

**Empowerment als gesundheitsfördernde Strategie
in der psychosozialen Arbeit.**

**Eine evaluative Studie im Tageszentrum der
Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Basel.**

Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doktors der Philosophie

Vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät
der Universität Basel

von

Dieter Ackermann, lic. phil.

Referent: Prof. Dr. Udo Rauchfleisch

Korreferent: Prof. Dr. Thomas Gehring

Basel, Mai 2006

Genehmigt von der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel auf
Antrag von Prof. Dr. Udo Rauchfleisch und Prof. Dr. Thomas Gehring.

Basel, den 19. Mai 2006

Der Dekan

Prof. Dr. Kaspar von Greyerz

**Für meine Frau
und meine Eltern**

**und für
Max Schüpbach
Angelika Siegfried
und Lea Zeder**

Dank

Diese Arbeit wäre nicht zustande gekommen, wenn mir nicht viele Menschen geholfen hätten. Ich zähle sie hier in der Reihenfolge auf, in der sie mir in Bezug auf die Arbeit wichtig waren.

Die erste Idee entwickelte ich zusammen mit meinem Freund und Coach **Dr. Max Schüpbach**, mit dem ich schon viele Jahre zusammenarbeite, und der mich mit seiner grosszügigen Freundschaft unterstützt.

Ich wäre aber nicht viel weitergekommen, wenn nicht **Urs Haldimann** (Geschäftsleiter der PSAG = Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Basel) die Idee mit grossem Engagement aufgegriffen hätte und mit mir weiterentwickelt hätte und den **Vorstand der PSAG** überzeugt hätte, das Projekt zu unterstützen, was dieser grosszügig getan hat.

Ich wäre auch stecken geblieben, wenn nicht meine Frau **Margrit Horisberger Ackermann** sich nicht hätte überzeugen lassen, dass die Idee es wert ist, unterstützt zu werden. Meine Familie und vor allem meine Frau hat mich während der ganzen Zeit, in der ich mich mit der Studie beschäftigte, mit ihrer Tatkraft und ihrem Feedback liebevoll begleitet.

Ich bin auch dankbar, dass sich **Prof. Dr. Udo Rauchfleisch** und **Prof. Dr. Thomas Gehring** als Referent bzw. Korreferent zur Verfügung gestellt haben. Beide Referenten haben mit ihrer immensen wissenschaftlichen Erfahrung viel zum Projekt beigetragen.

In Bezug auf die wissenschaftliche Auswertung der Studie war ich zudem auf den fachmännischen Rat von **Felix Amsler** angewiesen. Felix hat mich mit seinen beeindruckenden statistischen Kenntnissen und vielleicht mehr noch mit seinem freundschaftlichen Interesse unterstützt.

Ich war aber auch sehr auf das Interesse und die kreative Mitarbeit des Teams des Tagezentrums PSAG (**Madeleine Alt Minder, Rita Bachmann, Klemens Dossinger, Beate Etspüler, Lukretia Flurin, Martina Vierkötter und Lea Zeder Rossi**) angewiesen. Beides kam mir in einem ausserordentlichen Mass entgegen, obwohl vom Team viel Flexibilität und Engagement gefordert war und ist.

Die Arbeit hätte scheitern können am Widerstand oder Desinteresse der **Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Tageszentrums PSAG**. Dass davon keine Rede war, sondern dass im Gegenteil streckenweise gar Begeisterung für das Projekt aufkam, und dass Stärken und Schwächen des Projektes von den Teilnehmerinnen gesehen und darüber in den Interviews differenziert berichtet wurde, ist die grösste Überraschung, die sich ergab.

Ich bin auch froh dafür, dass ich nicht einfach für die Schublade gearbeitet habe, sondern dass wir auf der Grundlage unserer Erfahrung mit dem Empowermentprojekt und der Studie, unter dem Namen ‚**Freejob**‘ ein neues Angebot des Tageszentrums entwickeln konnten, das seit März 2004 eingeführt ist und sich erstaunlich entwickelt hat. Frau **Lea Zeder Rossi** hat mit mir bei diesem Aufbau besonders intensiv und kreativ zusammengearbeitet.

Freejob wiederum konnte sich nur entfalten, weil meine Eltern **Hildi und Gilbert Ackermann-Rosebrock** der PSAG einen Raum zu günstigen Konditionen zur Verfügung stellten und mir ermöglichten, diesen Raum so umbauen zu lassen, dass er optimal den Anforderungen von Freejob entspricht. **Marcel Hermann** hat die Gestaltung und den Druck der Freejob-Prospekte tatkräftig unterstützt.

Ich bin auch froh darüber, dass **Susanne Altermatt**, die neue Geschäftsleiterin der PSAG, Freejob mit grossