben Plan entwickelt, wie sie sich beschweren kann (Pos. 30). Die Information darüber, dass eine Beschwerdestelle für sie existiert, hat ihre Pläne einerseits konkretisiert (Pos. 88), andererseits erleichtert (Pos. 93).

Mehrere Interviewpartnerinnen berichteten, wie fehlende Informationen ihnen oder anderen Betroffenen das Beschweren unmöglich machen können:

Die Frage, an wen man eine Beschwerde adressieren sollte, zieht sich durch Interview 2 (Pos. 29, 31, 48):

*aber=ich hätt jetzt nich gewusst
wo=wo besCHWERT man sich da? wo
HÖRT das irgendjemand? (Interview 2, Pos. 31)*

Interviewpartnerin 3 berichtet, dass die anderen Nutzer*innen der Einrichtung sich nicht beschweren können, wenn sie nicht wissen, welche Rechte sie haben (Pos. 112, 314, 324), wie sie sich beschweren sollten (Pos. 113, 363), wo sie sich beschweren könnten (Pos. 192–193) und auch von der Existenz der Beschwerdestelle wissen sie erst durch die Interviewpartnerin (Pos. 181).

Interviewpartnerin 4 hat eine vage Vorstellung, an wen sie ihre Beschwerde richten könnte (Psychotherapeutenkammer, Pos. 30, die ehemalige Therapeutin, Pos. 74, vor allem aber die Praxisinhaberin, Pos. 27). Darüber hinaus erwartet sie, dass ihre Beschwerde einen hohen bürokratischen Aufwand haben wird (Pos. 33–34) und auf Deutsch geführt werden muss (Pos. 33) und diese Erwartungen – bei gleichzeitiger Unkenntnis, ob die Erwartung berechtigt ist – hält sie zunächst davon ab, sich tatsächlich zu beschweren.

5.5.11 Niederschwelligkeit vs. institutionelle und bürokratische Hürden

Interviewpartnerin 3 erlebt die Beschwerdestelle als niederschwellige Instanz (Pos. 53), an die sie sich zunächst gewandt hat, bevor sie mit deren Unterstützung ihre Beschwerde an den Bezirk Oberbayern adressierte (Pos. 51). Gleichzeitig ist es quasi einem Zufall zu verdanken, dass sie von der Beschwerdestelle weiß: Ihre Mutter hatte sich mit einer Beschwerde an den Bezirk gewandt und war an die Beschwerdestelle verwiesen worden (Pos. 98–101). Damit war die Beschwerdestelle ursprünglich nicht niederschwellig erreichbar, und auch die Interviewpartnerin berichtet, dass sie den anderen Nutzer*innen erst einmal davon erzählen muss.

Interviewpartnerin 4 erfährt erst im Interview selbst, dass es in ihrer Stadt eine Beschwerdestelle gibt. Sie ist überrascht (Pos. 86), freut sich über die englischsprachigen Informationen (Pos. 93) und sagt, sie wolle die Beschwerdestelle kontaktieren (Pos. 88). Damit zeigt sich die Beschwerdestelle niederschwellig und hilfreich – sobald man von ihr weiß.

Interviewpartnerin 7 wünscht sich eine extreme Niederschwelligkeit: „da HÄTT ich mir SCHON gewunschen dass da mal ein soZIALarbeiter(.) KOMMT“ (Interview 7, Pos. 2)

Das könnte den Zeitpunkt, an dem die (individuelle, krankheits-/situationsbezogene) Unmöglichkeit in eine Möglichkeit des Beschwerdens kippt, nach vorn verlagern und den Betroffenen früher den Zugang zu einer Beschwerde ermöglichen.

Interviewpartnerin 1 berichtet von einer Beschwerdestelle, die für sie – beispielsweise aufgrund knapper Sprechzeiten – nicht erreichbar war (Pos. 59).

Interviewpartnerinnen 2 und 4 überlegen, sich mit ihrer Beschwerde über Psychotherapeut*innen an die jeweils zuständige Psychotherapeutenkammer zu wenden. Damit sind sie prinzipiell an der richtigen Stelle (Bayerische Psychotherapeutenkammer, n. d.), es erscheint aber beiden nur als virtuelle Option und ist vermutlich nicht niederschwellig genug.⁶¹

⁶¹ Vielleicht hängt die gefühlte Schwelligkeit schon am Begriff einer Kammer. Der Text auf der Homepage der PTK Bayern hinterlässt allerdings auch bei mir ein Gefühl der Überforderung:

Die PTK Bayern ist nach dem Heilberufe-Kammergegesetz (HKaG) gesetzliche Berufsaufsicht über die Psychologischen Psychotherapeut/innen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (vgl. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 65 HKaG). Die berufsrechtlichen Pflichten unserer Mitglieder sind in der Berufsordnung der Kammer zusammengefasst. Wenn sich Anhaltspunkte für einen möglichen Verstoß gegen die Berufsordnung ergeben, wird die Kammer im Rahmen eines berufsaufsichtlichen Verfahrens gemäß den Art. 36a ff. HKaG tätig. (Bayerische Psychotherapeutenkammer, n. d.)

6 Diskussion: Fragen von Gesundheit und Macht

Die herausgearbeiteten Anlässe, Ermöglichungs- und Verhinderungsfaktoren einer Beschwerde diskutiere ich im Folgenden vor dem Hintergrund des Salutogenesekonzeptes im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit. Danach untersuche ich, welche Rolle Empowerment für die Betroffenen spielt: Fordern sie es ein? An welchen Stellen erleben sie es? Es folgt eine Untersuchung der Ergebnisse im Hinblick auf Stigmatisierungserfahrungen und Machtbeziehungen, bevor ich ein Konzept der Beschwerden vorstelle und Forderungen, wie eine Beschwerdestelle einzurichten sein könnte, ableite.

6.1 Gesundheit, Krankheit und die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren: Das Salutogenese-Modell

Gesundheit ergibt sich in den Interviews als Voraussetzung einer möglichen Beschwerde (vgl. Abschnitt 5.5.3, S. 60), kann aber auch zur Folge einer Beschwerde werden (Abschnitt 5.4, S. 52). Das soll vor dem Hintergrund des Salutogenesekonzeptes diskutiert werden, zunächst in einer Beschreibung des Beschwerdens an sich vor dem Hintergrund des Konzeptes, dann in einer Diskussion einzelner Elemente. Den Brückenschlag zu Machtkonzeptionen erlaubt mir dann das Empowerment-Konzept.

6.1.1 Eine Beschwerde im Salutogenese-Modell: Vorschlag einer Einordnung

Das Modell der Salutogenese (vgl. Abschnitt 2.3) bietet folgende Perspektive auf eine Beschwerde:

Der Beschwerdegrund als Erlebnis, Zustand oder Zusammenhang trifft als Stressor eine Person und verursacht, abhängig davon, wie die Person den Stressor bewertet, einen Spannungszustand. Bereits die Bewertung des Stressors hängt vom Kohärenzgefühl und den verfügbaren Widerstandsressourcen der Person ab; dass sie von den Betroffenen jeweils als Stressor gewertet werden und einen Anspannungszustand erzeugt haben, zeigt sich in der Tatsache, *dass sie sich beschweren wollen*. Ohne eine adäquate Bewältigungsstrategie verursacht der Spannungszustand zunächst Stress und verschiebt das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auf Seiten der Krankheit. Eine Beschwerde kann dann als Bewältigung wirken, wie Interviewpartnerin 3 diesen Zusammenhang anschaulich beschreibt. Sie schreibt den Umständen ihres betreuten Wohnens einen deutlichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu: „<<seufzt>> also die (.) DIE: (.) äh: (.) ä=beSCHWERde (.) war ja im fall OCH n- och nen=nen AKT der- der toTALEN verZWEIFlung weil das n ZUstand is (.) der einen KRÄNker macht alsch man sowieSO schon is.“ (Interview 3, Pos. 351) Die Interviewpartnerin ringt im ersten Teil des Zitats deutlich um Worte und gewinnt erst mit der Beschreibung, die Situation mache „einen“ (sie spricht hier explizit von sich selbst) noch kränker wieder mehr Sicherheit. Diesen Gedanken verfolgt sie nicht nur im Hinblick auf sich selbst, sondern auch auf andere Nutzer*innen: „an- ä- vor ALLEM das SIND ja (.) MENschen die (2) die SELber schon vor lauter proBLEmen nich mehr WISSEN wo oben und UNten is, (1) und anstatt dass ihnen geHOLfen wird kriegen=se NOCH mehr probleme serviert. (2)“ (Interview 3, Pos. 262)

Die Beschwerde kann also ein Akt der Spannungsbewältigung sein. Kann die betreffende Person sich hingegen nicht beschweren, ist *diese* Möglichkeit der Stressbewältigung verstellt.

Die Relevanz einer Beschwerde als Weg der Bewältigung scheint im Interview 2 auf, als Antwort auf die Frage, was sie von den bisher berichteten Ereignissen am liebsten im Nachhinein ändern würde, wenn sie könnte:

SCHWIErige frage. (.) was würd ich- (2) ich muss SAGen eigentlich so aus HEUTiger perspekTive würd=ich eigentlich NI:CHTS UMSchreiben, (1) komischerweise (3) am EHesten vielleicht noch dass i:ch, weil das hab ich dann WIRKlich nich mehr gemacht, die beSCHWERde: über diesen: HARDcore: (1) PSYchologen: ähm: (.) also: (1) de:r mich da so GANZ !FIES! äh !MIES! beHANDelt hat=also DAS wär was (.) ähm (2) dass ich da: irgendwie noch aktIV geworden wär, weil das wär:- also weil DAS wa:r- kling=KLINGT vielleicht AUCH so=n bisschen HARMlos wie ichs erZÄHL, aber DAS war mas!SIV!: also das: (.) ähm (2) ähm (.) JA. (1) (Interview 2, Pos. 107)

Eigentlich zufrieden mit ihrem Leben, soweit sie es berichtet hat, würde sie sich immer noch beschweren wollen und unterstreicht mit ihren Worten, aber auch mit ihrem Ringen um Worte, wie einschneidend das Erlebnis war und dass sie wünscht, sie hätte sich beschwert.

Eine erfolgreiche Beschwerde im Sinne einer erfolgreichen Spannungsbewältigung hingegen wirkt sowohl positiv auf die Gesundheit der beschwerdeführenden Person als auch auf ihr Kohärenzgefühl zurück und verbessert damit ihre zukünftige Möglichkeit, sich zu beschweren. Das zeigt sich bei Interviewpartnerin 3. Die Antwort auf die Frage, was sie im Nachhinein an der erlebten Geschichte würde ändern wollen, konstituiert das Problem: „die geSCHÄFTSleitung.“ (Interview 3, Pos. 383) Sie erwartet, dieses Problem mit ihrer Beschwerde auch zu lösen: „also ENTweder wird HIER die geSCHÄFTSleitung neu besetzt oder (.) e=es wird (.) KOMplett aufgelöst und auf ANDere verteilt. (1) also glaub=b VIEL anderes BLEIBT (2) BLEIBT nich.“ (Interview 3, Pos. 387) Diese Erwartung gibt der Interviewpartnerin Kraft und Selbstvertrauen.

I: wie gehts !DIR! jetzt damit dich beSCHWERT zu haben?

P1: !GUT! (2) weil der bezirk GUCKT jetzt was hier LÄUFT.

I: mhm. (.) du klingst STOLZ.

P1: !JA! (1) (Interview 3, Pos. 256–259)

Sie schreibt sich selbst eine gewisse Gesundheit zu, die sie als Voraussetzung für die Beschwerde sieht, das mit dem erwarteten Erfolg verbundene Selbstbewusstsein scheint ihrer Gesundheit allerdings auch gut zu tun.

6.1.2 Bestandteile des Salutogenese-Modells und ihre Bedeutung für die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren

In welchen Zusammenhang kann eine Beschwerde mit den einzelnen Elementen des Salutogenese-Modells gebracht werden? Eine Einordnung zunächst zum Kohärenzgefühl, dann zu den Widerstandressourcen.

Sense of Coherence: Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl als zentraler Bestandteil des Salutogenesekonzeptes kann auf verschiedene Weise mit der (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren, in Verbindung gebracht werden: Ein starkes Kohärenzgefühl erleichtert den Zugriff auf die Widerstandressourcen und kann damit zum Ermöglichungsfaktor einer Beschwerde (als Möglichkeit des

Spannungsabbaus) werden, ein schwaches Kohärenzgefühl stört entsprechend den Zugriff auf vorhandene Widerstandsressourcen und kann damit einem Beschweren hinderlich werden. Gleichzeitig wird das Kohärenzgefühl durch Lebenserfahrungen selbst beeinflusst. Ausgehend von einem beeinflussbaren Kohärenzgefühl (Rottmann, 2013; Fäh, 2004, vgl. auch Abschnitt 2.3.2, S. 14) könnte eine erfolgreiche Beschwerde den SOC stärken und damit das Gesundheitserleben (*health-ease*) der betreffenden Person verbessern⁶².

Verstehbarkeit

Interviewpartnerin 4 drückt aus, dass sie vor allem die Ereignisse verstehen will, die dafür sorgten, dass sie ihre Psychotherapie nicht fortsetzen konnte (Pos. 58, 66–67, vgl. Abschnitt 5.4, S., 53) – mit Folgen für ihren Studienfortschritt und ihre persönlichen Beziehungen (Pos. 82). Den aktuellen Zustand, diese Situation in ihren Zusammenhängen nicht verstehen zu können, erlebt sie als unangenehm. Es wäre plausibel zu vermuten, dass dieses Erleben ihr Kohärenzgefühl schwächt. Ihren Plan, sich noch zu beschweren (Pos. 30, 53, 55), könnte man entsprechend als aktiven Versuch deuten, ihre Umwelt als verstehbarer zu empfinden und damit ihr Kohärenzgefühl wieder zu stärken.

Auch die von den Interviewpartner*innen entwickelten Krankheitskonzepte tragen zur Verstehbarkeit ihrer Lebensumstände und damit zum Kohärenzgefühl bei. Dabei könnten Konzepte, in denen sich die Psychiatrie-Erfahrenen als weniger defizitär erleben, einen positiveren Einfluss haben.

Handhabbarkeit

Interviewpartnerin 3 blickt auf eine Beschwerde zurück (Pos. 89–105), die zwar nicht im vollen Umfang erfolgreich verlaufen ist („für WEN auch immer das die LÖsung war.“ Interview 3, Pos. 105), im Zuge derer sie aber Erfahrung und Ressourcen gesammelt hat: Sie hat Kontakt zur Beschwerdestelle bekommen (Pos. 175), Informationen bekommen, Abläufe kennengelernt und geht jetzt selbstbewusst in den aktuellen Beschwerdeprozess. Dieser stellt das Erleben von Konsistenz wieder her (Pos. 51), Interviewpartnerin 3 kann als Beschwerdeführerin den Prozess mitgestalten (Pos. 121–127) und ist zuversichtlich, einen Effekt zu erzielen (Pos. 387). Das war und ist für sie herausfordernd (Pos. 85, 264, 353), aber mit der Unterstützung der Beschwerdestelle handhabbar (Pos. 213, 357). Insofern erfüllt ihr Beschwerdeprozess die Kriterien, denen Antonovsky einen positiven Effekt auf das Kohärenzgefühl zuschrieb (vgl. Abschnitt 2.3.2). Sie entwickelt Selbstwirksamkeit und übernimmt Verantwortung. Heute sagt sie selbstbewusst: „ich hab JEDERzeit das RECHT mich: mich zu beschweren und muss nicht alles HINnehmen was (.) irgendjemand ANDERES MEINT was: äh für mich: (.) GUT (.) oder NICHT gut ist. (2)“ (Interview 3, Pos. 179)

Auch Interviewpartnerin 2 hätte einer Beschwerde diesen Sinn gegeben: „ja und ich: HÄTTe dann so dieses- auch das geFÜHL dass i:ch:s (.) halt nich so mit mir M:ACHen (1) HA:B (.) LASSEN.“ (Interview 2, Pos. 117) Allerdings hat sie es als Unmöglichkeit erlebt, sich zu beschweren. Teils hat ihr die Kraft gefehlt und sie hätte zeitlichen Abstand zum Ereignis selbst gebraucht:

⁶² Dabei betone ich erneut, dass die geführten Interviews keine Rückschlüsse auf Kausalitäten ermöglichen. Vielmehr kann rekonstruiert werden, welchen Sinn die Interviewpartner*innen den Erlebnissen geben.

das hätte ZEIT- (.) das hätte ZEIT gebraucht. [I: ja.] also weil SO bi- also=ich bin jetzt au=net der HYperbeschWERer, muss ich jetzt=AU dazu sagen, weil ICH find das wär so=n GRUND gewesen (1) ähm das hätte ZEIT gebraucht und dann hätt=ichs: (.) geMACHT. (hmhm)(.) !JA!. [I: ja.] (1) also weil ich FIND das WAR-, [...] (.) das: ähm: WAR nich in ORDnung; nee; (2) ja. (2) JA aber dann is halt mal- MANchmal auch die ZEIT schon RUM (.) für sowas wenn das dann [I: ja] so=n bisschen verSTRICHen is, wenn mer dann die KRAFT wieder HÄTte, (.) (Interview 2, Pos. 115)

Sie sieht für sich ein relativ kurzes Zeitfenster, um sich zu beschweren: Nach einer gewissen Zeit erscheint ihr eine Beschwerde nicht mehr angemessen. Gleichzeitig braucht sie Zeit, um ihre Kraft zu sammeln, bis sie sich beschweren kann, und in ihrem Fall ergab sich daraus keine Möglichkeit, sich zu beschweren⁶³. Diese Erfahrung trägt für die Interviewpartnerin nicht zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls bei.

Umgekehrt würde ein Erleben von Überforderung und Ausweglosigkeit das Kohärenzgefühl schwächen können. Der Wunsch der Interviewpartnerin 1, sich auf dem Weg einer Klage zu beschweren, erfüllte sich nicht, sie konnte sich nicht beschweren (Pos. 28). Das führt zu einem Erleben der Resignation: „je ANgepasster man sich in der (.) psychiatrie benimmt; (.) desto besser GEHTs einem. (1) [I: mhm] also da IRgendwelche MEInungen zu erzähln is SINNlos. (2) oder auf RECHten zu beharren.“ (Interview 1, Pos. 94) und des Ausgeliefertseins: „also ich FIND die situatION is:=is depriMIERnd (1) also ich: HAB mich auf der geSCHLOSS-nen eigntlich IMmer a=als: ziemlich RECHTlos empfunden (Interview 1, Pos. 134). Diese Äußerungen lassen vermuten, dass ihr Kohärenzgefühl unter den Erfahrungen der geschlossenen Unterbringung und insbesondere des berichteten Erlebnisses gelitten hat, im Sinne einer Hospitalisierung oder erlernten Hilflosigkeit.

Sinn

Eine Beschwerde kann über die Person, die sich beschwert, hinausverweisen und damit zu einem größeren Sinn beitragen. In den Beschwerdegründen taucht Solidarität auf (vgl. Abschnitt 5.4, S. 54), die mit einer Beschwerde prinzipiell geübt werden könnte. Bei Interviewpartnerin 2 ist das noch abstrakt und vage („weil ich find so ALLgemein auch wenn jetzt jemand mit depressIOnen da hingeht: also so PRICKelnd is jetzt der (.) wenn der IMmer so is:“, Interview 2, Pos. 31), während bei Interviewpartnerin 3 konkrete Handlungen und Personen beteiligt sind: „also ich hab Eher so den Eindruck dass sie jetzt- äh (1) wir zuSAMMhalten [I: hmhm] (2) u:nd (1) quasi EIner den andern ermutigt beSCHWERde einzureichen.“ (Interview 3, Pos. 249) Dafür spricht auch, dass sie ihre Beschwerde weiterführen will (Pos. 363), auch wenn sich für sie selbst die Bedingungen schon zum Besseren gewendet haben (Pos. 81–85: Betreuungsvertrag gekündigt) oder bald zum Besseren wenden werden, weil sie in eine eigene Wohnung wird ziehen können (Pos. 328, 363). Auch insofern kann also unterstellt werden, dass die Beschwerde den SOC der Beschwerdeführerin stärken wird.

⁶³ Ob eine bessere strukturelle Unterstützung der Beschwerde dafür gesorgt hätte, dass sie weniger Kraft zu brauchen glaubt, sich früher beschweren könnte und damit die Beschwerde ermöglicht hätte, ist denkbar, muss aber an dieser Stelle Spekulation bleiben.

Generalisierte Widerstandsressourcen

Die Widerstandsressourcen ermöglichen es, mit Stressoren umzugehen und entstandene Spannungszustände abzubauen. Inwiefern man sie einsetzen kann, hängt dabei nach dem Sautogenesemodell davon ab, wie stark das Kohärenzgefühl ist.

Sich zu beschweren, ist ein Weg der Spannungsbewältigung. Er ist derjenige, den Interviewpartnerin 3 beschritten hat, mit dem Erfolg, dass sie sich zuversichtlich und selbstbewusst gibt. Vermutlich hat diese Erfahrung ihren Zustand in Richtung *health-ease* verschoben. Die anderen Interviewpartner*innen haben andere Wege gewählt: Interviewpartnerin 2 ist mit ihrem Leben insgesamt zufrieden (Pos. 107). Sie hat offensichtlich andere Wege gefunden, mit den erlebten Situationen umzugehen. Nichtsdestoweniger hätte sie sich im Nachhinein gern über den Psychotherapeuten beschwert (Pos. 107). Interviewpartner 6 beschreitet seinen eigenen Recovery-Weg (Pos. 58), er verzichtet aktuell weitgehend auf professionelle Unterstützung. Interviewpartnerin 4 hat letztlich eine neue Therapeutin gefunden und will sich noch beschweren. Interviewpartnerin 1 hingegen macht einen unzufriedenen, aber in gewisser Weise ausweglosen Eindruck. Das kann mit einer erfolglosen Spannungsbewältigung in Zusammenhang gebracht werden, die sich letztlich in einem Verschieben in Richtung von *disease* äußert: „also ich FIND die situatION is:=is deprIMIERnd“ (Interview 1, Pos. 134).

Kraft und Mut

Eine Beschwerde kostet Kraft und Mut. Interviewpartnerin 3 konnte das aufbringen: „JO ich musst ERSTmal ORdentlich (.) KRAFT sammeln.“ (Interview 3, Pos. 264); „I: und: (.) hat das MUT gebraucht? P3: JA. (2) aber es war GUT. {{gleichzeitig}<<lacht>>}“ (Interview 3, Pos. 128–129); Interviewpartnerin 4 (noch) nicht: „But I think at that time I just literally did not have the energy. I still don't, to be honest.“ (Interview 4, Pos. 31).

Nicht jede*r bringt diese Voraussetzungen von selbst mit. „DES glaub=ich is so die KRUX an der sache (.) WANN: hab ich die KRAFT mich zu beschwern; die HAB ich halt als psychiaT-RIE:erfahrner mensch NICHT zu jeder zeit; und MANche hams vielLEICHT auch (.) GAR!=NIE!..“ (Interview 2, Pos. 113) Im Gegenteil lassen die Erfahrungen im psychosozialen Hilfesystem Kraft und Mut eher sinken als steigen. Daher betont Thomas Bock: „MENSchen mit psyCHOsen brauchen eine eRMutigung, sich !AUCH! gegen schlechte behandlung (.) mh: (.) zu sch- WEHren und zu beSCHWERen.“ (Interview Thomas Bock, Pos. 12).

Interviewpartnerin 3 hat eben jene Ermutigung sowohl vom Bezirk als auch von der Be schwerdestelle erfahren:

I: {{gleichzeitig} okay. das heißt} du wurdest beSTÄRKt von den MITarbeitern vom: bezirk? [P3: !JA!] u:nd auch von den: MITarbeite- äh auch von dem: von der beSCHWERdestelle. (.) [P3: !JA!] (.) welche ROLle hat der gespielt? HÄTTest=dus geschafft OHne den?

P3: !NEE!. (4) also: (2) dann hätt ich echt (.) SCHISS gehabt dass=se mich DOCH (.) IRgendwie auf die STRAsse setzen KÖNNten. (.) sie s- sie DROHens ja jedem AN, wenn du zum bezirk GEHST (.) DÜRfen wir dich auf die STRASse setzen. (.) weil ja dann für DICH nichts mehr beZAHLT wird. (1) sowas DROhen sie dir AN, (.) DÜRfen sie aber gar nich. (1) (Interview 3, Pos. 130–131)

Identität

Identität als Widerstandsressource, wird für Psychiatrie-Erfahrene (neben sozialer Unterstützung) als besonders relevant aufgeführt (Langeland & Vinje, 2017, S. 302–303). Neben anderen Gelegenheiten scheint in der Art, wie sich die Interviewpartner*innen vorstellen, Identität auf (vgl. Absatz 3.1.2, S. 31).

Hier unterscheiden sich die Interviewpartner*innen sehr stark. Interviewpartnerin 1 stellt sich zunächst mit ihrer Diagnose vor, gefolgt von ihrer materiellen Absicherung. Auf Nachfrage erfährt die Interviewerin auch von einem abgeschlossenen Studium und kurzer Berufspraxis als Tierärztin (Pos. 1–9). In der Konstruktion der Identität überwiegt hier eine Defizitorientierung. Interviewpartnerin 2 stellt sich biographisch vor, mit ihrer gesunden Zeit vor dem ersten Ausbrechen ihrer Erkrankung (Pos. 4). Für sie spielt die Möglichkeit, ihren eigenen Lebensentwurf umzusetzen, eine wichtige Rolle (Pos. 35). Immer wieder betont sie Gesundheit und ihre gesunden Lebensphasen. Für die Konstruktion ihrer Identität spielen ihre Kraft, ihre Ressourcen, aber auch der Kampf um ihr selbstbestimmtes Leben (Pos. 4) eine Rolle. Interviewpartnerin 3 stellt sich sofort mit ihrem Studium vor, beschreibt dann die Geschichte ihrer Erkrankung, ohne dass je die Diagnose genannt wird, und kommt sehr schnell zum Anlass ihrer realisierten Beschwerde (Pos. 2–4). Sie präsentiert sich also in ihrer Rolle als Beschwerdeführerin. Interviewpartnerin 4 stellt sich in einem langen, strukturierten Monolog vor und erzählt bei der Gelegenheit, in Deutschland ihr Masterstudium zu absolvieren (Pos. 3). Vom Studium erzählt sie, weil es in einem Zusammenhang damit steht, dass sich ihre mentale Gesundheit verschlechtert hat. Sie studiere in englischer Sprache und spreche nur wenig Deutsch (Pos. 5). Dann berichtet sie vom Verlauf der Depression, die sie zunächst im Heimatland diagnostiziert bekommen hat (Pos. 8). Später verschlechterte sich ihr Zustand in Deutschland wieder (Pos. 10). Die Erzählung ist sehr strukturiert und die Interviewpartnerin legt Wert auf eine genaue Rekonstruktion des chronologischen Ablaufs. Die Rolle, in der sie sich vorstellt, ist die der Studentin im Auslandsstudium. Interviewpartner 6 stellt sich mit seinem Alter vor und der Diagnose: Die Depression (er sieht die Ursache im familiären Umfeld) begleite ihn schon seit wohl über zwanzig Jahren und er scheint sich zu rechtfertigen, dass er lange gebraucht habe, bis er sich Hilfe gesucht hat (Pos. 3). Daraufhin berichtet er von einem Physik-Studium, das er aus Neigung begonnen habe⁶⁴ und dann gegen Ende des Grundstudiums der Depression wegen abgebrochen hat. Es folgte eine Einstufung als erwerbsunfähig (Pos. 4). Die von ihm konstruierte Identität übernimmt Elemente des medizinischen Krankheitsverständnisses, aber auch eigensinnige Deutungen der Ätiologie und ist geprägt von Neugier und Stolz auf sein wissenschaftliches Weltbild.

Identität ist eine Ressource im Umgang mit Stressoren. Eine stabile, selbstbewusste Identität erleichtert es, mit schwierigen Erlebnissen umzugehen. Auch eine Beschwerde zu führen, als ein Weg der Spannungsbewältigung, wird durch eine stabile, ressourcenorientierte Identität unterstützt. Gleichzeitig stärkt eine erfolgreiche Beschwerde die Identität über die Stärkung des Kohärenzgefühls (vgl. Abschnitt 6.1.2, S 71).

⁶⁴ Im Vorgespräch hatte er ein abgeschlossenes Studium erwähnt, das im Verlauf des Interviews nicht noch einmal auftaucht, vgl. Interview-Protokoll 6.

Kognitive Fähigkeiten

Im Umgang mit Spannungszuständen sind kognitive Fähigkeiten eine wichtige Widerstandsressource. Sie werden in den Interviews immer wieder als Voraussetzung genannt, um sich beschweren zu können – unabhängig davon, ob sich die betreffenden Interviewpartner*innen auch beschwert haben.

So beschreibt Interviewpartnerin 4 Sprache und Sprachfähigkeit als eine wichtige Ressource, von der sie erwartet, dass sie für eine Beschwerde wichtig wird: „I THINK I just (...) nee:d (...) like (...) LANGuage is a tool that I will NEE:d;“ (Interview 4, Pos. 33).

Interviewpartner*innen 3 und 6 schreiben ihren Studien-Erfahrungen eine wichtige Rolle zu. Interviewpartnerin 3 beschreibt, durch das Mathematikstudium im logischen Denken geschult zu sein. Daher könne sie erkennen, dass die Einrichtung kein Geld vom Bezirk beziehen kann für Leistungen, die sie nicht erbringt (Pos. 276). Damit ist das logische Denken für sie Voraussetzung, um sich zu beschweren. Interviewpartner 6 hingegen beschreibt das objektive Denken, das er im Physikstudium gelernt hat, als Ressource für seine Auseinandersetzung mit seiner Lebenssituation und für seinen Weg von Recovery (Pos. 68).

Soziale Unterstützung

Immer wieder berichten die Interviewpartner*innen von erlebter oder vermisster sozialer Unterstützung im privaten Umfeld, um sich beschweren zu können. Sie gilt als wichtige Widerstandsressource für Psychiatrie-Erfahrene (ebd., S. 302–303).

Interviewpartnerin 3 erlebt die Möglichkeit, sich zu beschweren. Sie benennt eine Vielzahl von Unterstützer*innen in ihrem Umfeld: Zunächst (ohne explizit benannt zu sein, aber während des Interviews präsent) ist da ihr Partner, dann andere Nutzer*innen des betreuten Wohnens (Pos. 249). Darüber hinaus werden Nachbar*innen (Pos. 45) und Vereinskolleg*innen in der Stadt erwähnt (Pos. 264). Über ihre Mutter kannte sie die Beschwerdestelle überhaupt erst (Pos. 89), sie beschreibt das Verhältnis als ambivalent, schreibt die Probleme jedoch den jeweiligen psychischen Störungen zu (Pos. 97). Sie schätzt diese Unterstützung als wichtig ein.

Kein*e andere*r Interviewpartner*in hat sich bisher erfolgreich beschwert. Interviewpartnerin 1 vermisste Unterstützung aus dem privaten Umfeld. Daher habe sie sich nicht beschweren (Pos. 33) und auch ihre Neuroleptika zwar niedriger dosieren, letztlich aber nicht absetzen können (Pos. 117). Interviewpartnerin 4 erwartet, ihr soziales Netz zu beanspruchen, wenn sie sich tatsächlich noch beschwert (Pos. 33). Und Interviewpartnerin 2 beschreibt ihr soziales Netz als gut, sie erwähnt insbesondere ihre Eltern (Pos. 22) und ihren Partner (Pos. 37) sowie in zwei verschiedenen Situationen eine Freundin (Pos. 33, Pos. 77). In der Selbsthilfegruppe trifft sie andere Psychose-Erfahrene (Pos. 97), aus der Klinik berichtet sie über Kontakte zu Peers (Pos. 77) und auch über Studium und Arbeit ist davon auszugehen, dass sie dort weitere Sozialkontakte pflegt. Nichtsdestoweniger hat dieses verzweigte soziale Umfeld nicht ausgereicht, um eine Beschwerde, die ihr am Herzen gelegen hätte, auch ohne die Unterstützung durch eine Beschwerdestelle zu ermöglichen.

Professionelle Unterstützung

Sich zu beschweren wird Psychiatrie-Erfahrenen erleichtert, wenn sie professionelle Unterstützung erfahren. Eine Beschwerdestelle kann als Quelle von Widerstandsressourcen oder selbst als eigene (möglicherweise eher spezifische, vgl. Sagy, 2017, S. 43)

Widerstandsressource gewertet werden. Hier finden Betroffene Informationen und Unterstützung für ihre Beschwerde, und es wird mit ihnen gemeinsam der Beschwerdeweg als Coping-Strategie entwickelt.

Die Bedeutung der Beschwerdestelle für Interviewpartnerin 3 ist sehr hoch:

I: {{gleichzeitig} okay. das heißt} du wurdest beSTÄRKt von den MITarbeitern vom: bezIRK? [P3: !JA!] u:nd auch von den: MITarbeite- äh auch von dem:- von der beSCHWERdestelle. (.) [P3: !JA!] (.) welche ROLle hat der gespielt? HÄTTest=dus geschafft OHne den?

P3: !NEE!. (4) also: (2) dann hätt ich echt (.) SCHISS gehabt dass=se mich DOCH (.) IRgendifwie auf die STRASse setzen KÖNNten. (.) sie s- sie DROHens ja jedem AN, wenn du zum bezirk GEHST (.) DÜRfen wir dich auf die STRASse setzen. (.) weil ja dann für DICH nichts mehr beZAHLT wird. (1) sowas DROhen sie dir AN, (.) DÜRfen sie aber gar nich. (1) (Interview 3, Pos. 130–131)

Ohne die Beschwerdestelle wäre ihr die Beschwerde beim Bezirk nicht möglich gewesen. Sie hatte durchaus schon vorher Unterstützung durch ihre Betreuerin erfahren (Pos. 318), an den Bezirk wandte sie sich jedoch erst nach Kontakt mit der Beschwerdestelle. Die anderen Interviewpartner*innen haben sich jeweils nicht beschwert (im Fall von Interviewpartnerin 4 noch nicht), sie hatten bisher keinen Kontakt zu Beschwerdestellen, weil es keine gab oder, im Fall von Interviewpartnerin 4, sie nicht davon wusste.

Informationen

Informationen spielen eine zentrale Rolle, um sich beschweren zu können, und sind daher eine wichtige Widerstandsressource. Interviewpartnerin 2 fehlte die Information, *wo* sie sich beschweren könnte (Pos. 31) und sie beschreibt, dass es für Psychiatrie-Erfahrene mühsam sei, an Informationen zu kommen (Pos. 44). Interviewpartnerin 4 ringt um Informationen, *wie* ihre Beschwerdeweg sich gestalten könnte (Pos. 73).

Für Interviewpartnerin 3 ist Information einer der Dreh- und Angelpunkte des Interviews. Einerseits ist sie gut informiert über die Versorgungsstrukturen, Beschwerdewege und ihre Rechte und Möglichkeiten. Diese Informationen stammen (vermutlich zu einem großen Teil) von ihrer Betreuerin (Pos. 318) oder der Beschwerdestelle (Pos. 131). Andererseits beschreibt sie, dass die anderen Nutzer*innen des betreuten Wohnens diese Informationen oft nicht haben und sie ihnen zum Teil vorenthalten werden (Pos. 193, vgl. Abschnitt 6.3.2, S. 91).

Widerstandsdefizite und Belastungsfaktoren

Antonovsky bezeichnete die Stressoren als Widerstandsdefizite (vgl. Abschnitt 2.3.3, S. 14). Bisher habe ich als Stressoren die Anlässe betrachtet, sich zu beschweren. Im folgenden Abschnitt sollen ergänzend dazu diejenigen Belastungsfaktoren in den Blick rücken, die ein Beschweren unmöglich machen oder ihm entgegenstehen und überwunden werden müssen.

Während der Krise selbst ist Beschweren kein Thema:

also das is jetzt bei nem psyCHOtiker wenn man=s so nennt=am ANfang is mer ja auch gar nicht FÄHig wenn mer(.) woll- selbst wenn mer wollen !WÜR!de sich zu beschwern das bekommt man ja gar nich MIT (1) also das:=das is AUCH so ne: (.) da könnt=ich mich jetzt gar nicht so sch- äh als schlecht beHANDelt fühl'n weil ich ja teilweise !ÖRT!lich gar nicht orientiert war. DASS ich jetzt überhaupt also: in der psychiaTRIE: bin: un:d (.) also grad so diesen: ersten krankheitsschub da hat mer unglaublich viele ÄNGste weil mer sitzt da plötzlich: und dann checkt mer erst nicht WO: mer sitzt: (.) und WENN mers dann kaPIERT hat ko- sind erstmal so ängste komm ich hier je wieder RAUS (.) und da hat mer jetz:t- da is diese beSCHWERde- die- also bei MIR wars so das beSCHWERdethema war da noch ganz ganz weit WEG. (Interview 2, Pos. 10)

Auch Interviewpartner 6 hat andere Probleme in der Zeit, in der er akut suizidal in geschlossener Unterbringung war:

also du HAST ja auch zu DER zeit ANDere probleme. du ha- dir GEHTS ja: ich WEIß net, du denkst- keine AHNUNG, du bringst dich UM oder SONSTwas, und so- keine AHNUNG was, und DANN (.) DAran hängste eher, also du kannst jetzt net natürlich net wie du das sagst äh (.) da noch an SOwas irgendwie arbeiten oder sowas DENken äh [I: ja.] dass de dich da auch noch beSCHWERst oder so, ne? klar. [I: ja.] die KRAFT haste gar net und da: gehn dir wie gesagt Andre sachen im kopfrum. (Interview 6, Pos. 30)

Hier zeigt sich eine Unmöglichkeit, sich zu beschweren, die mit einem Bedürfnis nach Regression in der Krise in Verbindung gebracht werden kann (Lenz, 2002, zit. n. Quindel, 2004, S. 191). Später jedoch, wenn die Krise überwunden ist, wünscht sich Interviewpartnerin 2, ernst genommen zu werden und für sich einstehen zu können: „ich glaub das ist dann erst so in SPÄteren (.) ähm (.) PHAsen wenn mer- vor allem wenn mer sich nich ERNST genommen fühlt; das würde ich auch im STATIONären bereich ganz klar sagen“ (Interview 2, Pos. 10).

Das Erleben, ausgeliefert zu sein, wie es Interviewpartner*innen 1, 2 und 6 beschreiben, erschwert es, sich zu beschweren. Für Interviewpartnerin 1 und Interviewpartner 6 mündet dieses Gefühl in eine Resignation, aus der heraus sie sich voraussichtlich nicht mehr beschweren werden. Das ist für Interviewpartner 6 zu seinem Selbstbild stimmig (Pos. 24), für Interviewpartnerin 1 hingegen eher mit Frustration verbunden:

I: ja; (1) aber: eh: das KLINGt nich so als wär das Ihnen RECHT angepasst zu sein (??)

P1: IS mir nich recht aber: wie gesa:gt inZWISchen MEIne erfahrung mit (? sich bringt?) warum soll ich mir das LEben SCHLECHter machen: (Interview 1, Pos. 95–96)

Ein weiterer oft genannter Belastungsfaktor ist Stress. Besonders im Studium oder gegen Studienende hat er einerseits bei vielen Interviewpartner*innen ihren Zustand ausgelöst (Interview 2, Pos. 4; Interview 3, Pos. 2; Interview 4, Pos. 7–8; Interview 6, Pos. 4). Für Interviewpartnerin 4 ist ihre aktuelle Arbeitsbelastung hingegen explizit Grund dafür, sich nicht sofort zu beschweren und noch nicht beschwert zu haben (Pos. 74).

Wenn die Übersicht darüber fehlt, wo man eine Beschwerde loswerden kann und wie das weitere Verfahren läuft, ist das eine Hürde dafür, sich überhaupt zu beschweren. So erlebt es Interviewpartnerin 4, die sich einen höchst bürokratischen Prozess vorstellt (Pos. 34). Auch Interviewpartnerin 2 treibt immer wieder die Frage um, an welche Stelle sie eine Beschwerde hätte richten sollen (Pos. 31). Beide hatten sich zum Zeitpunkt des Interviews nicht beschwert.

Auch das Fehlen eines unterstützenden sozialen Umfeldes kann eine Beschwerde verhindern. Interviewpartnerin 1 beschreibt, was sie für eine Beschwerde gebraucht hätte:

N=en soziales UMfeld wo=wo mich jemand dann enERgisch verTRITT:. (.) das=IS auch in der psychiaTRIE am besten wenn=man: wenn=man in der psychiaTRIE is un jeman:d beFREUNdeten hat (.) die ZU einem hält un=einen auch die RECHte durchsetzt GEgen (1) GEgen ÄRzte un=so. (3) (Interview 1, Pos. 33)

Nachdem sie weder auf private, noch auf professionelle Unterstützung zurückgreifen konnte, hat sie sich nicht beschweren können.

Zusammenfassung

Die Diskussion um die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren, zeigt: Sich beschweren zu können, wenn man unzufrieden ist, wirkt positiv auf die Gesundheit der betreffenden Personen zurück. Sich zu beschweren (oder beschwert zu haben) kann über Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinn positiv auf das Kohärenzgefühl von Betroffenen wirken und damit ihre Gesundheit verbessern. Die Unmöglichkeit, sich zu beschweren, kann hingegen das Kohärenzgefühl schwächen.

Es zeigt sich weiterhin, dass sich zu beschweren voraussetzungsvoll ist. Widerstandsressourcen sind für eine Beschwerde notwendig. Sie können individuell vorhanden sein oder fehlen, aber auch soziale und strukturelle Faktoren spielen eine wichtige Rolle. Vorhandene Ressourcen wie Ombudsleute oder Beschwerdestellen können nicht sicherstellen, dass jede*r sich beschweren kann, sie können es aber erleichtern und dafür sorgen, dass ein größerer Anteil der Menschen, die sich beschweren wollen, das auch können. Widerstandsdefizite und Belastungsfaktoren können hingegen eine erfolgreiche Beschwerde unwahrscheinlicher machen.

6.2 Empowerment und Beschweren

Sich beschweren zu können, ist ein Aspekt von Empowerment (vgl. Abschnitt 2.4.4). Eine Beschwerde kann aber auch zum Ausgangspunkt werden, sich zu bemächtigen und stärkere Partizipation einzufordern. Im Folgenden zeichne ich nach, welche Dynamik eine Beschwerde, als Empowerment verstanden, entwickelt. Dann gehe ich der Frage nach, wie weit im Erleben der Interviewpartner*innen Selbstbestimmung im Gesundheitssystem realisiert ist und welche (Un-)Möglichkeiten, sich zu beschweren, darin stecken. Schließlich untersuche ich, welche Empowerment-Strukturen Einfluss auf die (Un-)Möglichkeit haben, sich zu beschweren.

6.2.1 Eine Beschwerde als Empowerment

Von der einzigen aktiven, mutmaßlich erfolgreichen Beschwerde erzählt Interviewpartnerin 3. Dabei entwickelt ihre Beschwerde im Kontakt mit anderen Nutzer*innen des betreuten Wohnens eine Eigendynamik:

I: wie is jetzt die STIMMung unter den (.) beWOHnerinnen beWOHnern?

P3: also ich hab Eher so den Eindruck dass sie jetz- äh (1) wir zuSAMMhalten [I: hmhm] (2) u:nd (1) quasi EIner den andern ermutigt beSCHWERde einzureichen. (Interview 3, Pos. 248–249)

Hier entwickelt sich spontan eine gemeinschaftliche Aktion. Sie ist unkoordiniert, trägt aber deutlich Züge einer gegenseitigen solidarischen Unterstützung. Die Teilnehmer*innen dieser Aktion bestärken sich gegenseitig, so dass sich mittlerweile mehrere Nutzer*innen beim

Bezirk beschwert haben (Pos. 79). Nach den Berichten der Interviewpartnerin hat ihre Beschwerde damit das Klima der Einrichtung schon deutlich verändert, zunächst einmal hin zu einer stärkeren Konfliktorientierung.

So schafft eine Beschwerde auf der individuell-psychischen Ebene Selbstwirksamkeit für diejenigen, die sich beschweren (Interview 3, Pos. 256–260). Auch Interviewpartnerin 2 antizipiert eine solche Folge für den Fall, dass sie sich beschwert hätte: „ich: HÄTTe dann so dieses- auch das geFÜHL dass i:ch:s (.) halt nich so mit mir M:ACHen (1) HA:B (.) LASSEN.“ (Interview 2, Pos. 117).

6.2.2 Selbstbestimmung im Gesundheitssystem

Ich greife im Folgenden das Modell der traditionellen oder partnerschaftlichen therapeutischen Kooperation (Bock & Naber, 2004, S. 239, vgl. Abschnitt 2.4.2, Tabelle 1) auf, um anhand dessen einzuordnen, inwiefern die Interviewpartner*innen Selbstbestimmung im Gesundheitssystem tatsächlich realisiert erleben.

Medikation

Für Interviewpartnerin 2 ist die Frage der Medikation zentrales Thema des Interviews (Pos. 105). Sie hat ein klares Konzept, wie sie mit Medikamenten umgehen will: In Akutphasen nimmt sie Neuroleptika ein, zuletzt auch auf eigene Anregung hin ambulant, in den gesunden Phasen schleicht sie es wieder aus (Pos. 77). Darüber hinaus verwendet sie Lithium als Phasenprophylaktikum, das sie gut verträgt (Pos. 97). Mit diesem Konzept möchte sie von einem ambulanten Psychiater unterstützt und begleitet werden – entsprechend dem kooperativen Modell. Konfrontiert war sie hingegen immer wieder mit Psychiater*innen⁶⁵, die – ganz wie im traditionellen Modell beschrieben – eine lebenslange Neuroleptikaeinnahme fordern (Pos. 97). Die Überzeugung ihres Psychiaters zu akzeptieren, hätte für Interviewpartnerin 2 bedeutet, dass sie die Selbstbestimmung über ihr Leben aufgeben müsse, weil die Nebenwirkungen ein Leben mit Studium, Arbeit und Ehe, wie sie es sich vorstellte, nicht erlaubt hätten (Pos. 29).

also ich HAB mich halt einfach ANDers dafür e=entSCHIEden: GEgen die HAR-ten medikaMENte: für die gesunde ZEI:T und WENN ich nochmal ne psyCHOse kriegen SOLLte ist das nicht SCHÖN (.) Aber halt- (.) ähm ich HAB diese ge-SUNde zeit OHne so ZUgepumpt zu sein. (Interview 2, Pos. 28)

Auch in der stationären Unterbringung hat sie erlebt, sofort und vergleichsweise hochdosiert Haldol verabreicht bekommen zu haben (Pos. 77). Mit ihrem Bedürfnis nach selbstbestimmtem Umgang mit Medikamenten hat sie lange nach einem Psychiater gesucht, der sie unterstützt. Selbst mit diesem Psychiater, mit dem sie heute zufrieden ist, musste sie zäh ringen, bis er sie entsprechend begleitet (Pos. 58).

Ein ähnliches Ringen, das aber letztlich nur zum Teil erfolgreich war, beschreibt Interviewpartnerin 1:

⁶⁵ Die Interviewpartnerin spricht im generischen Maskulinum, so dass nicht rekonstruiert werden kann, ob sie ausschließlich von *männlichen* Psychiatern spricht oder von Psychiater*innen.

also ich HAB mit meim psychiAter ziemlich RUNterhandeln könn: also der is nich- (.) der is sowieSO nich fürs ABsetzen das is ne ANDere sache psychiAter zu finden die ABsetzen wolln: (.) und da ich ne betREUung hab wolln die MEISTen au:ch mich nich zum ABsetzen NEHm weil das immer n RIsiko is. (Interview 1, Pos. 106)

Sie würde lieber ohne Neuroleptika leben, allerdings fehlte ihr einerseits die Unterstützung dafür im privaten Umfeld (Pos. 117). Andererseits kommt sie mittlerweile ohne Neuroleptika nicht mehr aus, da sie bei ihrer ersten Psychose die Medikamente zu lange genommen hat (Pos. 80):

ich NEHM inzwischen au medikaMENte weil ich gemerkt hab ohne medikaMENte komm ich nich mehr AU:S; also auch mein geHIRN hat sich schon so umstrukturie:rt [I: ja. ja.(2) und:] dass ich MERKwürdige e=EIGenschaften produziere wenn ich gar nix nehm. dass: Übererregt bin und so also: (1) [I: ja,] ich bin SCHON so an die- auch an die gewisse seDIErung: un (.) GLEICHmäßigkeit der geFÜHle gewö:hnt (Interview 1, Pos. 106)

Auch hier wird deutlich, dass sie sich einen selbstbestimmteren Umgang mit Medikamenten wünschen würde, den sie aber nur zum Teil umsetzen kann: das traditionelle Kooperationsmodell überwiegt.

Beide Interviewpartnerinnen thematisieren die Medikamente durchaus zentral und wünschen sich einen selbstbestimmten Umgang mit ihrer medikamentösen Therapie. Die Schwierigkeiten ihrer Selbstbestimmung liegen an dieser Stelle nicht in der „Natur“ der Störung oder der Medikamente, sondern zunächst in der *Struktur* ihrer Lebensbedingungen. Dass sie ihre Selbstbestimmung mitunter nur in Teilen, immer jedoch nur gegen Widerstand erreichen können, benennen sie als Missstand, den sie aber nicht als Anlass für eine Beschwerde sehen.

Krankheitskonzept

Interviewpartner 6 beschreibt sein Konzept seiner Depression als in gewisser Hinsicht mit dem Konzept seiner Behandler*innen konfigierend:

was heißt- depression ISS=es gar net, also ich=ich SEH jetz gar net so: (.) dieses depressIONSthema bei mir: ähm: im VORdergrund. und ich GLAUB auch bei mir wurde immer depressi- also die DEPRes- LANGsam ich will zu viel auf EINmal sagen. bei MIR wurde (.) die depressION (.) also bei MIR wurde immer die depressION behandelt aber LETZten endes war die nur: die WIR:kung: und (.) der AUSlöser warn einfach- weil: ich EINFach zu viel SAchen hatte, die äh: äh: !JA!, mich äh: WIRKlich SEHR stark beSCHÄFTigen [I: ja.] und die: (.) jeden Anderen geSUNDen AUCH so n bisschen UMgehaun hätten. (Interview 6, Pos. 82)

Augenscheinlich bewegt ihn das Thema stark, hat eine hohe emotionale Relevanz für ihn. Er gibt seinem Zustand einen anderen Sinn als das biomedizinische Modell: Die Ursache seiner Probleme sieht er in der Umwelt, geht also von einer *psychosozialen* oder *sozialen* Ätiologie aus. Die Depression versteht er dann als sekundär. Dabei sucht er Anschluss an die „Gesunden“, die das auch umgehauen hätte, und erklärt damit seine Depression zu einer mindestens erklärbaren, vielleicht sogar gesunden Reaktion auf die Umstände. Auf diese Weise konstruiert er sich seine Identität als Ressource *in Abgrenzung* zum machtvollen Wissen der medizinischen Diagnostik. Er empfindet die Behandlung der Depression, die für ihn Symptom und nicht Ursache ist, als unpassend. Sein Konzept seines Zustandes wurde allerdings augenscheinlich nicht in die Behandlung mit einbezogen, wie das partnerschaftliche

Kooperationsmodell das vorschlägt. Als Konsequenz sucht der Interviewpartner nicht den Konflikt mit seinen Behandler*innen, sondern er verzichtet auf weitere Unterstützung durch das Versorgungssystem und wählt einen eigenen, unbegleiteten Weg von Recovery.

Behandlungsziel

Im Behandlungsziel beschreiben Bock und Naber (2004) das traditionelle Modell der Kooperation dahingehend, dass Ärzt*innen Behandlungsziele formulieren und Rückfälle um jeden Preis vermeiden wollen. Das deckt sich mit den Erfahrungen von Interviewpartnerin 2:

da is: glaub=ich AUCH so dieses: !HAUPT!sache die LEITlinie STIMMT und wir haben NIE wieder ne psyCHOse. aber ICH hab ja vielleicht n ANDeres grundgedanke den ich !WILL!, (.) also so:, (.) MEI, dann HAM=mer vielleicht nochmal ne psyCHOse aber LEben geSÜnder. (Interview 2, Pos. 93)

Sie hingegen beschreibt sehr klar, dass sie andere Ziele verfolgt. Das unterstützt die Ansicht von Dörner (2001), der eine Gegnerschaft zwischen Behandler*in und Patient*in unterstellt (zit. n. Zaumseil & Terzioglu, 2004, S. 255).

Beziehung

Interviewpartnerin 2 berichtet von Beziehungen zu ihren Behandler*innen, die dem traditionellen Kooperationsmodell entsprechen: „beim ERsten: mal da ham=sie: m:ir medikamenTe gegeben ohne mir das zu SAGen, (.) das war dann einfach <<lacht> mit im geTRÄNK sozusagen“ (Interview 2, Pos. 77). Nebenwirkungen wurden verharmlost oder nicht ernst genommen (Pos. 10). Andere Erfahrungen hat sie mit ihrem ersten Psychiater gemacht:

der war=n GANZ: !POS!- also GANZ POsitive erfahrung (.) weil der mir auch GANZ:- [...] (1) ähm: de:r war GANZ dahinter GANZ früh zu erKLÄRn ähm (.) was mit mir pasSIERT is: (Interview 2, Pos. 56)

Ein möglichst frühes, möglichst ausführliches Informieren der Patientin entspricht dem partnerschaftlichen Kooperationsmodell und wird von der Interviewpartnerin als außergewöhnlich herausgestrichen. Es entspricht ihrem Wunsch, einbezogen zu werden – wünschenswert wäre allerdings, wenn sie das nicht als Besonderheit erwähnen müsste.

Auch eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe, wie sie es zu ihrem Psychotherapeuten (Pos. 29) und ihrem Psychiater (Pos. 58) heute beschreibt, entsprechen dem partnerschaftlichen Modell. Insbesondere aber einen Psychiater zu finden und mit ihm diese symmetrische Beziehung aufzubauen, beschreibt sie als „durchboxen“ (Interview 2, Pos. 28).

Die Interviewpartner*innen suchen also eher eine partnerschaftliche Kooperation mit ihren Behandler*innen, sehen sich allerdings überwiegend mit dem traditionellen Modell konfrontiert. Wenn sie ihre Selbstbestimmung bewahren können, dann in zähem Ringen. Die Fachkräfte scheinen Vorbehalte gegenüber Empowerment zu haben. Amering & Schmolke (2012) beschreiben, dass Professionelle keine Verantwortung an ihre Klient*innen abgeben wollen. Tun sie es doch, sehen sie darin ein Risiko, zur Rechenschaft gezogen zu werden, falls die selbstverantwortlichen Entscheidungen der betreffenden Personen ungewünschte Folgen haben oder gar Menschen zu Schaden kommen. In dieser Ungleichbehandlung von physischen und psychischen Erkrankungen sehen die Autorinnen eine Quelle von weiterer Stigmatisierung und Diskriminierung von Psychiatrie-Erfahrenen (ebd., S. 98–99).

Es zeigt sich außerdem, dass keine*r der Interviewpartner*innen ein partnerschaftliches Kooperationsverhältnis zu ihren Behandler*innen zum Anlass einer Beschwerde machen würden, obwohl Interviewpartner*innen 1, 2 und 6 durchaus eine selbstbewusstere Rolle einnehmen (wollen). Um Empowerment weitergehend durchzusetzen, wäre eine Beschwerde also augenscheinlich nicht das passende Mittel.

6.2.3 Strukturelles Empowerment

In Interviews 1, 2 und 3 tauchen Strukturen auf, die von Empowerment geprägt wurden: eine Selbsthilfegruppe und die unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle⁶⁶. Die Selbsthilfegruppe wird von den Interviewpartnerinnen 1 und 2 jeweils als Ressource empfunden. Interviewpartnerin 1 findet darin Bestätigung und Unterstützung (Pos. 68, 94). Für Interviewpartnerin 2 liegt darin ein gewisser Sinn, sie beschreibt es als Arbeit („!JA! ich bin ja hier auch in dem verEIN tätig“, Interview 2, Pos. 44) und sie bezieht über die Selbsthilfegruppe Informationen. Darüber hinaus hat sie andere Psychose-Erfahrene kennen gelernt, aus deren Erfahrungen sie zu lernen versucht (Pos. 97).

Die Beschwerdestelle spielt in der Erzählung von Interviewpartnerin 3 eine nicht zu unterschätzende Rolle: Sie ist die zentrale Ermöglichungsinstanz für ihre Beschwerde (vgl. Abschnitt 6.1.2, S. 76). Für Interviewpartnerin 4 scheint das Beschweren, das sie noch vorhat, handhabbarer geworden zu sein, nachdem sie im Interview von der Existenz der Beschwerdestelle erfahren hat (Pos. 88). Das lokale Fehlen einer Beschwerdestelle wird von Interviewpartnerin 1 und 2 jeweils als Mangel empfunden (Interview 1, Pos. 25; Interview 2, Pos. 48).

Strukturen von Empowerment werden also von denjenigen, die sie nutzen, als Ressource empfunden, und insbesondere das Fehlen von Beschwerdestellen wurde von den Interviewpartnerinnen beklagt. Andererseits sucht Interviewpartner 6 zwar nach seinem eigenen Weg und einem persönlichen Empowerment, das Bedürfnis nach einer Selbsthilfegruppe oder einer Beschwerdestelle klingt allerdings an keiner Stelle im Interview durch.

6.3 Beschweren und Stigma

Basierend auf dem empirischen Material zeige ich im Folgenden auf, in welcher Art und mit welchen Folgen die Interviewpartner*innen als Psychiatrie-Erfahrene Stigmatisierungen erfahren haben. Dabei wird sich erweisen, dass die Stigmatisierungserfahrung Anlass, einer Beschwerde sein kann, im Verlauf einer Beschwerde auftaucht oder aber auch einen Verhindungsfaktor für Beschwerden darstellt. Dabei strukturiere ich die Stigmatisierungserfahrungen anhand der von Angermeyer et al. (2003) identifizierten Domänen⁶⁷, ergänze diese aber um eigene Kategorien und die Domäne der Selbststigmatisierung (Goffman, 2018b, S. 48), die eine wichtige Rolle für Psychiatrie-Erfahrene spielt (Corrigan & Watson, 2002).

⁶⁶ Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Interviewpartnerinnen über die jeweiligen Strukturen auch für die Studie gewonnen wurden.

⁶⁷ Die Domäne der öffentlichen Bilder von Psychiatrie-Erfahrenen spielen in den Interviews keine wichtige Rolle. Daher lasse ich sie für die Auswertung außen vor.

6.3.1 Zwischenmenschliche Interaktion

Stigmatisierung in zwischenmenschlichen Interaktionen kann einerseits Anlass einer Beschwerde sein, sie andererseits aber auch erschweren.

Kontakt mit Fachkräften

Die hier untersuchten Beschwerden konzentrierten sich auf das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem, entsprechend liegt der Fokus auf dem Kontakt mit Fachkräften. Dabei berichteten die Interviewpartner*innen, dass sie von Fachkräften nicht ernstgenommen wurden, sie unzureichend informiert wurden und ihnen die Laienkompetenz entzogen wurde (Angermeyer et al., 2003, vgl. Abschnitt 2.1.1, S. 5 bzw. Anhang A.5, S. A7). Darüber hinausgehend finden sich in den Interviews Erlebnisse, in denen die Interviewpartner*innen auf ihre Diagnose reduziert wurden und jede Äußerung (ähnlich dem Looping, vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 102) als Ausdruck der Diagnose (als zugeschriebener Störung) gewertet wird.

Nicht ernst genommen werden

Interviewpartnerin 2 beschreibt, wie die Nebenwirkungen, die sie erlebte, von Fachkräften – teils vom Pflegepersonal in der Klinik (Pos. 14), teils von niedergelassenen Psychiatern – nicht ernst genommen wurde:

*u:nd ähm auch dieses nicht ERNST genommen zu werden was das ja auch für
nen riesen UNterschied macht NEHM ich diese hardcoremedikamente oder
nehm ich sie NICHT; DAS find ich GANZ ganz masSIV weil das immer so die-
AHja dann NEHmen=s das halt, (.) ähm (.) GANZ so einfach ISSes nich; also
dann HÄTT=ich auch (.) nich WEIterstudiern KÖNnen: nich: ARbeiten können:
ähm (.) da=da ZWEIgt sich ja schon sag=ich=mal das LEben so so=n bisschen
AB, is jetzt nich nur NEHM ich da n paar taBLEtten (.) und DA: finde ich GANZ
ganz schwierig was: (.) ähm, (.) en PAssenden partner zu finden der einen da (.)
ERNST nimmt? (Interview 2, Pos. 29)*

Sie fordert ein, einerseits aufgeklärt zu werden, dass sie Medikamenten bekommt und welche Nebenwirkungen möglich sind (spätestens, wenn sie die Nebenwirkungen beschreibt, Pos. 10), andererseits will sie in die Therapieplanung einbezogen werden und selbst entscheiden, ob sie das Risiko erneuter psychotischer Episoden oder aber die Nebenwirkungen der Medikamente ertragen will (Pos. 28). Stattdessen wurde sie „Eigentlich wie luft“ (Interview 2, Pos. 10) behandelt.

Unzureichender Informationsfluss über die eigene Behandlung

Angermeyer et al. (2003) fassen einen unzureichenden Informationsfluss (wie ihn auch Goffman als Merkmal einer totalen Institution fasst, Goffman, 2018a, S. 20, vgl. auch Abschnitt 6.4.1, S. 103) als einen Aspekt von Stigmatisierung. Interviewpartnerin 1 beschreibt beispielsweise:

*ich woll- hab mal geschrieben nach [Klinikum im Nachbarbezirk, geschlossene
Station, M.P.] dass- ich auf AKteneinsicht- hab=ich nich gekracht, (1) un=ich war
mal hier bei nem psychIater: un=ich bin dann WEGgegangen un wollte AKten-
einsicht und: (.) die hat er mir nich geWÄHRT=einfach, [I: mit: irgendner be-
GRÜNdung?] NÖ mit GAR keiner begründung.(.) (Interview 1, Pos. 30)*

Jede*r Patient*in hat ein Recht auf Akteneinsicht, das auch Psychiatrie-Erfahrenen nicht verwehrt werden darf (Marschner, 2015, S. 64).

Interviewpartnerin 2 hat anhand ihrer Nebenwirkungen von Mitpatient*innen überhaupt erst erfahren, dass sie Neuroleptika verabreicht bekommt (vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 103).

Psychiatrie-Erfahrene nur unzureichend über ihre medikamentöse Therapie aufzuklären, ist seit Jahrzehnten gängige und auch gezielte Praxis, um die Medikamenten-Compliance zu erhöhen. Lehmann (2013, S. 86–87) bringt Beispiele seit den 1980-er Jahren bis ins 21. Jahrhundert hinein und zitiert eine multinationale Studie zur Situation Psychiatrie-Erfahrener in Europa:

Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. Beschwerden werden als Zeichen einer psychischen Erkrankung abgetan. Das Recht auf Einsicht in die eigenen Behandlungsunterlagen wird verwehrt. Lehnern Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung. (Erkenntnisse, 2005, zit. n. ebd., S. 87)

Entzug der Laienkompetenz

Interviewpartnerin 2 sieht sich als Expertin für ihre Psychose. Sie berichtet jedoch von verschiedenen Gelegenheiten, in denen ihr dieser Expertinnenstatus aberkannt wird oder sie nicht ernst genommen wird:

un=dann SAgen dann auch wieder (.) VIEle, JA: aber mit dem krankheitsbild GEHT das ni:cht und=dann sagt man SELber aber ich hab ANDre erFAHRungen gemacht un=plötzlich sin die erFAHRungen <<grinsend> aber nichts mehr wert> weil ER anhand dieser diagNOsestellung das eben geNAUer weiß (1) (Interview 2, Pos. 28)

Auch sich selbst einzuweisen hat sie als erstaunlich schwierig erfahren, weil der behandelnde Arzt (von dem sie eine hohe Meinung hat) ihre Selbsteinschätzung nicht ernst genommen hat:

bei meinem ZWEIten krankheitsschub hab ichs kaPIERT, bin zu meinem DAmerigen ARZT IN die KLInik, (.) und DER hat mich dann wieder HEIM geschickt weil er=s nicht s- als so SCHLIMM erachtet hat, (.) der hat das nur als formale DENKstörung-, und am NÄCHsten TAG war: ich dann au:ch äh STATIONär bei ihm (.) wei:l äh es WIRKlich ernst war und er hat mich halt LEIder- er hats zu GUT ei:ngeschätzt. und das find ich AUCH manchmal SCHWIE- (.) schwierig, hab ich von andern AUCH schon gehört, dieses probLEM, wenns bei mir !BRENNT! und ich geh in die KLInik sollten die EIGentlich sagen OKAY(.) dann IS was, (.) ähm, aber die SCHicken die leut auch oft wieder HEIM. (Interview 2, Pos. 77)

Sicherlich hätte die Interviewpartnerin mit einer Überweisung wiederkommen können, allerdings hätte sie dazu sowohl Zeit als auch Kraft gebraucht: „und DA war dann auch in meim HINterkopf, naja, wenn der das nicht so schne- schlamm EINSchätzt, dann war ich irgendwie SELber froh.“ (Interview 2, Pos. 81). Auch bei ihrem dritten Krankenhausaufenthalt bedurfte es der Fürsprache ihres Mannes, dass sie aufgenommen wurde (Pos. 81).

Reduktion der Person auf ihre Diagnose

Als besonders belastend empfinden es Psychiatrie-erfahrene Menschen, wenn sie nicht als Person gesehen, sondern nur auf ihre Diagnose oder ihre Symptomatik reduziert werden (vgl. Bock, 2004, S. 279 für Psychose-erfahrene Menschen). Beispiele dafür finden sich an vielen

Stellen der Interviews: So bei Interviewpartnerin 2, die von einem Psychotherapeuten berichtet:

DA hatt=ich glaub=ich das (.) !SCHLIMM!ste geSPRÄCH meines LEbens beim ERsten das fand ich GANZ=ganz schlimm (.) ähm, weil der hat auf meine UNterlagen angeschaut (.) hat MICH angeschaut=und hat gemeint is ja VOLL der beschissene KRANKheitsverlauf: u:nd das=das wird ALLes nich mehr gut also so GANZ ganz NEgativ also das wa:r (.) der SOgenannte theraPEUT wo ich da war [...] also DAS=is=ja was wo- was was mir UNheimlich im geDÄCHTnis geblieben is obwohl ich da nur (.) !EIN! (.) !MAL! (.) !WAR! und da hab ich mich so RICHTig auch (3) äh (.) JA AUCH wieder so auf diese (.) diagNOse so RUNterreduziert (.) so (.) gefühlt. so JA das wird EH nix mehr, (.) und- äh: (.) also=GANZ: (1) JA. SCHWIErig. (3) (Interview 2, Pos. 29)

DER hat mich dann EIgentlich NUR (.) FERtig(.) äh geKLATSCHT, (1) ähm (.) und ich WAR halt dann: nachDEM der: ja so geREdet hat dass mein KRANKheitsverlauf so beSCHISSEN is und alles so FURCHTbar und EIgentlich das mit IRgendwie ARbeiten kann ich EH vergessen, also so ganz POsitiv=ich war da EIgentlich äh so FERtig dass ich am liebsten: vors nächste AUto gelaufen wär (Interview 2, Pos. 109)

Auch wenn die Diagnose zum Hindernis wird, um sich überhaupt beschweren zu können, wird eine Person mit ihren Bedürfnissen und gesunden Anteilen auf eine Störung reduziert (vgl. Abschnitt 5.5.6, S. 63).

Soziale Ausgrenzung und Rückzug

In der vorliegenden Untersuchung liegt der Fokus auf Missständen innerhalb des Hilfesystems. Damit spielen die zahlreichen Stigmatisierungen, die Betroffene außerhalb des Hilfesystems erfahren, nur eine Nebenrolle: Sie bilden zum Teil Ermöglichungs- und Rahmenbedingungen der Missstände und der (nicht) folgenden Beschwerden. Dabei konnten die von Angermeyer et al. identifizierten Kategorie dieser Domäne in den von mir geführten Interviews nicht identifiziert werden. Stattdessen spielte der Verlust des sozialen Umfeldes eine Rolle.

Ihn erlebte Interviewpartnerin 1 im Verlauf ihrer Karriere als Psychiatrie-Erfahrene. Der Mangel an sozialer Unterstützung im persönlichen Umfeld erschwerte ihr damit nicht nur die Selbstbestimmung im Hinblick auf ihre medikamentöse Behandlung, sondern lieferte sie auch den Zuständen in der jeweiligen geschlossenen Station aus (vgl. Abschnitt 5.5.7, S. 64).

6.3.2 Strukturelle Diskriminierung

Betroffene berichten immer wieder von Erfahrungen struktureller Diskriminierung. Auch hier werden die Stigma-Erfahrungen zum Teil Anlass für Beschwerden, zum Teil beeinflussen sie die (Un-)Möglichkeit, sich zu beschweren. Neben den von Angermeyer et al. (2003) gefundenen Dimensionen (vgl. Anhang A.5, S. A7) der schlechten Qualität der psychiatrischen Versorgung, der Gesetzgebung und Gesetze und finanzieller Belastungen erleben die Interviewpartner*innen auch eine schlechte Qualität der gesetzlichen Betreuung, mangelnde Informationen, das Fehlen von Beschwerdestellen und, dass das Beschweren bei somatischen Erkrankungen leichter ist als bei psychischen Störungen.

Schlechte Qualität der psychiatrischen und/oder psychosozialen Versorgung

Erlebnisse der Interviewpartner*innen mit einer schlechten Qualität der psychiatrischen und/oder psychosozialen Versorgung waren quasi Einschlusskriterium für die vorliegende Untersuchung.

Interviewpartnerin 1 erlebte eine Reihe von Zwangsbehandlungen in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern, insbesondere auf der geschlossenen Station. Dazu gehört die Situation, über die sie sich gern beschwert hätte, in der ihr zwangsweise Medikamente verabreicht wurden (Pos. 19). Darüber hinaus berichtet sie von Zwangsmedikationen (Pos. 34), Fixierungen (Pos. 80) und davon, dass Fixierungen quasi als Strafe veranlasst wurden: „danach war ich hier in BAYern in der- und dann bin ich sehr oft fixiert worden; weil ich zu reniTENT war. [I: okay] also zu viel Widerworte gegeben hab.“ (Interview 1, Pos. 80) Sie berichtet dabei von Unterschieden zwischen den Krankenhäusern in Bayern einerseits und einem anderen in Nordrhein-Westfalen (Pos. 33), wo ihre Rechte besser geachtet worden sind und es zu weniger Zwangsmaßnahmen gekommen ist⁶⁸.

Auch Interviewpartnerin 2 erzählt von Erfahrungen auf der geschlossenen Station, aber auch der Tagesklinik einer kleinen Klinik in Südbayern. Dort war der Umgangston unpassend, Nebenwirkungen der Medikamente sind nicht ernstgenommen worden und sie hat insbesondere das Pflegepersonal als fachlich und menschlich unangenehm wahrgenommen (Pos. 87–91). Dabei macht sie einen Unterschied zu größeren Kliniken in Bayern, die sie erlebt hat und in denen sie sich gut aufgehoben gefühlt hat (Pos. 91).

Auch das von ihr berichtete Verhalten der niedergelassenen Psychiater kann hinterfragt werden: Ambulant ist eine Zwangsmedikation unzulässig, der Patientenwille ist entscheidend (vgl. Abschnitt 2.2.3, S. 10). Gleichzeitig berichtet die Interviewpartnerin von Schwierigkeiten, einen Psychiater zu finden, der sie auch in diesem Sinne unterstützt:

⁶⁸ Vollmann (2014, S. 619) berichtet davon, dass die gültige Rechtslage finanzielle Fehlanreize setzt: Eine Verlängerung von Zwangsmaßnahmen lohnt sich finanziell, während eine – potentiell personalintensive – Vermeidung von Zwangsbehandlungen nicht honoriert wird. Welche Rolle das im vorliegenden Fall spielt, kann allerdings nicht bewertet werden.

DA muss natürlich n psychiATER auch M:ITspieln sag ich mal (1) und da hab i-ACH gott da hab i auch VIEL erLEBT: ähm: (1) weil EINmal war ich dann: also bei meinem LETzten krankheitsSCH:UB da=war: ich dann: auch medikamen-TIERT und wollte die dann auch wieder nach nem: guten halben jahr AUS-SCHLEIchen [...] (2) und DA war dann: eigentlich so die ANsage, JA: bei psy-CHOTiker:n also=das: äh:m(.) WÜRde er mir NICHT raten weil sonst bin ich in a VIERTELjahr gl=äh gleich wieder in der KLI:nik=also das war AU so richtig DUM DUM DUM und da: unterSTÜTZT er mich nicht(.) fand ich ganz ganz SCHWIERig weil dann mein WEG war, ja SHIT(.) ich MÖCHTs aber TROTZdem ab:setzen(.) dann hab ich eben in der KLInik angerufen=die ham mir so=n BISS-chen was an die HAND gege:ben wie mer=s denn(.) TIMen KÖNNte und dann HAB ichs halt !OH!ne arzt ABgesetzt aber find ICH eigentlich n SCHWACHsinn. (.) also s SOLLte EIgentlich en ARZT soweit akzepTIE:RN okay LEITlinien schön und GUT aber paTIENTin entSCHEIdet sich SO und SO(.) und DAS ist zum BEI-spiel so im ambuLANTen berei:ch wo mer sich UNheimlich DURCHboxen muss=also ich hatte in [Wohnort, M.P.] allein VIER psychiATER bis=es gePASST hat(.) [...] und das IS ja auch immer=n bisschen ANstrengend ich komm(.) HIN erZÄHL meine GANze geSCHICHte: un=dann SAgen dann auch wieder(.) VIEle, JA: aber mit dem krankheitsbild GEHT das ni:cht und=dann sagt man SELber aber ich hab Andre erFAHRungen gemacht un=plötzlich sin die erFAHRungen <<grinsend> aber nichts mehr wert> (Interview 2, Pos. 28)

Das Zitat belegt die Schwierigkeit der Interviewpartnerin, ihr Recht auf Selbstbestimmung in der medikamentösen Therapie auch tatsächlich durchzusetzen. Sie zeigt sich im Interview als in ihren gesunden Phasen stabile Person mit einem umfassend unterstützenden sozialen Umfeld und hat letztlich mit großer Mühe eine medikamentöse Behandlung nach ihren Vorstellungen: „GEgen die HARten medikaMENte: für die gesunde ZEI:T und WENN ich nochmal ne psyCHOse kriegen SOLLte ist das nicht SCHÖN(.) Aber halt-(.) ähm ich HAB diese ge-SUNde zeit OHne so ZUgepumpt zu sein.“ (Interview 2, Pos. 28)

Anders verlief es für Interviewpartnerin 1, die eben dieses Umfeld nicht hatte:

u:nd ich=ich: leb alLEINE und (2) ich hab NIE n privates UMfeld gehabt das sich GEgen:- das mir: gegen medikaMENte geHOLfen hätte. (1) [I: mhm] also=ich HAB nach der ERsten psyCHOse zwar so finanZIELL und so n gutes soziales NETZ gehabt(.) aber NIEmand der sich stark gemacht hätte wenn ich- als ich gesacht=hab ich WILL keine medikaMENte mehr(.) und INsofern: (2) weil: wenn man AUFhört medikaMENte zu nehmen hat man immer KRIsen und be-NIMMT sich n bisschen KOmisch und das muss das soziale UMfeld auch MITtra-gen. [I: ja.] (2) und das HATT=ich einfach nich. [I: ja] (4)

I: also DA hätten sie auch(.) sich ne unterSTÜTZung gewünscht? (2)

P1: DIE hätt=ich in DEM fall einfach gebraucht. [I: ja] (1) und die HATT=ich nich aber so ISSes und die ham auch MEHRere leute nich un:d

I: was für ne unterSTÜTZung hätte das SEIN können?

P1: wie gesagt JEmand der: der MIT: mir da parTEI is dass: ich auf medika-MENte AUFhören kann:; un DER auch die: (.) die NEGA- (.) der vielleicht leichte psyCHOsen dann mit DURCHsteht: OHne medikaMENte.

I: en: (1) JEmand im priVATleben? oder-

P1: im priVATleben=im priVATleben; (Interview 1, Pos. 115–121)

Unter gesetzlicher Betreuung schließt sie quasi aus, dass Ärzt*innen sich auf ein Absetzen der Medikamente einlassen würden (Pos. 104–106).

Interviewpartnerin 3 beschwert sich über die Einrichtung des betreuten Wohnens, die ihre Wohnung an sie untervermietet und die Betreuung übernommen hatte. Dafür war für sie entscheidend, dass es faktisch keine Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Einrichtungen gibt: Fürs betreute Wohnen sind oft keine Plätze frei, es existieren Wartelisten (Pos. 117–119). Als Alternative käme der freie Wohnungsmarkt in Betracht, wo sie auch dann über eine Einrichtung des betreuten Wohnens oder über das persönliche Budget Unterstützung finden könnte. Allerdings ist der Wohnungsmarkt vielerorts angespannt, was Menschen mit geringem Einkommen stärker belastet (Holm et al., 2018) und für Psychiatrie-Erfahrene dann zur unüberwindbaren Hürde werden kann, wenn sie von Vermieter*innen stigmatisiert werden (vgl. Abschnitt 6.3.3, S. 94). Der Sozialwohnungsmarkt hingegen ist ebenfalls angespannt und mit bürokratischen Hürden versehen. Entsprechend ist es voraussetzungsvoll und damit für viele Betroffene offenbar unmöglich, eine Einrichtung zu wechseln. Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 104 SGB IX ist damit in vielen Fällen nicht realisiert.

Sie berichtet von den Zuständen im betreuten Wohnen, die – neben der unzumutbaren Qualität der Wohnung – geprägt sind von Drohungen, Druck, Einschüchterung und Verschleieren (vgl. auch Abschnitt 6.4.1, S. 99): Die Nutzer*innen werden dabei über ihre Rechte und Ansprüche falsch informiert:

*die SAgen ja immer das- (.) du=du HAST überzo=zogene ANsprü=üche un=nd
der beZIRK hat ja geNAUe vorstellungen was bezahlt wird und was nich.
[I: hmhm;] (2) und (.) sie KÖNNen ja GAR nichts dafür, für DAS was der beZIRK
VORschreibt. (Interview 3, Pos. 109)*

Interviewpartnerin 4 war ebenfalls davon betroffen, dass die Qualität des Hilfesystems unzureichend ist: Sie erzählt, etwa fünfzig Therapeut*innen angerufen zu haben. Erst dann fand sie eine Therapeutin, die freie Therapieplätze hatte und bereit war, eine Therapie mit ihr zu beginnen (Pos. 14–15). Die Erfahrung der Schwierigkeiten, eine*n Therapeut*in zu finden, wird mit einen Anteil daran gehabt haben, dass sie beharrlich den Kontakt zur Vertretung ihrer Therapeutin gesucht hat, statt sich eine*n neue*n Therapeut*in zu suchen: „At the time I didn't feel like left alone or – I just felt like I didn't have – the one thing I just remember feeling like I don't have the energy to look for another therapist.“ (Interview 4, Pos. 50) In Folge litt ihr Studium und ihre Beziehungen (Pos. 82).

Für Interviewpartner 6 hatte insbesondere die geschlossene Station keine für ihn hilfreichen Angebote:

!JA!, ich hab das bis HEUT net so verSTANden. also du kommst da HIN, (2) ä=HAST zwar ne geschlossne TÜ:R, wegen suiZIDgedanken meinewegen und sowas, (.) aber du (.) BIST im prinZIP aber WÄ:Hrnd der ZEIT wo DORT bist,=so das SIND ja im prinzip viele WOCHen, (.) ähm. (2) ähm ähm (.) JA (3) ähm äh wie soll ich SAgen ähm du bist da EINGesperrt, aber du KRIST keine beHANDlung. [I: okay;] ähm (1) also das HEIßt du krist da im prinZIP n BETT und äh=anSONSten findet nix statt. und das HAT mich halt immer geWUNDert. ähm- also ÄHM; (1) JA. (2) die=die WOChen verLAUfen halt im prinzip SO dass du da: (1) EINmal in der WOche n geSPRÄch mitm psychiATER dort hast, (.) [I: mhmm] und dann: EINmal viSITe is QUAsi in der WOche, da KOMM dann halt so SIEben acht <<lacht> LEUte stehn da um dein BETT rum>, (.) und äh (1) JA du SOLLST halt einfach dich erZÄHLn wies dir GEHT unsoweiter, (.) und ähm (1) ja:. <<seufzt>> (2) was willste da- also da FÄLLts ein natürlich SCHWER drüber zu REden dann über seine SAche, wenn da paar stuDENten mit rumhängen, was ja alles- also was legiTIm is, is ja oKAY, aber (.) wenn=de alle n paar stuDENten und ne psychoLOGin und zwei Ä:Rzte und was och um=um dich RUM stehn, (.) und ähm du SOLLST dann über dich erZÄHLN=also das HAT irgendwie- mer HAT dann immer irgendwas allgeMEINes gesagt aber:- ja. (.) genau. (.) und DANN wie geSAGT hatt=ste noch EINmal in der WOCHe nen termin beim psychoLOGen äh beim psychiATER u:nd da konntst=natürlich dann bisschen MEHR erzählen aber (.) ähm (2) JA. (.) was MICH einfach (2) ich- wie soll ich SAgen ähm: (2) also es WAR halt einfach so: (2) <<seufzend> JA.> das: äh (.) LETzten endes da die beHANDlungen einfach schlichtweg gefehlt haben. also [I: mhmm] es- du HATtest- (.) du HAST die ganze ZEIT- warst da nur DORT und (.) hast geWARtet bis die ZEIT vergeht, aber das WARs dann auch. (2) [I: hm.] und das HAB ich eben (1) JA. (.) NI so wirklich verSTANden. (Interview 6, Pos. 12)

In der Folge hat er dann nach einigen Wochen das Krankenhaus so verlassen, wie es hineingekommen ist: suizidal.

und ich HAB mich da drüber auch immer geWUNDert (.) und mir HAT das auch nie was gebracht. also; [I: mhmm] (1) ja. (2) ich bin da immer- also ich bin da im prinzip immer äh äh (2) !JA! (1) genauso RAUS gegangen wie ich rein gegangen bin. muss mer ECHT so sagen.

I: also, (.) du HAST dich (.) EINGewiesen, weil du: (.) suiziDAL warst {{gleichzeitig} und: als du RAUS gekommen bist warst du nicht WENiger suizidal.}

P6: {{gleichzeitig} ja. genau. (.) vor ALLEM deswegen. genau.} (Interview 6, Pos. 14–16)

Der Interviewpartner hat in daraufhin für sich einen eigenen Weg des Recovery gefunden, mit dem er auch im Rückblick zufrieden ist, den er aber durchaus auch als riskant wahrnimmt:

es WAR halt auch n bisschen gefÄHRlich, muss ich sagen, weil wie geSAGT, wenn mer dann mit suiZIDgedanken wieder RAUS kommt, und äh:m DAS dann mit sich SELber ausmacht, (2) <<seufzt>> !JA!; (2)JA, IS vielleicht net für jeden geEIGnet, aber für mich WARs halt [I: ja.] damals- äh- {{gleichzeitig} die BESte möglichkeit im prinzip. auch im NACHhinein, muss ich sagen, ja?} (Interview 6, Pos. 58)

Gesetzgebung und Gesetze

Die geltenden Gesetze bilden den Rahmen, vor dem die Erlebnisse der Interviewpartner*innen stattfanden. Eine wichtige Rolle spielen hier die Unterbringungsgesetze sowie die Möglichkeiten von Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen. Im Jahre 2012 gab es einen Zeitraum, in dem nach einer Entscheidung des BVerfG Zwangsbehandlungen nicht

durchgeführt werden durften. (vgl. Abschnitt 2.2.3, S. 10) Während in der Fachöffentlichkeit (vgl. z. B. Erhard, 2013; Pollmächer, 2015; Steinert & Borbé, 2013; Simon, 2014; Vollmann, 2014) und in der Öffentlichkeit (Lehn, 2012; Hardenberg, 2013) vor allem vor dem Hintergrund diskutiert wurde, ob Ärzt*innen psychisch kranken, nicht einwilligungsfähigen Patient*innen Behandlungen nicht angedeihen lassen könnten, nahm Interviewpartnerin 1 diesen Zeitraum anders wahr, nämlich, dass ihr zu der Zeit mehr Rechte als vorher oder später zugestanden hätten. Auf die Frage, was sie an ihrer Geschichte gern hätte umschreiben wollen⁶⁹, antwortet sie:

P1: ja dass die sich erINNert haben is absolutes ZWANGSbehandlungsverbot: und sich dran geHALten hätten ne? [I: ja] (1) also da- ich=ich WUSStes damals auch nich. ich wusstes kurz daNACH.

I: ja. (.) das heißt (.) dass diese situATION einfach nich pasSIERT wäre;

P1: ja genau:, (2) (Interview 1, Pos. 127–128)

Das fügt sich ein in den resignierten Grundton des Interviews, der kulminiert in dem Satz: „also ich FIND die situATION is:=is depriMIERnd (1) also ich: HAB mich auf der ge-SCHLOSSnen eigtlich IMmer a=als: ziemlich RECHTlos empfunden“ (Interview 1, Pos. 133).

Finanzielle Belastung

Interviewpartnerin 3 berichtet, dass psychisch Kranke – sie bezieht sich dabei durchaus auf Nutzer*innen des betreuten Wohnens – im Allgemeinen wenig Vermögen oder Einkünfte haben, sodass die Leistungen, die sie erhalten – hier vor allem die Eingliederungshilfe – vom Bezirk bezahlt werden (Pos. 59).

Interviewpartnerin 1 stellt sich gleich mit ihrer finanziellen Situation vor: „ja ich bin [zwischen 60 und 70, M.P.] Jahre alt, (3) in Rente, (7) u:n (1) ja=n Altersheim werd=ich mal nicht bezahlen können aber sonst bin ich relativ gut versorgt.“ (Interview 1, Pos. 5–6). Ihr Verhältnis zur Rente, die sie relativ bald nach ihrer Ersterkrankung bezieht, ist durchaus ambivalent. Sie hat die Rente nur bei voller Erwerbsunfähigkeit beziehen können, eine Erwerbsminderungsrente war nicht möglich (Pos. 11). Damit blieb ihr die Wahl, finanziell für sich selbst zu sorgen oder dermaßen schwer krank zu sein, damit sie die Rente bekommt. Ein stundenweises Arbeiten, was ihr möglich gewesen wäre, hätte zum Verlust der Rente geführt (Pos. 11–16). Damit hätte eine Gesundung zunächst einmal zum Verlust der finanziellen Absicherung geführt, die Rente perpetuierte also ihre Erkrankung. So konnte sie existieren, von einem bescheidenen Wohlstand (den ihre Ausbildung hätte verheißen können) blieb sie aber ausgeschlossen. „wie gesagt durch die beRUFsunfähigkeitsrente brauchte ich auch die KRANKheit wieder; das=das darf man au nich unterschätzen.“ (Interview 1, Pos. 80).

Mangelnde Information

Alle Interviewpartner*innen kannten sich zum Zeitpunkt des Interviews im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem verhältnismäßig⁷⁰ gut aus. Gleichwohl waren fehlende Informationen ein wichtiger Aspekt, sich nicht beschweren zu können (vgl. Abschnitt 5.5.10,

⁶⁹ Zur Bedeutung dieser Frage vgl. Abschnitt 3.1.2, S. 11.

⁷⁰ Interviewpartnerin 4 erlebt das System als aus einer anderen Kultur stammend, dafür ist sie recht gut orientiert und kann das System schlüssig erklären.

S. 68): Es fehlten Informationen über die *Rechte* der Betroffenen, *wie* sie sich beschweren können und *wo* sie sich beschweren können. Meist wurden diese Informationen nicht mutwillig vorenthalten, teils diente aber ein gezieltes Verschleiern dazu, zu verhindern, dass die betreffenden Personen ihre Rechte kennen und wahrnehmen können (Interview 3, Pos. 109, 193).

Darüber hinaus berichtet Interviewpartnerin 2, wie sie im Hilfesystem Informationen zusammensammeln musste: „also ICH find mer erFÄHRT als KRANKer eh alles so ZEI:Tversetzt was es gi:bt,“ (Interview 2, Pos. 44). Sie hätte sich gewünscht, zu einem frühen Zeitpunkt eine große Menge an relevanten Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen, um später darauf zurückgreifen zu können (Pos. 44–47).

Fehlende Beschwerdestellen für Psychiatrie-Erfahrene

Auch wenn Beschwerdestellen im System schon von Expert*innen als vorhanden und relevant erlebt werden (Interview Anja Link, Pos. 4, 10), sind sie nicht flächendeckend vorhanden und weder gesetzlich verankert, noch stabil finanziert⁷¹ (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2007).

Das führt dazu, dass es leichter ist, sich über Missstände in der Behandlung somatischer Erkrankungen zu beschweren als über Missstände in der Behandlung psychischer Störungen (vgl. Abschnitt 2.5.1). Dieser Aspekt ist *Teil* der Stigmatisierung bei psychischen Störungen und *verschärft* diese Stigmatisierung noch.

So berichtet Interviewpartnerin 1 beispielsweise, dass sie sich über einen Behandlungsfehler ihres Hausarztes erfolgreich beschweren konnte, über Missstände in der Psychiatrie jedoch nie (vgl. Abschnitt 5.1 und 5.2).

Schlechte Qualität der gesetzlichen Betreuung

Unter gesetzlicher Betreuung zu stehen ist ein Zustand, der Angst und Besorgnis auslösen kann:

dass jetzt=n FREMder diese DINge geSUNDheitssorge AUfenthalt etcetera entscheiden würde=also es FIND=ich auch SEHR sehr beängstigend wenn das ein (.) FREMder mensch macht. [I: hmhm] also=weil der ja dann WIRKlich ALles machen darf(.) also: von: keine AHnung: damals STUDienplatz KÜNdigen bis: WOHNung kün- ne- al- er KÖNNte daher wirklich VIEles machen wenn ER DENKT es: sei in MEINem interesse. (Interview 2, Pos. 22)

Während Interviewpartnerin 2 sich dieser Sorgen enthoben sah, weil Angehörige die Betreuung übernommen haben, haben Interviewpartnerinnen 1 und 3 professionelle Betreuerinnen⁷². Für Interviewpartnerin 1 hat das Auswirkungen sowohl auf ihre Selbstbestimmung im Hinblick auf Medikamente (Pos. 105) als auch ihre Möglichkeiten, sich zu beschweren: Über den Hausarzt war das möglich (Pos. 44–46), über die Zwangsmaßnahme in der Klinik hingegen nicht (Pos. 28), was sie zum Teil auch der mangelnden Unterstützung durch die Betreuerin zuschreibt (Pos. 49–53). Interviewpartnerin 3 hat ihre Betreuerin als Unterstützung erlebt (Pos. 318–322). Gleichzeitig berichtet sie, dass von einem gewissen Zeitpunkt ab alle

⁷¹ Manche Beschwerdestellen werden von Ehrenamtlichen betrieben, die dafür keine Aufwandsentschädigung bekommen.

⁷² Es geht aus den Interviews nicht hervor, ob die Betreuerin von Interviewpartnerin 3 die rechtliche Betreuung aus Erwerbszwecken oder als Ehrenamt versieht, die Betreuerin für Interviewpartnerin 1 schien eine professionelle Betreuerin zu sein.

Nutzer*innen eine Betreuung haben sollten (Pos. 201). Ihrer Meinung nach sollten damit den Nutzer*innen Informationen und Zusammenhänge vorenthalten werden⁷³ bzw. Menschen aufgenommen werden, die unter Betreuung stehen: einerseits spart sich die Einrichtung bürokratischen Aufwand (Pos. 229), andererseits kann sich dies Klientel möglicherweise weniger leicht zur Wehr setzen (Pos. 193, 229). Gleichzeitig scheint die Einrichtung eine gewisse Willkür an den Tag zu legen, wenn sie einer Nutzerin ans Herz legt, auf die Betreuung wieder zu verzichten. Die Interviewpartnerin vermutet, dass die Unterstützung der Nutzerin damit untermiert werden soll (Pos. 225–231).

6.3.3 Zugang zu sozialen Rollen

Von den von Angermeyer et al. (2003) gefundenen Dimensionen konnten bei den vorliegenden Interviews die Schwierigkeiten im Hinblick auf Partnerschaften und die Probleme mit der Rolle als Mieter*in ebenfalls identifiziert werden. Hinzu kommt eine Stigmatisierung beim Zugang zur Rolle als Beschwerdeführer*in und die Einschränkungen der Autonomie in der eigenen Lebensplanung.

Autonomie in der Lebensplanung

Für Interviewpartnerin 2 steht und fällt ihr Lebensentwurf damit, dass sie ihre gesunden Phasen erleben kann, ohne Neuroleptika nehmen zu müssen.

u:nd ähm auch dieses nicht ERNST genommen zu werden was das ja auch für nen riesen Unterschied macht NEHM ich diese hardcoremedikamente oder nehm ich sie NICHT; DAS find ich GANZ ganz masSIV weil das immer so die-AHja dann NEHmen=s das halt, (.) ähm (.) GANZ so einfach ISSes nich; also dann HÄTT=ich auch (.) nich WEIterstudiern KÖNnen: nich: ARbeiten können: ähm (.) da=da ZWEIgt sich ja schon sag=ich=mal das LEben so so=n bisschen AB, is jetzt nich nur NEHM ich da n paar taBLEtten (.) und DA: finde ich GANZ ganz schwierig was: (.) ähm, (.) en PAssenden partner⁷⁴ zu finden der einen da (.) ERNST nimmt? (Interview 2, Pos. 29)

Psychiatrie-Erfahrenen wird mitunter nicht zugestanden, ihr Leben zu planen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen: Die Überbetonung der Rückfallprophylaxe kann dazu führen, jedes Risiko und damit das Leben selbst zu vermeiden – und begünstigt damit depressive Negativsymptomatiken oder postschizophrene Depressionen (Bock, 2004, S. 279).

*Lebenspartner*in*

Im Zuge der BAESCAP-Studie hatte sich ergeben, dass schwer psychisch kranke Menschen seltener eine Partnerschaft führen (vgl. Abschnitt 2.1). Auch die interviewten Personen berichteten seltener von Partner*innen (vgl. Abschnitt 3.2.3): Interviewpartnerin 1 ist alleinstehend (Pos. 39), Interviewpartnerin 2 verheiratet (Pos. 35), Interviewpartnerin 3 lebt mit ihrem Partner zusammen (Pos. 8). Interviewpartnerin 4 erwähnt zwar Freunde, aber keine Partnerschaft, und Interviewpartner 6 scheint alleinstehend zu sein: Er erwähnt wenige Menschen aus seinem sozialen Umfeld und ebenso keine Partnerschaft („und JETZT bin ich halt

⁷³ Die Nutzer*innen bekommen dann keine Abrechnungen o. ä. zu Gesicht, weil die Betreuung das übernimmt.

⁷⁴ Sie spricht an dieser Stelle nicht von einem Lebenspartner, sondern von einem niedergelassenen Psychiater, der sie in der selbstbestimmten medikamentösen Therapie begleitet.

dreiundVIERzig und (??) wusel da vor mich HIN“, Interview 6, Pos. 8). Damit ist davon auszugehen, dass zwei der fünf Interviewpartner*innen eine Partnerschaft führen. Das heißt, die hier befragten Menschen sind möglicherweise nicht in dem Maße von Exklusion und Stigmatisierung betroffen, wie die von BAESCAP untersuchten Menschen. Und doch wirkt die Stigmatisierung auch hier, wie im Folgenden gezeigt wird.

Interviewpartnerin 2 ist verheiratet. Dieser Fakt ist für sie keine Selbstverständlichkeit, es ist voraussetzungsvoll (Pos. 35) und gleichzeitig Quelle von Privilegien, die sie als solche bezeichnet: Ihr Partner steht in ihrer Betreuungs- und Patientenverfügung. Damit kann sie, auch wenn sie selbst gesundheitlich nicht in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen, nach ihren Vorstellungen versorgt und durch ihren Mann vertreten werden (Pos. 37). Sie betrachtet sich in ihren nicht-psychotischen Phasen, die über Jahre anhalten können, als gesund. Sie arbeitet und gab im Interview keine Hinweise darauf, dass sie Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen würde. Vermutlich würde sie nach den Kriterien der BAESCAP-Studie (vgl. Abschnitt 2.1) nicht als schwer psychisch krank gelten. An dieser Stelle findet eine Stigmatisierung statt: Umstände, die nicht Psychiatrie-erfahrenen Menschen als selbstverständlich gelten (eine Partnerschaft zu führen) empfindet sie als Privileg, eben *weil* sie sich als stigmatisierbar wahrnimmt.

Interviewpartnerin 3 hat ihren Lebenspartner im betreuten Wohnen kennengelernt. Die beiden unterstützen sich gegenseitig, bestärken einander und machen sich Mut. Er erlebt das selbe wie sie und ist sowohl über die Beschwerdegründe als auch die Beschwerde selbst recht umfassend informiert, die beiden führen das Interview über weite Strecken gemeinsam und ergänzen sich gegenseitig. Für ihn ist seine Partnerin augenscheinlich die Möglichkeit, sich zu beschweren, denn er selbst hat sich nicht beschwert. Als ich ihn darauf anspreche (Pos. 331–332) nehme ich meine Frage als übergriffig wahr: Er scheint sich deutlich nicht wohl zu fühlen, darauf angesprochen worden zu sein.

*Mieter*in*

Das Mietverhältnis wurde in den geführten Interviews nur in einem Falle thematisiert, als es zum Beschwerdegrund wurde: Interviewpartnerin 3 beschwert sich über den Zustand der Wohnung, die sie von einer Einrichtung des betreuten Wohnens vermietet bekommen hat. Diese Einrichtung erfüllt einerseits die Rolle der Vermieterin nur unzureichend, indem sie Missstände nicht abstellt (Pos. 33) und stattdessen mit Schuldzuweisungen reagiert (Pos. 4, 45, 147)⁷⁵. Der Mietvertrag weist einige Besonderheiten auf, da er einerseits im Normalfall an einen Betreuungsvertrag gekoppelt ist (Pos. 77) und andererseits nicht ohne Weiteres von der Einrichtung kündbar ist (Pos. 77, 161).

Stigmatisierung wird an der Stelle sichtbar, an der die zu Betreuenden dieser Einrichtung ihre Alternativen abwägen: Andere Einrichtungen des betreuten Wohnens haben oft keine Plätze frei oder Wartelisten (Interview 3, Pos. 117). Auch der Zugang zu Wohnungen auf dem freien Markt ist schwierig: ohne die Unterstützung der Beschwerdestelle „würd=ich wahrscheinlich ZIEMlich blöd DAsitzen: und äh: (1) MUTTerseelenallein den WOHNungsmarkt abgrasen und (.) FESTstelln: dass die VERmieter LEUte wolln die ARbeiten gehn können“

⁷⁵ Ein solches Verhalten ist heutzutage nicht unüblich für Vermieter*innen, für eine Einrichtung des psychosozialen Hilfesystems ist es jedoch mehr als fragwürdig.

(Interview 3, Pos. 183). Sie sieht auf dem freien Wohnungsmarkt für sich keine Chance (Pos. 185–187). Sozialwohnungen hingegen sind knapp und müssen beantragt werden, was aufwändig und damit voraussetzungsvoll ist (Pos. 373). Hier findet also eine Stigmatisierung statt, die drastische Auswirkungen auf die Beschwerdeführerin einerseits hat – noch viel weitreichendere jedoch auf die anderen Nutzer*innen, die sich nicht beschweren⁷⁶.

*Beschwerdeführer*in*

Bock betont zwar mehrmals im Interview, dass – gerade Psychose-erfahrene z– Menschen ermutigt werden müssen, sich zu beschweren. Gleichwohl erwähnt auch er: „es gibt andere menschen die: nix anderes TUN als sich ständig: im LEben zu beSCHWERN; (1) mh, (1) egal WO, (1)“ (Interview Thomas Bock, Pos. 12). Eine andere Fachkraft, die ich auf der Suche nach Interviewpartner*innen angesprochen hatte, möchte bestimmte Menschen nicht auf das Thema ansprechen, um sie nicht auf die Idee zu bringen, sich zu beschweren. Das kontrastiert mit den Erfahrungen bestehender Beschwerdestellen, die in jeder auflaufenden Beschwerde einen legitimen Kern finden (Rossmanith, n. d.). Gleichwohl kennen auch sie Menschen, die sich häufig beschweren; daher gilt beispielsweise bei der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin eine Begrenzung auf maximal zwei Beschwerden, die eine Person gleichzeitig führen darf (ebd.).

Wie bereits im Abschnitt 2.5.1 angedeutet, scheint es leichter, sich über Behandlungsfehler bei somatischen Erkrankungen zu beschweren, als innerhalb des psychiatrischen Systems. Das erlebt Interviewpartnerin 2: „also das=das find ICH halt immer ganz draMATisch weil da- das merk ich jetzt SCHON so: wenn ich jetzt als so norMAlbürger mich: irgendwo beSCHWER beim Arzt (.) dass das jetzt SCHON ernstgenommen wird aber in diesem KONtext (.) halt NICHT.“ (Interview 2, Pos. 12)

Das erlebt Interviewpartnerin 1 ganz massiv, als sie von ihrer Betreuerin angeregt eine Beschwerde gegen ihren behandelnden Hausarzt führt und eine Kompensationszahlung erhält:

(1) un=dann hab ich mir=n GUTachten irgendwo besorgt von ner- (2) vom medizinischen DIENST glaub=ich oder so (.) un <<räuspern>> mit dem GUTachten hat mich die damalige beTREUerin zum RECHTSanwalt geschleppt und (.) die versICHerung von dem ARZT hat dann was bezahlt. (Interview 1, Pos. 48)

Die eigentlich für sie viel bedeutendere Beschwerde gegen die Zwangsbehandlung in der Klinik kann sie hingegen nicht verfolgen: „ich wollt mich danach beSCHWERn aber (2) ich hatt damals auch ne beTREUerin ham sie mir aufs auge gedrückt, da hat sich KEIner drum gekümmert.“ (Interview 1, Pos. 19) „un=wie gesagt ich=hab- (.) hab niemand gefunden der: der=da mich hätte verTREten könn“ (Interview 1, Pos. 22).

6.3.4 Selbststigmatisierung

Neben struktureller und individueller Stigmatisierung spielt Selbststigmatisierung im Leben von Psychiatrie-erfahrenen Menschen eine große Rolle. Sie beginnt bereits mit der Übernahme der Diagnose ins Selbstbild.

⁷⁶ Eine Option ist, eine Partnerschaft aufzunehmen und zusammenzuziehen (Pos. 370–372). Das kann im günstigsten Fall das Lebensglück, in ungünstigeren Fällen jedoch neue Abhängigkeiten bedeuten.

Interviewpartnerin 1 stellt sich gleich mit ihrer Diagnose vor: „wie gesagt ICH lauf unter: (2) unter schizophreNIE oder schizoaffektiver STÖRung das das wechselt je nach behandler“ (Interview 1, Pos. 1) Hier erscheint der „Behandler“ als zuschreibende Instanz und die Interviewpartnerin scheint sich der Diagnose zu unterwerfen. Sie bezieht sich auf das Stereotyp, dass Psychose-erfahrene Menschen (und vermehrt noch akut psychotische Menschen) als nicht glaubwürdig gelten und bezieht das auch auf sich selbst: „wie gesagt wenn man in=der gesCHLOSSnen is=is man- also ICH bin dann auch nich sehr g=GLAUBwürdig=ich hab da SCHON so=n paar WAHNideen.“ (Interview 1, Pos. 28). Daraus entsteht ihr ein Leidensdruck: „das is dann: ziemlich beSCHISSen auch; (3) ich fühl mich GLAUBwürdig bin aber absolut Unglaubwürdig“ (Interview 1, Pos. 134). Neben der Kenntnis des Stereotyps und der Ausweitung desselben zum Vorurteil steht eine Stigmatisierungserwartung: „da steht das wort von ner (1) psyCHOsekranken- (1) aKUT psychosekranken gegen DIE leu:te“ (Interview 1, Pos. 43).

Dazu kontrastiert Interviewpartnerin 3, die ihre Diagnose weder im Verlauf des Interviews, noch in der Vorbereitung oder in den Gesprächen vor und nach der Aufzeichnung erwähnt.

Im Krankheitsverständnis wirkt die Selbststigmatisierung in der Zuschreibung negativer Eigenschaften. Interviewpartnerin 2 erlebt sich als anstrengend: „ICH würde behaupten ich bin im aKUTzustand allgemein ein NERviger paTIENT; also WÜRD ich über mich selber so SAgen. das IS einfach so=weil wenn=WENN ich nich komplIZIERT wär dann WÄR ich vielleicht auch zu HAuse und FIT,“ (Interview 2, Pos. 60). Sie nimmt das Stereotyp des anstrengenden Patienten wahr und stimmt dem zu, damit wirkt die Erwartung, man *sollte* in der Klinik dem Personal möglichst wenig Aufwand bereiten. Gleich danach relativiert sie diese Stigmatisierung jedoch wieder, indem sie ihr Verhalten der Krankheit zuschreibt, die sie sich nicht ausgesucht hat (Pos. 62) und sich die Psychose-Erfahrung damit in gewisser Weise zugesteht.

Interviewpartnerin 1 beschreibt sich als „renitent“ (Pos. 82):

ja=ich hab mich einfach schlecht beNOmmen ÜBergriffig und alles=also ich hab=ich hab mich FÜRchterlich benommen auf der geSCHLOSSenen ne [I: okay] u:nd (.) nich immer: nich durchg- aber=doch also: ich habs für MEInen geschmack auch krachen lassen: [I: okay] (1) un hab das geNOSSen: also ALles wo ich zu brav un angepasst wä- war. (Interview 1, Pos. 82)

Auch sie zeigt im Zusammenhang mit der Selbststigmatisierung (für die sie sichtlich um Worte ringt) ein gewisses Verständnis: Sie habe es genossen und bringt es in einen Zusammenhang mit Gelegenheiten (die sie nicht näher beschreibt), in denen sie nicht rebelliert habe.

Interviewpartner 6 zeigt eine Selbststigmatisierung, indem er ein Idealbild eines mündigen, selbstbewussten Patienten konstruiert, dem er selbst nicht entsprechen kann. Gefragt, was er gebraucht hätte, um sich beschweren zu können, antwortet er:

ich bin da EH n bisschen zuRÜCKhaltend bisschen SCHÜCHtern gewesen, ich würde=s HEUT glaub=ich IMMer noch net sagen. weiß net, also- (.) mir FÄLLT sowas eher SCHWER, ich schluck das dann eher in mich REIN; [I: mh.] is n FEHler, müsste mer mal- MUSS mer vielleicht mal dran ARbeiten irgendwie, (1) und ähm, (.) aber gut (.) [I: naJA,] IS halt jetzt einfach so erstmal, (1) ähm (1) (Interview 6, Pos. 24)

Er nimmt seine Schüchternheit als Charakterfehler wahr, den man bearbeiten müsste. Hier wirkt ein Dispositiv eines aktiven, unternehmerischen und sich selbst optimierenden

Menschen, das neoliberalen Züge trägt. Schüchternheit wird in diesem Sinne durchaus therapeutisiert (Wehling, 2016).

Interessant ist, in welchen Zusammenhang Interviewpartnerin 2 ihr Durchboxen gegenüber dem psychiatrischen Hilfesystem bringt.

ANdrersei:ts (.) ähm (.) BIN ich auch son bisschen STOLZ weil ich mich DURCH-geboxt hab das is auch (.) ähm (1) WAS weil ich war jetzt noch NIE so dass=mer sagt mein GOTT selbstbewusstsein über:- ÜBER ma:ßen aber DAS is sowas das is eigentlich sogar BESser gewo:rden: würd=ich sagen SELBSTbewusstsein auch wenn das ganz ganz (.) !ME:RK!würdig klingt in diesem zuSAMmenhang [I: durch die ausgefochtenen KÄMpfe] JA! JA (.) also so dieses so ja lass ich mir NICHT gefalln und ich kriegs TROTZdem hin (2) KLINGT me:rkwürdig wenn ich mir das jetzt SELber so anhör, aber IS so:, (Interview 2, Pos. 54)

Sie hat Stigmatisierungen erlebt, die Stigmata für sich abgelehnt, sich durchgeboxt und tritt nun erneuten Zumutungen selbstbewusster gegenüber. Beispielsweise hat sie ihre Ehrfurcht gegenüber Psychiatern verloren (Pos. 56). Das kann einerseits als Paradox der Selbststigmatisierung (Corrigan & Watson, 2002, vgl. Abschnitt 2.1, S. 4) gelesen werden. In einem Kontext von Empowerment kann man aber auch von Selbstwirksamkeitserfahrungen sprechen, an denen sie gewachsen ist.

6.4 Beschweren und Macht

Im Folgenden unternehme ich den Versuch, die Machtstrukturen und -beziehungen zu sezieren, innerhalb derer die Interviewpartner*innen ihre beschwerde(un)würdigen Erfahrungen gemacht haben und freizulegen, welche Rolle Macht im Kontext von Beschweren spielt. Dafür untersuche ich zunächst, in welchem Maße die erfahrenen Institutionen als totale Institutionen wirken. Danach nutze ich die Foucaultschen Kategorien von souveräner Macht, Disziplinarmacht und Gouvernementalität zur Diskussion der berichteten Erlebnisse und gehe danach explizit auf die Rolle von Wissen ein. Zum Schluss diskutiere ich, welche Auswirkungen eine Beschwerde auf das Machtgefüge hat: Die Beschwerde als Gegenmacht.

6.4.1 Psychiatrische Einrichtungen als totale Institutionen?

Goffmans Untersuchung einer totalen Institution trägt die Züge eines Idealtypus (Goffman, 2018a, S. 17): Sie sind nie komplett verwirklicht, und auch nicht totale Institutionen können totale Züge tragen. Im Folgenden wird sich zeigen, dass viele Elemente einer totalen Institution in den Interviews nachgewiesen werden können und was das für die Interviewpartner*innen bedeutet.

Alle Interviewpartner*innen, die schon stationär untergebracht waren, berichten von Situationen, in denen sie sich ausgeliefert fühlten. Die Atmosphäre habe ich als Interviewende oft als beklemmend, teilweise kafkaesk wahrgenommen. Ich erhielt einen Eindruck der Ausweglosigkeit und „nichts tun zu können“. Diesen will ich im Folgenden darstellen, bevor die einzelnen Elemente totaler Institutionen näher beleuchtet werden sollen.

Interviewpartnerin 2 wurde auf Beschluss untergebracht und behandelt: „u:nd DA ist man eigentlich SCHON ausgeliefert [I: okay] ja, das IST dann auch so“ (Interview 2, Pos. 22). Sie erlebte sich sowohl ihrer Symptomatik, der Angst (Pos. 71) und den Nebenwirkungen (Pos. 77)

ausgeliefert als auch dem Personal (Pos. 10): „das is=en zuSAMMenspiel glaub=ich aus system und KRANKheit.“ (Interview 2, Pos. 10).

Besonders beklemmend wirken die Schilderungen der Interviewpartnerin, in denen sie komplett orientierungslos ist und zunächst ohne ihr Wissen Medikamente verabreicht bekommt. (Auch später wird sie oft nur unzureichend – und teils durch Mitpatient*innen – aufgeklärt.) Sie kann ihren Zustand nicht einordnen: Wo bin ich, was geschieht mit mir? Woher kommen die Symptome? Was davon ist die Psychose, was davon sind Nebenwirkungen der Medikamente? Welche Symptome werden wieder abklingen, welche bleiben? (Pos. 10, 77) Und schließlich die bange Frage: „komm ich hier je wieder RAUS (.)“ (Interview 2, Pos. 10).

Interviewpartnerin 3 berichtet von Nutzer*innen, die medikamentös ruhiggestellt werden, wenn sie Unzufriedenheit äußern: „wenn du wenn du wenn du verSUCHST dich irgendwie: äh zu beSCHWERn und zu SAgen, na hier LÄUFT doch was verKEHRT, (.) dann RUfen=se dein psychiAter an und sagen du hast den: beZUG zur realiTÄT verlorn. (1) brauchst mehr taBLEtten.“ (Interview 3, Pos. 266). Ihre Gefühlslage thematisiert sie, wenn sie die Beschwerde als „AKT der- der toTAlen verZWEIFlung“ (Interview 3, Pos. 351) beschreibt. Dabei ist die Aufgabe eines betreuten Wohnens nicht, die Nutzer*innen vor der Gesellschaft abzuschirmen (vgl. ebd., S. 15–16), sondern sie im Gegenteil möglichst weit in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen dabei die nötige Unterstützung zu gewähren. Gleichwohl entwickelt die von Interviewpartnerin 3 beschriebene Einrichtung totale Züge.

Interviewpartner 6 zeigt eine starke Resignation, die ich auf ein Gefühl von Ausweglosigkeit zurückführe. Er sah beispielsweise keinen Sinn darin, sich zu beschweren oder auch nur darauf aufmerksam zu machen, dass er sich nicht gut versorgt fühlt: „ähm (1) naJA, (.) das HÄTTe ja dann auch was BRINGen müssen und ich glaub das BRINGT nix weil das konZEPT einfach so ANgelegt is [I: hmhm.] von diesen von diesen staTIONen, die KÖNNen da ja net äh (.) das konZEPT <<lacht> wegen mir umstellen;>“ (Interview 6, Pos. 32).

Während Interviewpartnerin 1 in geschlossener Unterbringung früher durchaus rebelliert und auf ihren Rechten beharrt hat, würde sie das heute nicht mehr tun.

a:ber das FAZit was auch immer bei [Selbsthilfegruppe in Mittelfranken, M.P.] de [Mitarbeiterin der Selbsthilfegruppe, M.P.] mal gesagt (.) je ANgepasster man sich in der (.) psychiatrie benimmt; (.) desto besser GEHTs einem. (1) [I: mh] also da IRgendwelche MEInungen zu erzä:hln is SINNlos. (2) oder auf RECHten zu beharren. (Interview 1, Pos. 94)

Sie empfindet Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, noch vermehrt dadurch, dass sie auf kein unterstützendes soziales Umfeld zurückgreifen kann: „da auf irgendwelchen RECHten zu pochen wenn man kein HILFskommando hat das die für einen DURCH setzen kann: is man (1) AUSgeliefert. (3) dann polarSIERT man nur.“ (Interview 1, Pos. 96). Insgesamt ist ihre Stimmung hoffnungslos: also ich FIND die situatION is:=is depriMIERnd (1) also ich: HAB mich auf der geSCHLOSSnen eigtlich IMmer a=als: ziemlich RECHTlos empfunden“ (Interview 1, Pos. 134).

Überwachen

Ein wichtiges Element der totalen Institution ist die *Überwachung* der Insassen, die teils in privateste Verrichtungen eingreift. In der Klinik auf geschlossener Station wird das

Überwachen in unterschiedlichem Maße realisiert. Wer im Akutzustand neu auf Station kommt, wird zunächst einmal im Beobachtungsraum untergebracht:

I: das beOBachtungszimmer: ä- HEIßt es: (.) irgendwie NAH am SCHWESTern-zimmer damit mer SIEHT dass sie sich {{gleichzeitig} (??)}

P2: {{gleichzeitig} die ha:ben soGAR} da so=n richtiges- so ne richtige SCHEibe wie mer sich das VORstell:t äh IS aber in JEder station ANders (Interview 2, Pos. 72-73)

Verlegt auf ein normales Zimmer, ist trotzdem eine Überwachung jederzeit möglich: „das ZIMmer konnte mer net AB sperren (1) ähm (1) DArüber: war ich SCHON sauer: ne?=also (.) da HATT=ich keine priVATsphäre mehr (.)“ (Interview 7, Pos. 5).

Strafen: Zwangsmaßnahmen und Medikation

Ein Element einer totalen Institution ist die Möglichkeit, Verhalten, was im Sinne der Institution als Fehlverhalten gedeutet wird, zu *bestrafen* (ebd., S. 56). Unter diesem Aspekt diskutiere ich hier Zwangsmaßnahmen und -behandlungen, Foucaults Einwand im Hinterkopf, dass Strafen in der Psychiatrie als Behandlung bzw. Heilmethoden beschrieben werden (vgl. Abschnitt 2.2.1, S. 6).

Genau in diesem Sinne deutet Interviewpartnerin die erlebten Fixierungen und die Zwangsmedikation (eingehender beschrieben in Abschnitt 5.2, S. 48): „und dann bin ich sehr oft fIXIERT worden; weil ich zu reniTENT war. [I: okay] also zu viel Widerworte gegeben hab“ (Interview 1, Pos. 82). Sie beschreibt Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen:

[andere Einrichtung, M.P.] {{gleichzeitig} WO:- da hab ich} mich AUCH lange oder oft geWEIgert medikaMENte zu nehmen (1) u:nd=hab draufHINgewiesen dass ich nicht SELBST oder FREMDgefährdend bin=und se ham se mir immer wieder ANgeboten aber dann: keine ZWANGSbehandlung. einge- (.) und HIER in BAYern: wenn die meinen man BRAUCHT medikaMENte dann kriht man die. (Interview 1, Pos. 36)

Interviewpartnerin 2 ist nicht selbst fixiert worden, hat aber Fixierungen an Mitpatient*innen erlebt. In einer solchen Situation, als die fixierte Patientin schrie, war sie selbst unruhig und voller Angst. Das Personal der Station hat daraufhin diskutiert, ob sie selbst auch fixiert werden sollte „weil ich die AB:läufe halt auch geSTÖRT hab=also ich bin halt IM:mer wieder in dieses: ähm: SCHWESTernzimmer, (.) und die konnten dann ja AU nich in RUhe Arbeiten“ (Interview 2, Pos. 71). Schließlich habe man beschlossen, sie sei schlicht von der Fixierung nebenan verunsichert und hat sie vorzeitig aus dem Beobachtungszimmer auf ein anderes Zimmer verlegt. Dass sie nicht fixiert worden sei, schreibt sie der Natur ihrer Psychosen (und damit dem Glück) zu: sie werde vor allem ängstlich.

es hätte ja auch sein können dass ich- m=manche äh- SIND ja aggressiv dann, (.) also es ä=ÄUßert sich ja Anders es ist=jetzt auch kein: was mich AUSzeichnet, bei MIR hat sich das eher (.) immer in ÄNGSTlichkeit- (.) und DA war dann die entSCHEIdung ANDersrum. es hätt naTÜRlich auch Anders sein können wenn ich jetzt da mords randaLIER (.) oder was, dann: (.) aber SO (.) toi toi toi (1) IS glaub=ich keine erFAHRung die man braucht. [I: ja] unbedingt. (Interview 2, Pos. 75)

Interviewpartnerinnen 1 und 2 haben also Zwangsmaßnahmen auf der geschlossenen Station erlebt, ein zentrales Element einer totalen Institution. Das Klima, das die Möglichkeit von Zwang immer vor Augen führt, ist ebenfalls kennzeichnend dafür.

Interviewpartnerin 3 berichtet aus dem betreuten Wohnen von Druck, Drohungen und Verschleierungen:

(.) es ist ne diktaTUR geworden mit der frau [p, M.P.]. (3) also (2) die frau [P, M.P.] hat ne MEInung und die wird UMgesetzt. und wem das nicht PASST, der muss GEHN. (1) sowohl von MITarbeitern: also auch- also: v:on den (2) zu be-TREUenden, die WÜRde sie am liebsten AUCH gerne rausSCHMEIßen, kann aber nicht. weil sie ja ne beTREUte EINrichtung ist. (2) <<lacht>> (Interview 3, Pos. 161–162).

Auch die ambulante Medikation und das Verhältnis zum niedergelassenen Psychiater kann eine (Un-)Möglichkeit darstellen, sich zu beschweren: Nämlich dann, wenn der Wille sich zu beschweren „medikamentös wegtherapiert“ werden soll, wie sie von anderen Nutzer*innen, aber auch sich selbst berichtet:

P3: und äh- wenn du wenn du wenn du verSUCHST dich irgendwie: äh zu be-SCHWERn und zu SAgen, na hier LÄUFT doch was verKEHRT, (.) dann RU-fen=se dein psychiAter an und sagen du hast den: bezUG zur realiTÄT verlorn. (1) brauchst mehr taBLEtten.

I: !NICHT! ernsthaft.

P3: DOCH. (.) [I: das ist !PASSIERT!] ja schön !ÖF!ter; (.) !RE!gelmäßig. (1) BLÖD bloß, dass ich VORher meine ÄRZTin darüber inforMIERT hab was hier läuft (.) [I: mhmh] (.) und ähm: (.) SIE dann darauf nicht EINgegangen ist.

I: aber bei ANDern hat das schon geklappt, dass die dann EINFach in der- (1) dass die EINFach mehr de- medikaMENte gekriegt haben [P3: !JO!] (1) und die medikaMENte die seDIERN ja auch n bisschen. oder?

P3: na die machen vor allem ziemlichen MATSCH aus deinem- (.) also diese neu-roLEPtika halDOL: und: (2) wie sie alle HEIßen, <<Räuspern>> die machen schon ganz schön auch MATSCH aus der BIRne. (2)

I: das HEIßt das (1) pasSIERT hier: im betreuten WOHNen für psychisch KRANKe, WEIL mans mit DENen machen kann. [P3: !JA!] (2)

P3: DAfür gibts ja nen psychiAter (2) und der: (2) verTRAUT ja (.) der (.) der (.) frau [P, M.P.]; (.) wenn sie sagt der hat den bezUG zur realiTÄT verlorn. (1) und dann teilt (.) entSPREChend der medikaMENte aus.

I: u:nd die: sprechen dann NICHT vorher mit den LEUTen? oder- (.) SPREchen {{gleichzeitig} (??)}

P3: {{gleichzeitig} JA aber: (2)} (2) GRAde wenns um realiTÄTsverlust geht isch das {{Stimme süß, ironisch} ja NICH immer so EINdeutig.} (Interview 3, Pos. 266–274)

Sie konnte für sich selbst verhindern, dass ihre Medikation verändert wurde, berichtet aber von einer Nutzerin, die das nicht konnte:

die [AAA, M.P.], die HAT ja; (1) die hat DREimal täglich halDOL !UND! clozapin (.) also die is- die is WEGgebügelt bis zum GEHT nicht mehr. (2) <<Räuspern>> dann hat sie irgendwie: EINmal verSUCHT mit dem: (2) mit der wG-leitung dann zu re:den dass ihre medikaMENte so viele NEbenwirkungen ham; (.) dann SIN=die zum ARZT gerannt, dann hat sie NOCH mehr bekomm. (2) <<lacht>> (Interview 3, Pos. 287)

Auch über die Androhung, Nutzer*innen auf die Straße zu setzen, wenn sie sich beschwerten, berichtet die Interviewpartnerin (Pos. 131). Mit dem Patient*innenwohl kann an dieser Stelle nicht mehr argumentiert werden, vielmehr trägt hier die gemeindepsychiatrische Einrichtung Züge einer totalen Institution. Indem die Vorgänge anderen Nutzer*innen bekannt werden, wirkt das Aufdosieren der Medikamente als Bestrafung für ein Auflehnen doppelt: Die betreffende Person wird einerseits ruhiggestellt und dient den anderen Nutzer*innen gleichzeitig als abschreckendes Beispiel und als Mahnung, sich lieber nicht zu beschweren. Aus dem Interview geht nicht hervor, ob diese Erlebnisse Teil der Beschwerde der Interviewpartnerin 3 beim Bezirk sind; die Nutzerin, von deren Medikation sie berichtet, scheint nicht zu einer Beschwerde in der Lage gewesen zu sein.

Kontrolle der Sozialkontakte

Eine *Kontrolle der Sozialkontakte* ist ein wichtiges Kennzeichen einer totalen Institution (ebd., S. 25). Eine Kontaktbeschränkung nach außen ist in der geschlossenen Einrichtung in weitem Maße realisiert. Aber auch nach innen werden die Kontakte gesteuert, beispielsweise bei Gruppentherapien:

DANN noch irgendwelche geSPRÄCHSgruppen, wie gesagt da fiel mers dann AUCH immer schwer, (.) DA: äh äh VO:R (.) ja, ACHT LEUten oder WAS auch IMMer zu REDen, (.) U:nd (2) WENN=de da EHer so der zuRÜCKhaltende typ bist ähm: der dann PLÖTZlich aus sich RAUS gehen soll und über sein ganzes LEben reden sollte, (.) das WAR für mich FAST schon immer unMÖGlich eigentlich. (Interview 6, Pos. 38)

Dieser erzwungene Kontakt kann etwas Entblößendes, Beschämendes, Demütigendes haben. Unterstützende Peer-Kontakte erlebte Interviewpartner 6 es auf der geschlossenen Station nicht, auf der offenen Station nur in geringem Maße (vgl. Abschnitt 6.1.2, S. 76).

Interviewpartnerin 1 berichtet nicht von unterstützenden Gesprächen mit Mitpatient*innen, sie kenne noch nicht einmal ihre Namen. Stattdessen tauchen Mitpatient*innen in ihrer Erzählung auf, die die Pfleger*innen aufrufen, die Interviewpartnerin zu fixieren:

[Ich hab, M.P.] mit den MITpatienten heiße diskussiON: angezettelt un die ham dann schon geschrien <<lachend> fiXIERT sie (.)[I: NEIN;] (.) doch (1)

I: ihre MITpatienten ham dann geschrien (.) fiXIERT sie;

P1: weil ich den auf die NERven gegangen bin.

I: mit ihn diskussiONen.

P1: jaja (4) (Interview 1, Pos. 86–90)

Hier zeigt sich eine Struktur, wie sie Goffman als typisch für totale Institutionen vorstellt: Während Interviewpartnerin 1 einen „kompromisslosen Standpunkt“ gegenüber der Klinik einzunehmen scheint, wirken die Mitpatient*innen als „Konvertierte“ (ebd., S. 66–67) und es entwickeln sich Beziehungen zwischen den verschiedenen Patient*innen, wie sie außerhalb des Machtbereichs einer totalen Institution nie zustande gekommen wären.

Im betreuten Wohnen bei Interviewpartnerin 3 wird ebenfalls versucht, Kontakte innerhalb der Einrichtung zu steuern, diesmal jedoch im Sinne einer Beschränkung der Kontakte untereinander: Interviewpartnerin 3 berichtet, dass ihr Betreuungsvertrag von der Einrichtung gekündigt wurde. Sie wertet das als Versuch, ihren Kontakt mit anderen Nutzer*innen zu minimieren:

I: das heißt SIE haben (.) die beTREUung geKÜNdigt? oder ham den verTRAG gekündigt und müssen dir: äh: nen: UNtermietvertrag anbieten, weil sie dich nicht RAUSSchmeißen können.

P3: !RICH!tig. (2) [I: was HEIßt das jetzt?] ich bin- ich bin ja UNbequem. ICH ich hab ja konTAKT mit dem beZIRK. (.) UN mit den andern LEUTen die hier WOHNen. (1) und ich sag den ANDern wenn euch was nicht PASST geht zum beZIRK und beSCHWERT euch. [I: okay.] (1) und das HAM jetzt auch schon MEHrere geTAN. [I: okay;] (1) und: ähm: deswegen liegt da beim beZIRK grad nicht nur EIne beSCHWERde sondern MEHrere. (2) (Interview 3, Pos. 79)

In einem anderen Konflikt wurde der Mutter der Interviewpartnerin Hausverbot in der Wohngemeinschaft ihrer Tochter erteilt (Pos. 89). Inwiefern das den Kontakt einschränken sollte, bleibt offen. In dieser Hinsicht war es jedenfalls nicht wirksam, die beiden verabredeten sich eben außerhalb der Wohngemeinschaft (Pos. 175); möglicherweise ging es schlicht um eine Machtdemonstration.

Interviewpartnerin 2 hatte stets ein unterstützendes soziales Umfeld. Trotzdem war es als Ermöglichungsfaktor einer Beschwerde nicht wirkmächtig genug, dass Interviewpartnerin 2 sich auf der Akutstation hätte beschweren können (vgl. Abschnitt 5.5.7, S. 64).

Looping

Goffman beschreibt als *Looping* (ebd., S. 43), wenn jede Äußerung von (in diesem Fall) Patient*innen als Bestätigung ihrer Krankheit verstanden wird. Diese Reduktion der Person auf ihre Diagnose beschreibt Interviewpartnerin 2 eindrücklich. Sie erzählt von einer im Grunde alltäglichen Situation auf der geschlossenen Station, als eine Schwester sie an einen Termin erinnert und sie antwortet, dass sie sich dessen bewusst ist und kommen würde. Dabei spricht sie im Plural und meint damit sich und ihren Mitpatienten, der allerdings nicht selbst an der Interaktion teilnahm. Die Schwester bezieht diese Äußerung sofort auf die Störung der Interviewpartnerin und unterstellt ihr indirekt ein psychotisches Erleben:

da wurde alles auf die GOLDwaage gelegt, was ich geSAGT hab=also da war dann auch mal son: MEETING zwischen: ARZT und PATIENTen (.) und sagt die: SCHWESter so JA:, also jetzt is gleich diese verANstaltung: ähm: (.) ich so jaJA, wir KOMmen gleich. und dann schaut sie mich so AN, {{zackig} ja WIR, wer ist denn WIR?} und ähm mein MITpatient war eben noch auf toilETte, und NUR weil ICH quasi als psyCHOsepatient (.) sag (.) WIR (1) und da war nur ich DA, sozusagen, wird das dann gleich- also da WIRDs: !JA!, SCHWIErig- also e=emPFIND ich (.) als GANZ ganz SCHWIErig, wenn da alles so:, (.) (Interview 2, Pos. 85)

An dieser Stelle könnte man mit Goffman von „Rahmen setzender Macht“ sprechen, die Schwester nimmt eine sekundäre Rahmung vor (Zwengel, 2012, 295f.). Damit stigmatisiert sie gleichzeitig und übt Macht aus, was die Interviewpartnerin auch deutlich spürt und als „GANZ ganz SCHWIErig“ betont. Auch wenn Nutzer*innen, die sich über Nebenwirkungen von Neuroleptika beschweren, Realitätsverlust attestiert und die Dosis erhöht wird (Interview 3, Pos. 266–274, vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 99), kann das als Looping gewertet werden.

Über diesen Mechanismus, in jeder Äußerung der Patient*innen eine Bestätigung für ihre Störung zu sehen, liefert die Institution sich selbst ihre Legitimationsgrundlage: Sie zeigt jeweils, dass die Person zu Recht in der Klinik untergebracht ist⁷⁷.

Informationen vorenthalten

Die Interviewpartner*innen beschreiben, dass ihnen oft Informationen vorenthalten werden. So berichtet Interviewpartnerin 2 von ihrem ersten Klinikaufenthalt:

beim ERsten: mal da ham=sie: m:ir medikaMENte gegeben ohne mir das zu SAGen, (.) das war dann einfach <<lacht> mit im geTRÄNK sozusagen> [...] da wurde mir das nicht geSAGT; (.) ähm: (.) und DA hab ich dann eben erst geMERKT weil mein ZEH sich so verbogen hat, klingt auch KOmisch, da hab=ich irgendwie geDACHT es=es=es STIMMT was nicht, weil das geht auch so ALLgemein auf die moTOrik, [...] (.) und DA dachte- und ich konnt nich mehr richtig SPREchen, also das ist auch so ne typische halDOL(.)nebenwirkung. (Interview 2, Pos. 77)

Erstaunlich in diesem Zusammenhang ist, dass auch Interviewpartnerin 3 von dem *ambulanten* betreuten Wohnen Zustände beschreibt, die in vielen Zügen einer totalen Institution gleichen. Sie berichtet, wie Nutzer*innen gezielt über sozialrechtliche Strukturen im Unklaren gelassen werden. Wer eine rechtliche Betreuung habe, kenne beispielsweise seine Bescheide über die Eingliederungshilfe nicht und wisse damit auch nicht, dass der Bezirk für Beschwerden zuständig sein könnte:

ähm: sie verSUCHen das zu verSCHLEIern indem sie eben: (.) nur noch LEUte nehmen die ne RECHTliche betreuung bereits HAben, (1) un=dann die RECHtliche betreuung (.) den: äh: beSCHEID, dasch der bezIRK die KOSCHten übernimmt. (.) und dann WISSEN sie GAR nichts, von wem: (.) WER beim bezirk ihr ANsprechpartner ist. (Interview 3, Pos. 193)

Die Einrichtung nimmt gezielt Einfluss darauf, ob die Nutzer*innen unter rechtlicher Betreuung stehen (vgl. Abschnitt 6.3.2, S. 93) – nach Vermutung der Interviewpartnerin sollen so wahlweise Informationen vorenthalten oder aber Unterstützung versagt werden.

Goffman beschreibt, dass totale Institutionen vor allem für die betreffenden Personen *relevante* Informationen vorenthalten (vgl. Goffman, 2018a, S. 20), insbesondere über die ihnen zuteilwerdende Behandlung. Sowohl die Klinik, in der Interviewpartnerin 2 untergebracht wird, als auch das betreute Wohnen von Interviewpartnerin 3 erfüllen damit eines der zentralen Kriterien totaler Institutionen. Indem den Betroffenen Informationen vorenthalten werden, wird ihnen auch Selbstwirksamkeit entzogen (vgl. ebd., S. 49–54).

Privilegiensystem

Goffman beschreibt *Privilegiensysteme* in totalen Institutionen als Abwesenheit von Entbehrungen (ebd., S. 56). In der geschlossenen Station untergebracht, dürfen Psychiatrie-Erfahrene die Klinik nicht verlassen und nicht selbst über ihre Freizeit entscheiden. Die Selbstverständlichkeit, ein Café besuchen zu können, wird zur Entbehrung, wenn sie an der Stationstür scheitert. Interviewpartnerin 2 beschreibt es als Privileg, als sie auf dem Klinikgelände einen Kaffee trinken darf: „da war ich der KÖNig (.) der WELT dass ich da nen KAFFEE

⁷⁷ Eine eindrucksvolle Beschreibung dieses Mechanismus in psychiatrischen Kliniken von Rosenhan (1973) scheint sich allerdings mittlerweile als Fälschung herausgestellt zu haben (Cahalan, 2019).

trinken konnte“ (Interview 2, Pos. 16). Sie beschreibt dieses Zugeständnis nicht im Sinne von erarbeiteten Privilegien, die ihr vom Personal gewährt werden, wie es von Goffman angedacht war, sondern aufgrund eines Vertrauensverhältnisses zum Arzt (Pos. 16). Die Machtverhältnisse wirken in der Beschreibung der Interviewpartnerin „menschlich“ (Interview 2, Pos. 16) – und damit viel subtiler.

6.4.2 Souveräne Macht

Souveräne Macht im Foucaultschen Sinne ist Macht über den Körper, gegen den Willen der Unterworfenen. Die den Interviewpartner*innen widerfahrenen Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen fanden auf geschlossenen Stationen oder im betreuten Wohnen statt und kennzeichnen deren Charakter als totale Institutionen; daher habe ich sie im entsprechenden Kapitel beschrieben (vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 99).

War souveräne Macht für die Anstaltspsychiatrie noch der vorherrschende Machtypus (Polat, 2011, S. 64), so verzichtet die heutige Sozialpsychiatrie überwiegend darauf, behält sich aber jederzeit die Möglichkeit vor, Menschen an die Polizei oder psychiatrische Kliniken zu verweisen und damit wiederum souveräner Macht zu unterwerfen (Quindel, 2000, S. 12). Institutionen des psychiatrischen und psycho-sozialen Hilfesystems greifen also auf souveräne Macht zurück, wenn die Mechanismen der Disziplinarmacht und der Gouvernementalität nicht mehr greifen, weil die Individuen der Macht nicht zustimmen. Insofern kann sich in einem solchen Rückgriff auch eine Ohnmacht ausdrücken, der nicht zwangsläufig auch eine böswillige Intention unterstellt werden muss. In diesem Sinne lässt sich Thomas Bock verstehen: „also wir ham: MAchen ja ZWANGSmaßnahmen !NICH! (1) im: !WOHL!gefühl der !MACHT! und weil wir: alles BESSer wissen, sondern !AUS!- auch oft AUCH aus einer !NOT! heraus;“ (Interview Thomas Bock, Pos. 12). Es wäre sicher verfehlt, der*dem einzelnen Psychiater*in zu unterstellen, dass sie ihren Beruf ausüben, um Macht zu haben und Zwang ausüben zu können, wie es Foucault zum Teil zu unterstellen scheint (vgl. Abschnitt 2.2.1, S. 6). Um so mehr muss die strukturelle Asymmetrie im Hilfesystem reflektiert werden und um so mehr muss nach Wegen gesucht werden, diese strukturelle Asymmetrie zu kompensieren. Eine Möglichkeit (notwendig, aber längst nicht hinreichend) dafür wäre, Beschwerden von Betroffenen zu ermöglichen – beispielsweise mit unabhängigen Beschwerdestellen.

6.4.3 Disziplinierende und normalisierende Macht

Disziplinierende Macht findet sich in den Rahmenbedingungen der jeweiligen Erzählungen: Welche Strukturen hat das psychiatrische Versorgungs- und das psychosoziale Hilfesystem? Aber auch in der Diagnose wird Macht angewandt, Interviewpartner*innen berichten von Überwachung und die Entscheidung, ob eine Beschwerde legitim ist oder zurückverwiesen wird, ist Disziplinarmacht. Hier wird Macht produktiv, und hier unterscheiden sich die Berichte der Interviewpartner*innen und die Bedingungen, denen sie unterworfen sind, deutlich.

Die Macht steckt in der Struktur

Strukturen sind geronnene Machtverhältnisse. Ob eine Station offen oder geschlossen geführt wird (vgl. Interview 6, Pos. 22), welche Behandlungen angeboten und finanziert werden (vgl. Interview 6, Pos. 22), wie das Beobachtungszimmer eingerichtet ist und wie lange die

Patient*innen bei ihrer Aufnahme im Regelfall dort verbleiben (Interview 2, Pos. 71–73, vgl. Abschnitt 6.4.1, S. 98), ist rahmensexzende Macht.

Ob eine Psychiatrie-erfahrene Person einer rechtlichen Betreuung unterstellt wird und welche Befugnisse die Betreuungsperson dann hat (vgl. Interview 1, Pos. 19), ist ebenfalls rahmensexzende Macht. Für Interviewpartnerinnen 1 und 3 übernimmt die Betreuung jeweils eine fremde Person, für Interviewpartnerin 2 sind es die Angehörigen. Damit muss sie vergleichsweise wenig Autonomie aufgeben, gleichzeitig profitieren Interviewpartnerinnen 1 und 3 auch von der Fachkompetenz ihrer Betreuerinnen (Interview 1, Pos. 48; Interview 3, Pos. 318). Für Interviewpartnerin 1 bedeutet die Betreuung gleichzeitig aber auch, an den Stellen ausgeliefert zu sein, wo sie von ihrer Betreuerin keine Unterstützung erfährt: Beim Beschweren über die Zwangsbehandlung oder bei ihrer Selbstbestimmung in der medikamentösen Behandlung (Pos. 19, 108).

Es zeigt sich auch Macht darin, wie Gegenmacht strukturell ausgestattet ist. Interviewpartnerin 3 hat als einzige Kontakt zu einer Beschwerdestelle: Im Umfeld von Interviewpartnerinnen 1 und 2 gibt es keine, Interviewpartnerin 4 ist sich nicht dessen bewusst, dass es in ihrer Stadt eine Beschwerdestelle gibt, und Interviewpartner 6 würde sich nicht beschweren.

Strukturen als rahmensexzende Macht scheinen dabei einem Beschweren entzogen zu sein. So nimmt Interviewpartner 6 wahr, dass er an den Rahmenbedingungen nicht viel verändern kann: Das Konzept der Behandlung steht fest, ob das in der geschlossenen Station ist, wo er keine Behandlung erfährt (Pos. 12) oder auf der offenen, wo er die Behandlungen schon kennt und keine weiteren Impulse von ihnen erwartet (Pos. 38). Daher würde er mit einer Beschwerde nichts ausrichten:

ähm (1) naJA, (.) das HÄTTe ja dann auch was BRINGen müssen und ich glaub das BRINGT nix weil das konZEPT einfach so ANgelegt is [I: hmhm.] von diesen von diesen staTIONen, die KÖNNen da ja net äh (.) das konZEPT <<lacht> wegen mir umstellen; > (Interview 6, Pos. 32)

Die Macht der Diagnose

Auch in der Diagnose zeigt sich Daten setzende, inkludierende Macht. Die Diagnose löst einerseits eine Behandlung aus und wirkt in diesem Sinne produktiv. So erwartet Interviewpartner 6, dass mit einer Borderline-Diagnose eine Behandlung stattfindet, die dann auch hilft⁷⁸: „naJA, ähm: zum BEispiel so BORderliner oder so weiter, da GIBTS ja konzepte. (.) also: [I: hmhm.] die WÜRden da sicherlich: (1) HILfe beKOMMEN, !KLAR!.“ (Interview 6, Pos. 74).

Andererseits erleben die Interviewpartner*innen, dass die Diagnose und die verbundenen Zuschreibungen stigmatisierend wirken und auch einem Beschweren im Weg stehen (vgl. Abschnitte 6.3.3 und 6.3.4). Interviewpartnerin 3 gibt ein Stereotyp wieder, dass Psychose-Erfahrene besondere Schwierigkeiten hätten, ernst genommen zu werden:

⁷⁸ Die konkreten Schwierigkeiten, überhaupt zu erfahren, dass es Dialektisch-behaviourale Therapie gibt und dann auch noch an einen Therapieplatz zu kommen, unterschätzt er an dieser Stelle (vgl. Armbrust und Link, 2015).

also ich GLAUB wenn man da jetzt WIRKlich ne ähm: (2) um schizophreNIE, pa-ranoIde schizophrenie hat, (.) die auch SO aufm paPIER steht, (.) das HEIßt ja (.) äh realiTÄTSverluscht, ähm (.) kann (.) s=GRÜne vom BAUM erzählen, (.) da MUSCHT=e da schon ZIEMlich lange hinterFRAgen. (.) WASCH da WAHRheit isch und was (1) {{abgehackt} was quasi nur in (.) dem geHIRn} sozusagen stattfindet. (Interview 3, Pos. 278)

Psychose-Erfahrene sind besonders einem Dispositiv von Gefährlichkeit und Unglaubwürdigkeit unterworfen (vgl. Abschnitt 6.4.5) und damit von Stigmatisierung betroffen (Interview 1, Pos. 43; Interview 2, Pos. 28, 48; vgl. Finzen, 2013; Angermeyer & Matschinger, 2003).

Macht durch Überwachung

Foucaults Paradebeispiel einer Disziplinarmacht war das überwachende Panopticon (vgl. Abschnitt 2.2.1, S. 6). Interviewpartnerin 7 berichtet, dass es sie gestört hat, dass sie auf der geschlossenen Station ihr Zimmer nicht abschließen konnte und damit keine Privatsphäre hatte (Pos. 5). Interviewpartnerin 1 kam auf der geschlossenen Station ihr BGB abhanden (Pos. 100), auch das kann als Moment von Überwachung und Verunsicherung gelesen werden. Entscheidend ist dabei nicht die tatsächliche Überwachung, sondern das Bewusstsein, überwacht werden zu können, das zu Verunsicherung führt und Betroffene dazu bringt, sich so zu verhalten, als würden sie tatsächlich überwacht.

Ist die Überwachung in einer totalen Institution sehr leicht möglich, kann im ambulanten Bereich weniger intensiv überwacht werden⁷⁹. Damit könnte die Beobachtung zusammenhängen, dass Klinikärzte einer Reduktion von Medikamenten gegenüberstehen als niedergelassene Psychiater (Zaumseil & Terzioglu, 2004, S. 255), wie Interviewpartnerin 2 berichtet:

dann hab ich eben in der KLInik angerufen=die ham mir so=n BISSchen was an die HAND gege:ben wie mer=s denn (.) TIMen KÖNNte und dann HAB ichs halt !OH!ne arzt ABgesetzt [...] DAS ist zum BEIspiel so im ambuLANten berei:ch wo mer sich UNheimlich DURCHboxen muss (Interview 2, Pos. 28)

Machtvolle Zuschreibung: Blaming the victim

Wenn sich eine Person über erfahrenes Unrecht beschwert, ist es ein machtvoller Akt, den „Spieß umzudrehen“ und die Verantwortung für die Zu- bzw. Missstände an diejenige Person zu verweisen, die ihre Unzufriedenheit äußert. Interviewpartnerin 7 beschreibt genau das:

und das ist dann AUCH oft passiert, wenn=mer: ne beschwerde HATte, oder sich mal überLEGT hat (.) ähm: ich HÄTTes: gerne Anders, (.) NE das is ja DEI problem. (.) des is ja IHR problem, ja? SETzen sie sich DAmit auseinANder, ja? (.) es is (.) äh:m (1) ja. (1) SIE sin ja HIER um was: (.) für SICH zu (.) ÄNdern. (.) (?) also SETZen sie sich damit auseinANder.???) (Interview 7, Pos. 7)

Auch Interviewpartnerin 2 berichtet von Gelegenheiten, bei denen sie sie unter den Nebenwirkungen der Neuroleptika litt und sich auf einmal selbst mit Vorwürfen konfrontiert sah, sie bewege sich so viel, um schlank zu bleiben (Pos. 85). Interviewpartnerin 3 soll am Zustand ihrer Wohnung selbst schuld sein (sie und ihr Partner lüfteten zu wenig, atmeten zu viel und die Wohnung sei überbelegt, Pos. 4, 147) und sie erzählt, dass Nutzer*innen, wenn sie Unzufriedenheit äußerten, überzogene Ansprüche vorgeworfen wurden (Pos. 109).

⁷⁹ Die Privatsphäre als Freiraum der Überwachung geht allerdings durch Mechanismen der aktuellen Digitalisierung immer weiter verloren (Zuboff, 2018). Schrittzähler und Fitness-Tracker weisen die Richtung.

In der Definition, welche Beschwerde und welcher Anspruch legitim ist, was eine Einrichtung zu leisten habe und was die Patient*innen und Nutzer*innen mitzuwirken haben, zeigt sich die Daten setzende Macht. Sie ist im Dispositiv verankert (bspw. in Form von Gesetzen), wirkt aber jeweils situativ: Unterstützt ein Angehöriger eine Beschwerde? Rät die*der Mitarbeiter*in der Beschwerdestelle dazu, die Beschwerde an den Bezirk weiterzuleiten? Und nimmt die Fachkraft, über die man sich beschwert, die Kritik an, oder weist sie sie zurück? Die Folgen sind jeweils unterschiedlich, abhängig davon, welche Position die Personen im System einnehmen.

6.4.4 Gouvernementalität

Gouvernementalität wirkt als Selbst-Management (vgl. Abschnitt 2.2.1, S. 7). An welchen Stellen zeigt sich, dass die Interviewpartner*innen zum „unternehmerischen Selbst“ werden? Als Beispiele diskutiere ich im Folgenden die Selbststigmatisierung als ein Moment des Selbst-Management und den Umgang der Interviewpartner*innen mit ihren jeweiligen Diagnosen.

Selbststigmatisierung als Akt des Selbst-Management

Selbststigmatisierung, wie es in Abschnitt 6.3.4 beschrieben wird, kann zu einem Element der Gouvernementalität werden: Betroffene übernehmen das herrschende Stereotyp über die Gruppe, der sie zugerechnet werden (oder sich selbst zurechnen) und formen sich selbst nach diesem Vorbild. Hier sticht Interviewpartner 6 heraus, der einen selbstbestimmten Weg des Recovery⁸⁰ gewählt hat (Pos. 58). Das klingt einerseits ermutigend, andererseits könnte es verstanden werden als der Aufforderung unterworfen, sich selbst zu optimieren. Einen Hinweis darauf liefert er bei der Erwähnung eigener Unzulänglichkeiten:

a- ich bin da EH n bisschen zuRÜCKhaltend bisschen SCHÜCHtern gewesen, ich würde=s HEUT glaub=ich IMMer noch net sagen. weiß net, also- (.) mir FÄLLT sowas [sich zu beschweren, M.P.] eher SCHWER, ich schluck das dann eher in mich REIN; [I: mhm.] is n FEHler, müsste mer mal- MUSS mer vielleicht mal dran ARbeiten irgendwie, (1) und ähm, (.) aber gut (.) [I: naJA,] IS halt jetzt einfach so erstmal, (1) ähm (1) (Interview 6, Pos. 24)

Das passt mit einer Wandlung des Dispositivs zusammen, die mit einer zunehmenden Therapeutisierung und Pathologisierung verschiedenster Merkmale einhergeht (vgl. u. a. Wehling, 2016 und andere Beiträge aus diesem Band).

Krankheitsbild und der Umgang mit der Diagnose

Auch die eigene Sicht auf die Störung und der Umgang mit der Diagnose ist von Gouvernementalität geprägt: Wie integrieren die Interviewpartner*innen die Diagnosen in ihr Selbstbild? Wie formen sie sich selbst anhand ihrer Diagnose, unterwerfen sie sich oder entwickeln sie ein entgegengesetztes oder modifiziertes Bild, das sie dann gegen das herrschende Dispositiv zu verteidigen haben? Akzeptieren sie die Konstruktion der Diagnose, oder versuchen sie eine Dekonstruktion? Damit setzt sich das herrschende Dispositiv durch und schreibt sich in die Körper der Menschen ein.

Interviewpartnerin 2 übernimmt ihre Diagnose:

⁸⁰ Er selbst würde es vermutlich nicht so bezeichnen

I: u:nd (.) ich bin n bisschen UNsicher (.) WIE wer am besten darüber SPREchen=ehm wie sehen sie sich als psyCHOseerfahrene oder wie würden sie das beZEICHnen,

P2: {{seufzend} eh:} ja kann mer so SA:gen mer sagt ja auch oft psyCHOTiker: ehm: von der differenTIALdiagnose her=da warn se bei mir erst ganz UNschlüssig: das ist aber nichts AUßergewöhnliches da kriegt mer MEistens so diese POlymorphen psychotische epiSOde schimpfen die das (1) das heißt einfach nur VIELgestaltig sie legen sich noch nicht fest (.) u:nd dann so: nach dem ZWEIten krankheitsschub ham=se sich dann: auf die: schizo:AFFektive psychOse festgelegt (.) und das is aber auch so=n (.) BI:SSchen: oft so ne diagNOse=es passt nich ganz zu den (.) BIpolaren und passt nicht ganz zur REInen schizophrenie deswegen packen wir=s da: (.) in diese SCHIZoaffektive (.) geSCHICHte rein.

I: u:nd das is für sie: oKAY mit diesen: mediZInischen (??) beGRIFFen (.) mit diesen (.) [P2: ja. ja.] diagNOsebegriffen.

P2: <<schmunzelnd> KEIN problem.> (Interview 2, Pos. 5–8)

Interviewpartner 6 erlebt Diagnosen als etwas ihm Äußerliches, wo er hineingequetscht wird:

puh. (2) also diagNOse is halt AUCH so ne sache. de WIRST in diesen i ce DE da irgendwo reinge(.)QUETSCHT, und äh: (.) HAST halt dann die diagNOse depressION, aber letztenendes JA; (1) also: halt n bisschen (1) verFEInert dann natürlich, also: [I: hm.] (.) ähm: (.) JA. (4) WEIß net, also: (2) wie soll ich dir das SAgen (4) !JA! <<seufzt>> (1) WEIß net wie ich das <<lacht> jetzt beSCHREIben soll. (Interview 6, Pos. 72)

Er verwendet einerseits eine Passivkonstruktion, spricht von sich selbst in der zweiten Person und schließlich fehlen ihm die Worte um zu beschreiben, was die Diagnose für ihn und für seine Behandlung bedeutet. Das lässt eine starke Fremdheit erkennen. Stattdessen konstruiert er sich sein Krankheitsbild in Abgrenzung zur Diagnose Depression (Pos. 82, vgl. Absatz 6.2.2, S. 81). Er sieht die Ursache in seinen Lebensumständen und die Depression als normale, vielleicht sogar gesunde Reaktion auf ebenjene Umstände. Behandelt wurden aber im psychiatrischen Hilfesystem nicht die Lebensumstände, sondern seine Depression, gemäß dem vorherrschenden Bild der Störung. Damit wurde sein Selbstverständnis zu einer unterworfenen Wissensart und sein Weg von Recovery zu einer Strategie, Gegenmacht zu entwickeln, indem er sich der Hilfe verweigert (vgl. Abschnitt 2.2.4, S. 11).

Interviewpartnerinnen 1 und 2 haben beide Psychosen diagnostiziert bekommen. Ihr Krankheitsverständnis ähnelt sich an mehreren Stellen. Interviewpartnerin 2 beschreibt sich als eher umgänglichen Menschen, die in der Psychose zum „nervigen Patient [sic]“ (Interview 2, Pos. 60) wird „WEI:1 ich anSON:sten so im geSUNDen: (.) eigentlich n äh=recht UMGänglicher mensch bin würd ich SAgen und jetzt gar net so an- aber es IS (.) (??) bin ich ANstrengend. das is die KRANKheit;“ (Interview 2, Pos. 62). Interviewpartnerin 1 findet noch drastischere Worte für ihr Verhalten während der Psychose:

ja=ich hab mich einfach schlecht beNOmmen ÜBergriffig und alles=also ich hab=ich hab mich FÜRchterlich benommen auf der geSCHLOssenen ne [I: okay] u:nd (.) nich immer: nich durchg- aber=doch also: ich habs für MEInen geschmack auch krachen lassen: [I: okay] (1) un hab das geNOSSen: also ALles wo ich zu brav un angepasst wä- war. (2) un: als ich in [Großstadt in Westdeutschland, M.P.] war ging das auch ganz gut in BAYern: dann war ich auch noch danach war ich hier in BAYern in der- und dann bin ich sehr oft fixiert worden; weil ich zu reniTENT war. [I: okay] also zu viel WIderworte gegeben hab. (Interview 1, Pos. 82)

Compliance und Krankheitseinsicht, wie sie von Fachkräften als Grundlage (und damit als Vorleistung der Betroffenen) gefordert werden, sind ein Unterwerfen unter Diagnosen, Zuschreibungen von außen und das herrschende Dispositiv. Noncompliance wird zum Teil als Krankheitsmerkmal und damit therapiebedürftig verstanden (Bock, 2004, S. 274). Immer dort, wo die Interviewpartner*innen Diagnosen übernehmen und unwidersprochen eine Behandlung akzeptieren, rät Bock hingegen zur Vorsicht: „Wenn ein Patient aber allzu brav alles annimmt, was wir verschreiben oder vorschreiben, dann sollten wir skeptisch sein und uns fragen, was schief läuft und was wir falsch gemacht haben“ (ebd., S. 281).

6.4.5 Wissen und Dispositiv

In welcher Form wirken das Dispositiv von psychischer Gesundheit und das herrschende medizinische Wissen machtvoll? Was bei der Diagnose bereits eine Rolle spielt (vgl. Abschnitt 6.4.3, S 105 und Abschnitt 6.4.4, S. 107), wird im Folgenden noch einmal anhand der Leitlinie diskutiert. Im Anschluss daran werden Fragen von Herrschaftswissen und unterworfenem Wissen untersucht.

Die Behandlungsleitlinie: ein „machtvolles Ding“ (Interview 2, Pos. 93)

Interviewpartnerin 2 arbeitet sich an der Leitlinie ab, gegen die sie ihre selbstbestimmte Behandlung insbesondere den niedergelassenen Psychiatern gegenüber durchsetzen muss. Sie schätzt die Leitlinie und ihre Entstehung recht differenziert ein:

!JA:!> ja die LEITlinie} an SICH (??) ich mein ich bin ja AUCH wissenschaftlerin (.) an SICH iss=es ja was SCHÖNes. also es IS ja der aktuelle FORschungsstan:d WIE iss=es zu beHANdln medikamenTÖS etCEtera; (.) u:nd DA is EINFach so FESTgehalten: WIE: je nach KRANKheitsverlau:f wie mer=s denn (.) HANDhaben sollte auch mit der MEDikation, mittlerweile haben sie sie ja zuMINdest überARbeitet dass mer über den verSUCH des absetzens NACHdenken KANN:, wenn das denn der paTIENT MÖCHte:, also das ist NEU, (.) ähm: (1) ICH finds halt zu: (.) ja. ERstens sind viele STUDien. (.) PHARMA(.) <<lacht>> pharma:mäßig einfach: [I: ja.] die ham das interESSe dass das naTÜRLich viel viel BESSer ist [I: ja.] wenn sie das ABILify: Ewig lang nehmen, (.) {{gleichzeitig} das sind keine:} [...] MEIstens keine UNabhängigen STUDien, es gibt auch so:- JA. (.) ich inforMIER mich da halt SELber auch viel, das is halt auch: naTÜRLich in meim inteRESSe, (1) ähm; (.) JA, wenn mers mit anderen entWICKlungsländern anschaut, also unsere KRANKheitsverläufe sind NICHT so viel bes-ser; (.) TROTZ der ganzen psychoPHARmaka, oder wenn mer sich die SPÄTschaeden anschaut, ich hab naTÜRLich auch beKANNte die schon ÄLter sind und wo dann eine SPÄTdyskynäSIE DA ist und (1) DA: fragt man sich halt auch, MÖCHte man das: [...] und=ich find DES: ist auch was was: (.) GRAde wegen den LEITlinien <<lacht>(??)> {{Stimme höher, klingt – naiv??}} JA:, aber das GEHT ja nicht:} u:nd=und EIner hat eben AUCH mal zu mir gesagt=also WENN sie psyCHOsepatient sind, (.) das HAT sogar mein JETZiger arzt ge-, dann {{be-sonders klar artikuliert} MÜSSen sie auch ein neuroLEPtikum nehmen.} (.) also es is so !GANZ! !KLAR! (.) in EINem- (1) ähm; (.) JA. (Interview 2, Pos. 95–97)

Das Thema beschäftigt sie intensiv, sie ist sehr gut informiert und artikuliert ihre Gedanken, Motive und Interessen, gleichzeitig gelangt sie immer wieder an Punkte, wo ihr schlicht die Worte fehlen. Sie lehnt sich auf, ohne die grundsätzliche Idee in Frage zu stellen: Sie boxt sich durch, hinterfragt die Inhalte der Leitlinien, nicht aber die Leitlinien selbst oder ihre Diagnose. Eine praktische Rolle bekommt die Leitlinie für sie bei der langen Suche nach einem niedergelassenen Psychiater, der sie und ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Hinblick auf Medikamente ernst nimmt. Nicht ernst genommen zu werden, bis hin dazu, dass sie unbegleitet ihre Neuroleptika ausschleicht, ist für sie aber kein Grund, sich zu beschweren. Sie wählt in diesen Fällen jeweils die Abstimmung mit den Füßen und sucht einen anderen Arzt. Möglicherweise hält sie eine Beschwerde darüber für illegitim, denn „offiziell“ sei den Ärzten jeweils kein Fehlverhalten nachzuweisen, oder für aussichtlos: Die Leitlinie deckt das Verhalten der Ärzte, sie sichern sich ab⁸¹. Sie als Patientin ist damit mit ihren Bedürfnissen auf sich allein gestellt. Damit scheint eine Beschwerde keine Option zu sein.

Auch Interviewpartnerin 4 ist mit dem Gedanken einer (rein) medikamentösen Behandlung unzufrieden und setzt sie schlicht nicht um. Interviewpartner 6 nimmt seine Medikamente, ist aber nicht überzeugt, dass sie ihm helfen:

„also ich HAB jetzt noch meine psychiATERin in der KOPFklinik? [I: hmhm;] da wird dieses ganze PILLenzeugs und so weiter gemacht? (.) [I: hmhm;] äh:m also meine taBLETTen halt undsoweiTer eingestellt, wobei mir die irgendwie AU nich- also irgendwie (.) HAB ich irgendwie AU nich so wirklich des geFÜHL dass da irgendwas pa- dass des irgendwas BRINGt,“ (Interview 6, Pos. 80)

An dieser Stelle unterwirft er sich schlicht den Behandlungsleitlinien. Das Thema ist im Interview nur am Rande präsent und taucht nur an einer Stelle auf. Für

⁸¹ Kritik an der Leitlinie und dem Druck auf Praktiker*innen, sie umzusetzen, kommt auch von ärztlicher Seite (Zaumseil, 2020).

Interviewpartnerinnen 1 und 2 war das Thema viel präsenter oder sogar eines der wesentlichen Themen des Interviews: Sie unterwarfen sich den Leitlinien nur zähneknirschend mangels Alternative (Interviewpartnerin 1) oder gar nicht, allerdings mit hohem Einsatz (Interviewpartnerin 2).

Unterworfenes Wissen

Wenn – als Aspekt von Stigmatisierung (vgl. Abschnitt 6.3.1, S. 85), und in der machtvollen Anwendung herrschenden – Psychiatrie-Erfahrenen die Laienkompetenz entzogen wird und ihre Erfahrungen als Expert*innen für eigene Erkrankung entwerten werden, wird dieses Wissen in der Auseinandersetzung mit dem dominanten, z. B. medizinischen, Wissen zum unterworfenen Wissen.

Interviewpartnerin 2 artikuliert, wie aus ihrem Wissen über sich selbst und ihre Psychose unterworfenes Wissen wird: „und=dann sagt man SELber aber ich hab ANDre erFAHRungen gemacht un=plötzlich sin die erFAHRungen <>grinsend<> aber nichts mehr wert> weil ER anhand dieser diagNOsestellung das eben geNAUer weiß (1)“ (Interview 2, Pos. 28).

Sie liest und interpretiert Studien zu Psychopharmaka und zeigt sich skeptisch gegenüber den Ergebnissen: Sie befürchtet einen Bias zugunsten der Pharmaindustrie (Pos. 95–97, vgl. auch Abschnitt 6.4.5, S. 109). Ihre Skepsis gegenüber den Studien ist berechtigt, wurden doch Verzerrungen, Täuschungen und gezielte Manipulationen von Studien aufgedeckt (Weinmann, 2019, zit. n. Zaumseil, 2020).

Interviewpartnerin 1 berichtet, beim ersten Mal zu lange mit Neuroleptika behandelt worden zu sein; seitdem habe sie nur noch Absetzpsychosen gehabt. Das entspricht einer Diskussion in der Fachwelt: Herrschendes Wissen ist, dass das Absetzen von Neuroleptika einen Rückfall auslösen kann (Dietmaier et al., 2019) – unterworfenes Wissen ist, dass Absetzpsychosen als Entzugserscheinungen gewertet werden können, da die Medikamente abhängig machen (Lehmann, 2014b; 2014a).

6.4.6 Die Möglichkeit, sich zu beschweren als Gegenmacht

Die bisherige Untersuchung zeigt, dass Psychiatrie-Erfahrene im psychosozialen Hilfesystem in einer unterlegenen Position sind. Sie können als Einzelpersonen in direkter Interaktion innerhalb der Strukturen des psychosozialen Hilfesystems nicht viel bewirken. Als Ausweg entziehen sie sich dem System oder boxen sich durch.

Interviewpartner 6 hat keine Verbündeten und keine unterstützenden Strukturen. Er erlebt sich als ausgeliefert und durch das Hilfesystem nicht unterstützt. In der Konsequenz entzieht er sich dem System und findet seinen eigenen Weg von Recovery. Interviewpartnerin 2 „boxt sich durch“, hat und braucht viel Kraft und Unterstützung und kommt immer wieder auch an ihre Grenzen. Sich erfolgreich zu beschweren, ist ihr nicht gelungen, obwohl sie Anlässe dafür benannt hat. Interviewpartnerin 1 erlebt sich als ohnmächtig und arbeitet ihre Erfahrungen in einer Selbsthilfegruppe auf. Ihre Konsequenz ist, lieber mit dem Strom zu schwimmen und nicht mehr anzuecken, als noch einmal Zwang zu erleben und sich das Leben schwer machen zu lassen. Interviewpartnerin 4 kennt ihre unterstützenden Strukturen noch nicht und verschiebt ihre Beschwerde auf einen Zeitpunkt, an dem sie mehr persönliche Ressourcen zur Verfügung hat.

Punktuell entwickeln sie Gegenmacht: Die Patient*innen, die einen Psychiater auf einem Internetportal negativ bewerten, entwickeln Gegenmacht. Wenn Interviewpartnerin 2 davon erzählt, wie er die Bewertungen seiner Patient*innen beantwortet und dabei nach Einschätzung der Interviewpartnerin die Patient*innen herabwürdigt (Pos. 117), wählt sie den Weg der Mundpropaganda⁸² und entwickelt damit ebenfalls Gegenmacht. Und indem sie den Arzt wechselt und Interviewpartner 6 sich der weiteren Behandlung ganz entzieht, entwickeln sie Gegenmacht – aber jeweils mit sehr geringer Reichweite.

Interviewpartnerin 3 beschwert sich erfolgreich und mit größerer Reichweite. Informationen und Rückhalt erfährt sie dafür in großem Maße durch die Beschwerdestelle, und im Zuge dieser Beschwerde und ihres Engagements entwickelt sich in ihrer Einrichtung des betreuten Wohnens eine Dynamik der gegenseitigen Unterstützung und der gemeinschaftlichen Gegenmacht. Die Verhältnisse können also zumindest im Ansatz verschoben werden, wenn Zusammenschlüsse und strukturelle Gegengewichte – also Empowerment – Gegenmacht entwickeln.

6.5 Möglichkeiten und Unmöglichkeiten des Beschwerens

Nachdem ich die Machtbeziehungen in den Interviews nachvollzogen habe, will ich im Folgenden noch einmal die Möglichkeiten und Unmöglichkeiten des Beschwerens zusammenfassen. Dabei stellt sich heraus: Sich zu beschweren ist voraussetzungsvoll. Schafft man es denn, kann eine Beschwerde auch im psychosozialen Hilfesystem wirksam werden. Allerdings gibt es strukturelle Grenzen von Beschwerden. Aus diesen Erkenntnissen folgere ich schließlich Forderungen für unabhängige Beschwerdestellen.

6.5.1 Beschweren ist voraussetzungsvoll

Sich zu beschweren kann einfacher klingen, als es ist. Es braucht eine Menge Voraussetzungen, um tatsächlich (erfolgreich) eine Beschwerde im psychosozialen und/oder psychiatrischen Hilfesystem zu führen. Zunächst einmal Information: Welche Leistungen stehen mir zu? Was sind meine Rechte? Wie kann ich sie durchsetzen? Wo kann ich mich beschweren? Und darüber hinaus: Was erwarte ich mir von der Beschwerde? Was möchte ich erreichen, was droht mir? Lohnt der Aufwand?

Viele persönliche Ressourcen sind notwendig, um sich zu beschweren. Sie stehen Psychiatrie-Erfahrenen nicht immer in ausreichendem Maße zur Verfügung. Es bedarf einer gewissen Gesundheit, man muss Zeit dafür haben, es erfordert Energie, die Beschwerde zu verfolgen, aber auch Mut, sie überhaupt in die Wege zu leiten. Und zu alledem braucht man Artikulationsfähigkeit.

Neben den persönlichen Ressourcen sind soziale Ressourcen wichtig, um sich erfolgreich beschweren zu können. Die Unterstützung im privaten Umfeld kann ermutigen, Sicherheit geben, aber auch bezeugen. Professionelle Unterstützung kann mit Informationen versorgen, Überblick geben und der Beschwerde ein größeres Gewicht verleihen und so zumindest teilweise Stigmatisierungen im Beschwerdeprozess entgegenwirken.

⁸² Mundpropaganda ist eine Form von Gegenmacht. Sie basiert darauf, dass die strukturell Unterlegenen in der Überzahl sind und die strukturell Überlegenen von ihnen zwar nicht individuell, aber in der Masse abhängen.

Auch wenn eine Vielzahl von Ressourcen vorhanden ist, ist nicht sicher, dass eine Psychiatrie-erfahrene Person sich auch tatsächlich beschweren kann, wenn sie das will. In der vorliegenden Untersuchung hat nur diejenige Interviewpartnerin sich erfolgreich beschwert, die dafür die Unterstützung einer unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestelle hatte.

6.5.2 Beschweren kann wirksam sein

In der vorliegenden Untersuchung hat sich eine Interviewpartnerin beschwert. Ihr Beispiel zeigt: eine Beschwerde kann ein Akt von Empowerment sein. Sie kann helfen, Rechte durchzusetzen und die Gegebenheiten zu verändern. Sich zu beschweren kann Gemeinschaft unter mehreren Betroffenen schaffen, indem sie sich gegenseitig ermutigen, mit Informationen versorgen und gemeinsam beschweren. Und sie kann die einzelne Person unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern.

6.5.3 Beschwerden haben Grenzen

Aber: Manche Menschen beschweren sich nicht. Es braucht partizipative, niederschwellige Strukturen, aber auch sensible professionelle Begleiter*innen, um deren Bedürfnisse zu erfassen und ihnen gerecht zu werden.

Und auch wenn die Person sich beschweren möchte: Beschweren ist in Machtstrukturen eingebettet und weist an sich nicht darüber hinaus. Über manches beschwert man sich: Souveräne Macht, offensichtliches Fehlverhalten, Gesetzesbruch – hier können Beschwerden ansetzen. Disziplinarmacht wird als begrenzend oder unangenehm empfunden, aber man boxt sich durch oder weicht aus und zieht nicht in Betracht, sich zu beschweren. Gouvernementalität ist meist sogar der Selbstbeobachtung entzogen. Stigmatisierungen werden von Psychiatrie-Erfahrenen übernommen oder abgelehnt, können aber unpersönlich wirken oder omnipräsent scheinen und sind dann selten Anlass für den Wunsch, sich zu beschweren.

Es ist nicht möglich, Machtstrukturen durch Beschwerden zu dekonstruieren. Damit haben Beschwerden eine begrenzte Reichweite: Sie sichern bestehende Rechte ab, können aber keine weiteren Rechte erkämpfen. Gleichwohl können sie Zustände dokumentieren, Informationen sammeln und damit die Grundlage einer Dekonstruktion von Machtstrukturen bilden.

6.5.4 Beschwerdestelle: Notwendige Unterstützung?

Es gibt Beschwerdestellen, die aus Selbsthilfebewegung und Empowerment hervorgegangen sind. Allerdings sind sie nicht flächendeckend verbreitet und strukturell sehr unterschiedlich aufgestellt. Das Thema ist in Fachkreisen bekannt (Interview Thomas Bock, Pos. 2–4; Interview Anja Link, Pos. 4, 10). Allerdings fehlen die Informationen bei den potentiellen Nutzer*innen (Interview 3, Pos. 180–181; Interview 2, Pos. 44–48; Interview 4, Pos. 88).

Beschwerdemöglichkeiten sind in jedem Setting nötig und erscheinen um so notwendiger, je größer die strukturelle Ähnlichkeit der Einrichtung mit einer totalen Institution ist (Zwangskontexte, Wohnheim, Geschlossene Station, Forensik). Unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen können eine strukturelle Gegenmacht im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem darstellen. Dazu bedürfen sie einer rechtlich-institutionellen Verankerung und einer sicheren Finanzierung (Interview Thomas Bock, Pos. 6). Ansonsten laufen Beschwerdestellen Gefahr, selbst nicht anerkannt und ernst genommen zu werden. Ein Betreiben einer

solchen Stelle rein über Ehrenamt ist nicht ratsam (Interview 1, Pos. 25): Überforderung und Frustration auf beiden Seiten kann die Folge sein. Sind Beschwerdestellen institutionell gut eingebunden, können sie – beispielsweise für den Bezirk als Träger der Eingliederungshilfe – eine Clearingfunktion übernehmen, wie das Interviewpartnerin 3 beschreibt (Pos. 101–103). Die Unabhängigkeit ist wichtig für manche Menschen (Interview Thomas Bock, Pos. 12), sie muss sich auch im Finanzierungsmodell niederschlagen. Gleichzeitig ist eine Einbindung in ein Netzwerk unerlässlich, allein schon die schiere Bandbreite der Beschwerdethemen (Betreuung, stationäre Akutbehandlung, ambulante Psychotherapie, Betreutes Wohnen) ist die Fachkompetenz vermutlich nicht vorzuhalten und muss in einem Netzwerk von Expert*innen erreichbar sein. Allein für die hier erwähnten potentiellen Beschwerden wäre eine Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Institutionen nötig gewesen: Mit dem Bezirk wie im Fall von Interviewpartnerin 3, aber auch mit Anwälten für Interviewpartnerin 1, oder der Psychotherapeutenkammer für Interviewpartnerinnen 2 und 4.

Unerlässlich ist für Thomas Bock die triologische Besetzung von Beschwerdestellen. Auch für Anja Link besteht eine wichtige Aufgabe darin, zu vermitteln und triologisch zu übersetzen. Manche Beschwerde, die wesentlich auf Missverständnisse zurückgeht, könnte so zur Zufriedenheit aller geklärt werden (Pos. 6, 10). Eine multiprofessionelle Besetzung erscheint wünschenswert (Interview 4, Pos. 38–41). Für die Mitarbeiter*innen einer Beschwerdestelle sind neben der Kompetenz menschliche Qualitäten entscheidend (Interview Thomas Bock, Pos. 8) – die sich möglicherweise in der Haltung der Fachkräfte fassen lassen.

Eine Beschwerdestelle müsste niederschwellig sein. Dazu gehört, dass sie leicht erreichbar ist (beispielsweise ausreichend Sprechzeiten, Interview 1, Pos. 61) oder eine andere Kontaktmöglichkeit – etwa online-Angebote oder ein Anrufbeantworter. Wichtig ist jedoch, dass Kontaktanfragen zuverlässig und schnell beantwortet werden (vgl. Hamann et al., 2008, S. 125 für Patientenfürsprecher*innen). Dann könnte eine Beschwerdestelle die Zeit, die ein Psychiatrie-erfahrener Mensch braucht, bis sie*er sich beschweren kann verkürzen. Das wird es für manche überhaupt erst ermöglichen, sich zu beschweren, bevor ihre Beschwerde – nach eigenen Maßstäben – „verjährt“ (vgl. Abschnitt 6.1.2, S. 72). Andererseits ist es wichtig, Ratsuchende und Beschwerdeführer*innen tatsächlich anzusprechen: In wertschätzenden, annehmenden und einfachen Formulierungen, möglicherweise aber auch in einer Sprache, die der ratsuchenden Person vertrauter ist als die Deutsche (vgl. Interview 4). Wenn eine Beschwerdestelle existiert, den Betroffenen aber nicht bekannt ist, nützt sie wenig (vgl. Abschnitt 6.3.2, S. 91) – das erfordert Öffentlichkeitsarbeit.

Für die Arbeitsweise einer Beschwerdestelle ist zu fordern, dass Psychiatrie-erfahrene Menschen in einem selbstbestimmten, empowernden Prozess unterstützt werden, ohne sie zu entmündigen. Dabei ist eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Arbeit wichtig: Was möchte die*der Beschwerdeführer*in? Sollen die Mitarbeiter*innen der Beschwerdestelle zuhören, bestätigen, mediieren, begleiten, ermutigen, einen Profi vermitteln, parteiisch kämpfen, ...? Die Entwicklung des Empowerment-Begriffs und entsprechender Konzepte lässt eine Gefahr auch für Beschwerdestellen erkennen: Auch sie kann neoliberal gewendet werden. Wenn aus der Möglichkeit des Beschwerens eine Pflicht und Selbstverantwortung der individuellen Betroffenen wird (vgl. Kardorff, 2009, S. 145), wird eine Kluft zwischen den inkludierbaren und den nicht inkludierbaren Psychiatrie-Erfahrenen geschaffen und vertieft, sodass einige profitieren – um den Preis des Abhängens derjenigen, die dies Möglichkeit nicht wahrnehmen

können oder wollen. Einen Kummerkasten aufzuhängen, macht aus einer totalen Institution noch keine Mustereinrichtung für Empowerment.

7 Und nun? Ein Ausblick

In der Untersuchung wurde die Frage behandelt, wie Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung die (Un-)Möglichkeit erleben, sich im psychosozialen Hilfesystem zu beschweren. Es zeigte sich, dass die Möglichkeit wichtig ist. Sich beschweren zu können hilft, um Rechte durchzusetzen, Partizipation zu erkämpfen, Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung zu entwickeln und letztlich Recovery zu unterstützen. Dabei sind Beschwerden grundsätzlich voraussetzungsvoll: Die (Un-)Möglichkeit sich zu beschweren steht und fällt mit den konkreten Umständen. Es zeigen sich große individuelle Unterschiede, aber auch extreme Unterschiede struktureller Art.

Damit Psychiatrie-erfahrene Menschen sich beschweren können, brauchen sie Unterstützung. Eine Beschwerdestelle kann diese Unterstützung bieten – wenn sie denn den Psychiatrie-Erfahrenen bekannt ist. Und selbst dann werden nicht alle Psychiatrie-Erfahrenen an der Möglichkeit teilhaben können, sich zu beschweren.

Beschwerden und Beschwerdemöglichkeiten sind ein notwendiger Baustein von Empowerment, aber haben Grenzen: Strukturelle Diskriminierung und machtvolle Dispositive werden mit dem Mittel der Beschwerde nicht angegriffen.

Zu fordern ist als Schlussfolgerung daraus, flächendeckend niederschwellige Beschwerdemöglichkeiten zu schaffen. Sinnvoll erscheinen hier insbesondere die Beschwerdestellen, die trialogisch und multiprofessionell besetzt sind und partizipativ, unabhängig und empowernd arbeiten. Sie müssen politisch erkämpft werden.

7.1 Limitationen

In der vorliegenden Studie habe ich Betroffeneninterviews ausgewertet. Das ermöglicht, das subjektive Erleben der Psychiatrie-erfahrenen Menschen zu rekonstruieren – um den Preis einer geringen Reichweite. Durch die Befragung können keine Kausalitäten, sondern eher Sinnstrukturen rekonstruiert werden.

Die Interviewpartner*innen repräsentieren nur einen kleinen Ausschnitt des Feldes. Einige Menschen können durch die Struktur der Untersuchung nicht erfasst werden: Eine Artikulationsfähigkeit und eine gemeinsame Sprache sind Voraussetzung für ein Interview. Darüber hinaus konnten manche Menschen nicht gefunden und befragt werden: Wer in einem Wohnheim für psychisch Kranke wohnt und keine Sozialkontakte über die Professionellen im Hilfesystem hinaus hat, wer im System der Wohnungslosenhilfe auftaucht oder forensisch untergebracht ist, konnte von mir nicht befragt werden. Und für wen das Thema des Beschwerens keine Relevanz hatte, hat auf meine Interviewanfrage sicherlich nicht reagiert.

7.2 Weitere Forschungsinteressen

Zum Thema ist weitere Forschung nötig: Es bleibt unbefriedigend, eine solche Fragestellung ohne die Beteiligung der Interviewpartner*innen zu untersuchen. Das Feld legt eine Beteiligung der Betroffenen nahe, nicht zuletzt, um aus den gewonnenen Erkenntnissen Forderungen für eine Praxis nicht nur abzuleiten, sondern auch konkret politisch vertreten zu können. Während die vorliegende Untersuchung auf die Perspektive Psychiatrie-erfahrener Menschen abzielt, wäre dafür dann in der Weiterführung auch eine trialogische Forschung und

damit der Einbezug von Angehörigen und Professionellen wünschenswert. Darüber hinaus scheint es angebracht, das Untersuchungsfeld zu erweitern und auch denjenigen eine Stimme zu geben, die für die vorliegende Untersuchung nicht gehört werden konnten.

Die vorliegende Untersuchung würde darüber hinaus von einer ergänzenden Befragung von Expert*innen und quantitative Untersuchungen profitieren. An dieser Stelle sei auf die Reproduktion der Studie von Hamann et al. (2008) verwiesen, die aktuell im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt durchgeführt wird (Janse, 2021).

Literaturverzeichnis

- Ameling, Michaela & Schmolke, Margit (2012): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003): The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), S. 304–309.
- Angermeyer, Matthias C.; Schulze, Beate & Dietrich, Sandra (2003): Courtesy stigma – a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), S. 593–602.
- Anhorn, Roland & Balzereit, Marcus (2016): Die „Arbeit am Sozialen“ als „Arbeit am Selbst“. Herrschaft, Soziale Arbeit und die therapeutische Regierungsweise im NeoLiberalismus: Einführende Skizzierung eines Theorie- und Forschungsprogramms. In: Roland Anhorn & Marcus Balzereit (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S. 3–206). Wiesbaden: Springer.
- Armbrust, Michael & Link, Anja (2015): *Borderline im Trialog. Miteinander reden – voneinander lernen*. Paderborn: Junfermann.
- Armgart, Carina; Schaub, Markus; Hoffmann, Knut; Illes, Franciska; Emons, Barbara; Jendreyschak, Jasmin et al. (2013): Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), S. 278–284.
- Bayerische Psychotherapeutenkammer (n. d.): *Beschwerden und Berufsaufsicht*. www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_beschwerden-berufsaufsicht.html (abgerufen am 06.01.2021).
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (n. d.): *Patientenfürsprecher – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*. www.stmpg.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/patientenfuersprecher/ (abgerufen am 03.02.2021).
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise* (Erw. Neuaufl.). Köln: BZgA.
- Bergold, Jarg & Thomas, Stefan (2020): Partizipative Forschung. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2., erw. u. überarb. Aufl., S. 113–133). Wiesbaden: Springer.
- Bezirk Oberbayern (11.12.2020): *Unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen*, Bezirk Oberbayern. www.bezirk-oberbayern.de/Gesundheit/Psychische-und-psychosomatische-Erkrankungen/Unabh%c3%a4ngige-psychiatrische-Beschwerdestellen (abgerufen am 11.12.2020).
- Blättner, Beate & Waller, Heiko (2018): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (6., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bock, Thomas (2005a): Das Stigma psychische Krankheit – Aufklärung und Information an Schulen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 15(1), S. 61–82.
- Bock, Thomas (2005b): *Lichtjahre - Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Bock, Thomas (2004): Eigensinn und Psychose. Unkooperative Patienten als Gradmesser der therapeutischen Qualität. In: Thomas Bock, Klaus Dörner & Dieter Naber (Hrsg.): *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie* (S. 274–281). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, Thomas & Naber, Dieter (2004): Anthropologisches Verständnis und Dialog – neue Perspektiven in der Psychiatrie. In: Thomas Bock, Klaus Dörner & Dieter Naber (Hrsg.): *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie* (S. 232–240). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, Thomas; Sielaff, Gyöngyver; Ruppelt, Friederike; Nordmeyer, Simone & Klapheck, Kristin (2012): Trialog und Psychosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(6), S. 514–521.
- Bodenheimer, Aron Ronald (1999): *Warum? Von der Obszönität des Fragens* (5. Aufl.). Stuttgart: Reclam.
- Bröckling, Ulrich (2003): You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up. Über Empowerment. *Leviathan*, 31(3), S. 323–344.
- Bruns, Henrike; Gather, Jakov; Henking, Tanja & Vollmann, Jochen (2015): Überlegungen aus klinisch-ethischer Perspektive. In: Tanja Henking & Jochen Vollmann (Hrsg.): *Zwangsbefehlung psychisch kranker Menschen* (S. 91–116). Berlin u. a.: Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2008): *Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe*. Position der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. www.bagw.de/media/doc/POS_08_Psychische_Erkrankungen_1.pdf (abgerufen am 06.02.2021).
- Bundesgerichtshof (20.06.2012): *Verbot der Zwangsbefehlung. Beschluss XII ZB 130/12*. juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=60971&anz=1&pos=0&Frame=4&.pdf (abgerufen am 03.01.2021).
- Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie (n. d.): *Standards für unabhängige Beschwerdestellen*. beschwerde-psychiatrie.de/download/Bundesnetzwerk_Standards.doc (abgerufen am 29.12.2020).
- Cahalan, Susannah (02.11.2019): *Stanford professor who changed America with just one study was also a liar*. nypost.com/2019/11/02/stanford-professor-who-changed-america-with-just-one-study-was-also-a-liar/ (abgerufen am 07.02.2021).
- Corrigan, Patrick W. & Watson, Amy C. (2002): The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), S. 35–53.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2007): *Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie. Ein Ratgeber*. www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/Unabhaengige_Beschwerdestellen_in_der_Psychiatrie_-_Ein_Ratgeber.pdf (abgerufen am 27.11.2020).
- Deutscher Bundestag (2013a): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt*, (9), 277–282.
- Deutscher Bundestag (2013b): *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme*. BT-Drucksache 17/11513, Deutscher Bundestag. dserver.bundestag.de/btd/17/115/1711513.pdf (abgerufen am 06.02.2021).
- Dietmaier, Otto; Schmidt, Simone & Laux, Gerd (2019): Wie werden Psychopharmaka sinnvoll kombiniert, umgestellt oder abgesetzt? In: Otto Dietmaier, Simone Schmidt & Gerd Laux (Hrsg.): *Pflegewissen Psychopharmaka* (S. 63–67). Berlin u. a.: Springer.

- Dörner, Klaus (2004a): Sind alle Heimleiter Geiselnehmer? *Soziale Psychiatrie*, 19(4), S. 21–25.
- Dörner, Klaus (2004b): Verantwortung vom Letzten her. Der innere Impuls des Sorgens um den Anderen. In: Thomas Bock, Klaus Dörner & Dieter Naber (Hrsg.): *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie* (S. 241–251). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Erhard, Daniela (2013): Gegen den Willen des Patienten - Zwangsbehandlung psychisch Kranker. *Lege artis - Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung*, 3(01), S. 8–9.
- Fäh, Markus (2004): Psychotherapie und Salutogenese: Überlegungen zum theoretischen und praxeologischen Brückenschlag. *Psychotherapie Forum*, 12(1), S. 3–15.
- Finzen, Asmus (2013): *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Foucault, Michel (1978): *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve.
- Glaser, Stefan (2015): Plädoyer gegen Empowerment? Zwischen Ansprüchen, gelebter Praxis, Kritik und neuen Ideen. *soziales_kapital*, 14, S. 30–42.
- Goffman, Erving (2018a): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (21. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2018b): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (24. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grabert, Andrea (2011): *Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Lage: Jacobs.
- Hamann, Johannes; Mendel, Rosmarie Theresa; Lienert, Agnes; Uebel, Gudrun & Kissling, Werner (2008): Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste – eine deutschlandweite Umfrage. *Psychiatrische Praxis*, 35(3), S. 122–127.
- Hardenberg, Nina von (18.01.2013): *Zu wenig Selbstbestimmung*. www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesetz-zur-zwangsbearbeitung-zu-wenig-selbstbestimmung-1.1576278 (abgerufen am 03.01.2021).
- Heim, Luisa (2020): *Teilhabe aus theoretischer und praktischer Sicht. Der Begriff und seine Umsetzung am Beispiel schwer psychisch kranker Menschen*. Höchberg b. Würzburg: ZKS.
- Helfferich, Cornelia (2009): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Hellerich, Gert (2003): *Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Henking, Tanja & Mittag, Matthias (2015): Rechtliche Rahmenbedingungen. In: Tanja Henking & Jochen Vollmann (Hrsg.): *Zwangsbearbeitung psychisch kranker Menschen* (S. 29–90). Berlin u. a.: Springer.
- Herriger, Norbert (2014): *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5., erw. u. akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Holm, Andrej; Lebuhn, Henrik; Junker, Stephan & Neitzel, Kevin (2018): *Wie viele und welche Wohnungen fehlen in deutschen Großstädten? Die soziale Versorgungslücke nach Einkommen und Wohnungsgröße*. 063. www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_063_2018.pdf.

- Holzkamp, Klaus (1985): *Grundkonzepte der Kritischen Psychologie*. www.kritische-psychologie.de/files/kh1985a.pdf (abgerufen am 12.12.2020).
- Jaeggi, Eva; Faas, Angelika & Mruck, Katja (1998): *Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten*. Berlin: Technische Universität.
- Janse, Jozina (2021): *Unabhängige Beschwerdestellen für die Psychiatrie als Teilhabemöglichkeit (in Vorbereitung)*. Bachelorarbeit. Würzburg.
- Jansen, Vera (05.01.2000): *Krise bei Nachtschwärmer-Cafe*. taz.de/Krise-bei-Nachtschwaermer-Cafe/!1255032/ (abgerufen am 06.02.2021).
- Kardorff, Ernst von (2016): Zur Transformation der Therapeutisierung und Psychiatrisierung des gesellschaftlichen Alltags: auf dem Weg der (nicht ganz) freiwilligen Selbstoptimierung. In: Roland Anhorn & Marcus Balzereit (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S. 263–298). Wiesbaden: Springer.
- Kardorff, Ernst von (2009): Goffmans Stigma-Identitätskonzept – neu gelesen. In: Herbert Willems (Hrsg.): *Theatralisierung der Gesellschaft. Band 1: Soziologische Theorie und Zeitdiagnose* (S. 137–161). Wiesbaden: VS.
- Kneer, Georg (2012): Die Analytik der Macht bei Michel Foucault. In: Peter Imbusch (Hrsg.): *Macht und Herrschaft. Sozialwissenschaftliche Theorien und Konzeptionen* (2., akt. u. erw. Aufl., S. 265–283). Wiesbaden: Springer VS.
- Knuf, Andreas (2016): *Empowerment und Recovery* (5., erw. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, Andreas (2005): Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. *Soziale Psychiatrie*, 20(4), S. 41–44.
- Koller, Matthias (2014): Zwangsbehandlung – eine Zwischenbilanz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8(4), S. 279–287.
- Könsgen, D. (2008): Antipsychiatrie. *PPH*, 14(05), S. 252–259.
- Kruse, Jan; Schmieder, Christian; Weber, Kristina Maria; Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2., überarb. u. erg. Aufl.). Weinheim u. a.: Beltz Juventa.
- Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia (2016): *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien* (6., überarb. Aufl.). Weinheim u. a.: Beltz.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern; Speck, Andreas & Steinhart, Ingmar (Hrsg.) (2018): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Landkreis Nürnberger Land (11.12.2020): *Landkreis Nürnberger Land: Soziale Beschwerdestelle*. landkreis.nuernberger-land.de/index.php?id=3572 (abgerufen am 11.12.2020).
- Landratsamt Erlangen-Höchstadt (11.12.2020): *Pflege & Pflegeberatung*. www.erlangen-hoechstadt.de/leben-in-erh/angebote-fuer-senioren/pflege-pflegeberatung/ (abgerufen am 11.12.2020).
- Langeland, Eva & Vinje, Hege Forbech (2017): The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagiv, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström et al. (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 299–305). Springer.

- Lehmann, Peter (16.11.2014a): *Probleme beim Absetzen von Neuroleptika als Folge von Rezeptorenveränderungen und Toleranzbildung*. Unveröffentlichtes Manuskript. www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rez-ver.htm (abgerufen am 05.02.2021).
- Lehmann, Peter (2014b): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilitizern* (4., akt. u. erw. Aufl.). Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Lehmann, Peter (2013): Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß & Andreas Hinz (Hrsg.): *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation*. (S. 77–105). Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Lehn, Birgitta vom (07.11.2012): *Wegsperren und fixieren*. www.fr.de/wissen/wegsperren-fixieren-11345527.html (abgerufen am 03.01.2021).
- Lutz, Helma; Vivar, Maria Teresa Herrera & Supik, Linda (2010): Fokus Intersektionalität – eine Einleitung. In: Helma Lutz, María Teresa Herrera Vivar & Linda Supik (Hrsg.): *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes* (S. 9–30). Wiesbaden: VS.
- Marschner, Rolf (2015): *Psychisch kranke Menschen im Recht. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen* (6., erw. und überarb. Aufl.). Köln: Balance.
- Mey, Günter & Mruck, Katja (2007): Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung. Supplement*. (19), S. 11–39.
- Mittelmark, Maurice B. & Bauer, Georg F. (2017): The Meanings of Salutogenesis. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström et al. (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 7–13). Springer.
- Mittelmark, Maurice B.; Bull, Torill; Daniel, Marguerite & Urke, Helga (2017): Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström et al. (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 71–76). Springer.
- Müller, Falko (2012): Von der Kritik der Hilfe zur „Hilfreichen Kontrolle“. Der Mythos von Hilfe und Kontrolle zwischen Parteilichkeit und Legitimation. In: Roland Anhorn, Frank Bettinger, Cornelis Horlacher & Kerstin Rathgeb (Hrsg.): *Kritik der Sozialen Arbeit – Kritische Soziale Arbeit* (S. 123–146). Springer VS.
- Müller, Jürgen L.; Falkai, Peter; Schneider, Frank; Hauth, Iris & Maier, Wolfgang (2013): Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gefahrenabwehr und Therapie: Zwangsbehandlung in der Zeit nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs. *Psychiatrische Praxis*, 40(7), S. 365–367.
- Oexle, Nathalie; Müller, Mario; Kawohl, Wolfram; Xu, Ziyan; Viering, Sandra; Wyss, Christine et al. (2018): Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), S. 209–212.
- Polat, Elif (2011): *Institutionen der Macht bei Michel Foucault. Zum Machtbegriff in Psychiatrie und Gefängnis*. Marburg: Tectum.

- Pollmächer, T. (2015): Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 86(9), S. 1148–1156.
- Psychiatrienetz (2020): *Psychiatrie-Erfahrene*. www.psychiatrie.de/selbsthilfe/psychiatrie-erfahrene.html (abgerufen am 27.01.2021).
- Quindel, Ralf (2004): *Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Quindel, Ralf (2000): Außer Kontrolle: Foucaultsche Analyse und psychiatrische Praxis. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 24(1), S. 9–29.
- Quindel, Ralf & Pankofer, Sabine (2000): Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von Empowerment – Die Frage nach der Macht. In: Tilly Miller & Sabine Pankofer (Hrsg.): *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis* (S. 33–44). Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Rockstroh, Sybille (2015): *Psychopharmaka*. München u. a.: Ernst Reinhardt.
- Rosenhan, D. L. (1973): On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), S. 250–258.
- Rössler, W.; Salize, H. J.; Cucchiaro, G.; Reinhard, I. & Kernig, C. (1999): Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), S. 142–148.
- Rossmannith, Petra (n. d.): *Beschwerden? Ja bitte!* Vortrag, Berlin.
- Rottmann, Julia (2013): *Das Kohärenzgefühl in der Ätiologie depressiver Störungen: Ein Schutzfaktor, der im depressiven Zustand nicht verfügbar ist?* Dissertation. Dortmund: Technische Universität.
- Sagy, Shifra (2017): Salutogenesis in the Era After Antonovsky. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström et al. (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 43–44). Springer.
- Sagy, Shifra & Mana, Adi (2017): The Relevance of Salutogenesis to Social Issues Besides Health: The Case of Sense of Coherence and Intergroup Relations. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström et al. (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 77–81). Springer.
- Sartorius, Norman (2002): Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7352), S. 1470–1471.
- Schäfer, Christian (2017): *Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Seckinger, Mike & Neumann, Olaf (2019): Sozial- und Gemeindepsychiatrie. In: Fabian Kessl & Christian Reutlinger (Hrsg.): *Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich* (2. Aufl., S. 519–537). Wiesbaden, Germany: Springer VS.
- Simon, Alfred (2014): Zwischen Selbstbestimmung und Zwang: Zwangsbehandlung in der Psychiatrie aus ethischer Perspektive. *Psychiatrische Praxis*, 41(Suppl 01), 58–62.
- Stark, Wolfgang (1996): *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stauss, Bernd (2006): Beschwerdemanagement als Instrument der Kundenbindung. In: Hans H. Hinterhuber (Hrsg.): *Kundenorientierte Unternehmensführung. Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung* (5., überarb. u. erw. Aufl., S. 315–334). Wiesbaden: Gabler.

- Stauss, Bernd & Seidel, Wolfgang (2014): *Beschwerdemanagement* (5., vollst. überarb. Aufl.). München: Carl Hanser.
- Steinert, Tilman & Borbé, Raoul (2013): Zwangsbehandlung. *PSYCH up2date*, 7(03), S. 185–196.
- Stoltz, P., Kalms, J. & Winkels, S. (Autor) (2015): *Nicht alles schlucken. Ein Leben mit Psychopharmaka* [Dokumentarfilm]. Köln u. a.: Psychiatrie-Verlag.
- Tamm, Julia & Jung, Andreas (2021): Demokratische Öffentlichkeit und Trialog. Neue Wege der Weiterentwicklung des subjektiven Erfahrungsaustausches in der Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, 36(1), S. 24–26.
- Thornicroft, Graham; Rose, Diana; Kassam, Aliya & Sartorius, Norman (2007): Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190(3), S. 192–193.
- Unger, Hella von (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- UpB Oberbayern Nord (2021): *Über uns*. www.upb-obb-nord.de/ueber-uns/ (abgerufen am 18.01.2021).
- Vollmann, Jochen (2014): Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie: Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Der Nervenarzt*, 85(5), S. 614–620.
- Vossebrecher, David & Jeschke, Karin (2007): Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion. *Forum kritische Psychologie*, 51, S. 53–66.
- Wagner, Leonie (2017): Vom Klienten zur Nutzer_in. In: Karin llert & Karin Böllert (Hrsg.): *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 337–363). Wiesbaden: Vieweg.
- Waldschmidt, Anne (2011): Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 36(4), S. 89–106.
- weglaufhaus (23.01.2021): *Weglaufhaus „Villa Stöckle“*. www.weglaufhaus.de/weglaufhaus (abgerufen am 23.01.2021).
- Wehling, Peter (2016): Schüchternheit – die Entdeckung und Bekämpfung einer „Volkskrankheit“. In: Roland Anhorn & Marcus Balzereit (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S. 495–510). Wiesbaden: Springer.
- Zaumseil, Manfred (2020): Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung als neue Bewegung und Kultur am Beispiel von evidence-based mental health care. *Forum Gemeindepsychologie*, 25(1).
- Zaumseil, Manfred & Terzioglu, Peri (2004): Beziehungsaspekte in der psychiatrischen Pharmakotherapie. Partizipation in der ambulanten Behandlung psychoseerfahrener Patienten. In: Thomas Bock, Klaus Dörner & Dieter Naber (Hrsg.): *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie* (S. 252–263). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zuboff, Shoshana (2018): *Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus*. Frankfurt am Main: Campus.
- Zwengel, Almut (2012): Goffman und die Macht. In: Peter Imbusch (Hrsg.): *Macht und Herrschaft. Sozialwissenschaftliche Theorien und Konzeptionen* (2., akt. u. erw. Aufl., S. 285–302). Wiesbaden: Springer VS.

A Anhang

A.1 Interview-Leitfaden: Psychiatrie-Erfahrene

Eröffnung und Einführung

[Vorstellung] Guten Tag, ich möchte mich sehr herzlich bedanken, dass Sie dieses Interview mit mir führen wollen. Aber erstmal stelle ich mich vor: Ich bin Martina Pistor und studiere Soziale Arbeit, und im Studium bin ich gerade auf der Zielgeraden und schreibe dieses Semester meine Bachelorarbeit.

[Um was es geht?] Für die Bachelorarbeit möchte ich mich damit beschäftigen, wie Psychiatrie-Erfahrene die Möglichkeit oder die Unmöglichkeit, sich zu beschweren, erleben.

[Wie es zu diesem Gespräch gekommen ist?] Ich habe mir überlegt, wer vielleicht von Erfahrungen zu berichten hätte und bin darauf gekommen, bei *Selbsthilfegruppen/EX-IN/Beschwerdestellen* nachzufragen, ob man mir dort Kontakt zu betroffenen vermitteln könnte – und da bin ich dann auf Sie gekommen.

[Wie haben wir uns dieses Gespräch vorgestellt] Mir ist es für unser Gespräch wichtig, dass Sie das erzählen, was Ihnen zum Thema einfällt und was Sie für wichtig halten. Es ist mir bewusst, dass das sehr intime, private Momente sein können, und dass auch vieles an Emotionen hochkommen kann. Deswegen ist es mir wichtig, dass Sie gut auf sich achten – so gut das geht – und nicht antworten, wenn Ihnen das nicht guttut. Wir können auch jederzeit eine Pause machen oder unser Gespräch beenden. Dass es Ihnen gut geht ist mir wichtiger als meine Daten! Insgesamt rechne ich mit einer bis anderthalb Stunden für das Gespräch, es kann aber auch länger oder kürzer werden. Sie dürfen auch jederzeit etwas nachfragen oder meine Fragen hinterfragen, das ist völlig ok.

[Leitfaden] Damit ich während des Gesprächsverlaufs nichts vergesse, habe ich meine Fragen in einem Leitfaden festgehalten. Das soll aber nur zu meiner Orientierung dienen, wichtiger ist mir ein angenehmes Gespräch, das so verlaufen darf, wie es gerade passt. Es geht mir bei diesem Gespräch vor allem um Ihre persönliche Erfahrung und wie Sie Ihre Erfahrungen einordnen.

[Fragen] Haben Sie noch Fragen, bevor wir loslegen? Ansonsten schalte ich das Aufnahmegerät jetzt ein.

[Datenschutz] Wir müssen uns über Datenschutz unterhalten. Ich finde es generell wichtig, selbst bestimmen zu können, was mit meinen Daten geschieht. Aber hier möchte ich von Ihnen Einblicke haben, die sehr nahe gehen können. Ich möchte das gern auf Ton aufzeichnen und aus dem gesprochenen Wort hinterher geschriebenen Text erzeugen (das nennen wir transkribieren), den ich dann auswerten kann. Dafür werde ich die Daten auf meinem Rechner und in der Cloud der Uni speichern, die Server stehen in Erlangen. Ich möchte das, was Sie mir erzählen, in einer anonymisierten Form für meine Bachelorarbeit verwenden und vielleicht sogar veröffentlichen. Dabei ist es wichtig, dass Sie als meine Interviewpartnerin nicht zurückverfolgt werden können. Wenn ich mit der Auswertung fertig bin, werden die Audiodaten vernichtet. Ich habe das Ganze nochmal zusammengefasst in der Datenschutzerklärung und bräuchte Ihre Unterschrift, damit ich das verwenden kann. Ganz wichtig: Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen! Ein Anruf oder eine Mail an mich oder meinen Betreuer genügen.

Hauptteil

[Einstiegsfrage] Wie würden Sie sich gerne vorstellen? Was muss ich über Sie wissen, um zu verstehen, was Sie mir zu erzählen haben?

Erfahrungen: (Un-)Möglichkeit sich zu beschweren

[Nachfrage nach Sprachregelung – ggf. an passender Stelle] * Ich bin unsicher, wie wir darüber sprechen sollen: Welche Worte finden Sie denn passend für sich als Betroffene*n und für die Erkrankung?

Können Sie mir von Erlebnissen erzählen, bei denen Sie sich gern beschwert hätten? Sei es in der Klinik, im ambulanten Bereich oder wo auch immer? Hier ist es mir alles wichtig, was Ihnen einfällt, erzählen Sie einfach frei von der Leber weg. Vielleicht habe ich hinterher noch ein paar Nachfragen, damit ich Ihre Erfahrungen besser einordnen kann.

Nachfragen	Erwartungshorizont
Was ist passiert?	konkrete Situationen
Was hat Sie ermutigt oder entmutigt, sich zu beschweren?	Kontexte
Was hätten Sie gebraucht?	
Macht es einen Unterschied, wen Sie vor sich sitzen haben, wenn Sie sich beschweren wollen? (Profession, Einrichtung, Peer)	

Bedeutung

Sie haben mir jetzt von Gelegenheiten erzählt, in denen Sie sich gern beschwert hätten. Jetzt frage ich mich: Was hat diese Erfahrung mit Ihnen gemacht? Wie ist es dann für Sie weitergegangen?

Nachfragen	Erwartungshorizont
Wie ging es Ihnen damit? (Emotionen)	Bedeutung
Welche Auswirkungen hatte die Beschwerde/sich nicht beschweren zu können?	Stigma
Was wäre anders gewesen, wenn Sie sich hätten beschweren können/nicht beschweren können?	Würde Rechte Zwang Selbstbestimmung Selbstwirksamkeit Genesung/Heilung

[Offenheit] Was habe ich nicht angesprochen, was in Ihren Augen wichtig ist?

[Abschlussfrage] Wenn Sie heute auf dieses ausgewählte Erlebnis zurückblicken und als Regisseur*in und Drehbuchautor*in nochmal eingreifen könnten, wie würden Sie das Erlebnis anders schreiben? Wie würden Sie es verändern, so dass Sie jetzt sagen: damit ginge es mir heute besser?

Abschluss

[Aufnahme stoppen] Ich wäre dann mit meinen Fragen fertig. Vielen Dank für Ihre Zeit und Geduld für das Interview.

[Stimmung] Wie geht es Ihnen jetzt? Sind Sie mit dem Interview zufrieden, wie es gelaufen ist?

[Rückfragen, Ergänzungen] Wenn Ihnen in den nächsten Tagen noch Ergänzungen einfallen oder Sie noch Rückfragen haben, dürfen Sie sich gern an mich wenden [Verweis auf E-Mail-Adresse auf dem Datenschutz-Bogen]

[Geschenk überreichen] Als Dank habe ich noch eine Kleinigkeit für Sie.

[Smalltalk]

A.2 Interview-Leitfaden: Ergänzungen Expert*innen-Interviews

Die folgende Frage ergänzt einen Interviewleitfaden zur Forschungsfrage „Was wünschen sich Psychose- und Borderline-Erfahrene von Sozialer Arbeit?“ mit den Themenfeldern Berufliche Entwicklung, Lebenswelt der Betroffenen, Unterstützung für Betroffene und die Rolle Sozialer Arbeit, Hilfreiche Haltung und Menschenbild sowie Politische Aspekte/Wünsche für die Zukunft.

Wir haben uns jetzt über vieles unterhalten, was in Ihrer Arbeit mit Betroffenen wichtig war. Wenn wir kurz nochmal darauf einen Blick werfen: Wie wichtig ist es Ihrer Meinung nach für Betroffene, sich beschweren zu können?

Nachfragen	Erwartungshorizont
Was haben Sie erlebt, dass mit Beschwerden passt?	Strukturen Selbstwirksamkeit
Wie gut passen die Strukturen mit den Bedürfnissen der Betroffenen zusammen?	Fehlerkultur Stigma
Gibt es Unterschiede darin, wie ernst Beschwerden von Betroffenen genommen werden? Z. B. je nach Diagnose, je nach Einrichtung/Hilfekontext, je nach Auftreten der Betroffenen, etc.?	Wirksamkeit von Beschwerden

A.3 Interview-Leitfaden: Ergänzungen Betroffeneninterview

Die folgende Frage ergänzt einen Interviewleitfaden zur Forschungsfrage „Was wünschen sich Psychose- und Borderline-Erfahrene von Sozialer Arbeit?“ mit den Themenfeldern Erwartungen an und Erfahrungen mit Sozialarbeiter*innen, Unterstützung und Lebensbereiche, Umgang mit Betroffenen und Wissen über Borderline/Psychose.

Wir haben uns jetzt über einige Erlebnisse im Zusammenhang mit Ihrer Psychiatrie-Erfahrung gesprochen. Können Sie mir von Gelegenheiten erzählen, in denen Sie sich gern beschwert hätten (Psychiatrie, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, etc.)? Hier ist alles interessant, was Ihnen einfällt, erzählen Sie einfach frei von der Leber weg. Vielleicht habe ich hinterher noch ein paar Nachfragen, damit ich Ihre Erfahrungen besser einordnen kann.

Nachfragen	Erwartungshorizont
Was hat sie ermutigt/entmutigt, sich auch tatsächlich zu beschweren?	Was ist passiert? Eine oder mehrere Gelegenheiten? Ernst genommen werden? Bedeutung?
Was hat diese Erfahrung (oder: die wichtigste von mehreren Erfahrungen) mit Ihnen gemacht?	

A.4 Transkriptionsregeln

Tabelle 3: Transkriptionsregeln, leicht angepasst nach Kruse et al. (2015, S. 354–355)

Pausen und verlaufsstrukturelle Notationen:	
(.)	Mikropause
(1), (2), (3)	Pausen in Sekundenlänge
=	Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern
-	Wort- oder Satzabbruch
{gleichzeitig}...}	Gleichzeitige Rede, Überschneidungen
[I: mhm, ahja]	Redebeitrag der*des anderen Kommunikationspartner*in an der jeweiligen Stelle innerhalb des Redebeitrages
I:	Interviewer*in
P:	Interviewpartner*in
Akzentuierungen	
akZENT	Primärakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
Endintonationen	
?	hoch steigend
,	mittel steigend/schwebend
;	mittel fallend
.	tief fallend
:	Dehnung
Sonstige Konventionen	
<<Räuspern>>	außersprachliche Handlungen/Ereignisse/Störungen
<<lachend> ...>	sprachbegleitende Handlungen
(?meint?)	vermuteter Wortlaut
(??)	unverständlicher Redebeitrag
[...]	Auslassung im Transkript
[Name, M.P.]	Anonymisierung

A.5 Domänen von Stigmatisierung

Tabelle 4: Domänen von Stigmatisierung. Quelle: Angermeyer, Schulze & Dietrich, 2003, S. 595, eigene Übersetzung.

Zwischenmenschliche Interaktion

- Kontakt mit Fachkräften der Psychiatrie
 - Mangelndes Interesse
 - Unzureichender Informationsfluss
 - Entzug der Laienkompetenz
 - Fachsprache als Mittel zum Ausschluss von Angehörigen
- Soziale Ausgrenzung und Rückzug
 - Mangelndes Interesse; Neugierde, Spott und Klatsch
 - Diskriminierende Kommentare
 - Verbergen von Krankheit
 - Schuldzuweisung
 - Unsicherheit, Unwissenheit und Angst

Strukturelle Diskriminierung

- Schlechte Qualität der psychiatrischen Versorgung
- Gesetzgebung und Gesetze
- Finanzielle Belastung
- Bürokratische Verfahren bei offiziellen Behörden
- Schlechte Leistung der Krankenversicherung
- Mangel an Einrichtungen zur Krisenunterstützung
- Mangelnde Unterstützung für Selbsthilfegruppen

Öffentliche Bilder von psychischen Erkrankungen

- Darstellung in den Medien (meist negative Berichte über psychische Erkrankungen)
- Assoziation von Geisteskrankheit mit gewalttätigem und gefährlichem Verhalten
- Ignoranz und Informationsmangel
- Ungleiche Akzeptanz von psychischen und physischen Krankheiten
- Unverständlichkeit der Krankheitserfahrung
- Ablehnung von psychiatrischen Einrichtungen in der Gemeinde
- Metaphorischer Gebrauch des Wortes „schizophren“
- Mangelnde Unterstützung für Selbsthilfegruppen

Zugang zu sozialen Rollen

- Schwieriger Zugang zur Arbeit und Probleme bei der Integration am Arbeitsplatz
- Probleme bei der Aufrechterhaltung einer bestehenden Partnerschaft
- Probleme mit Vermietern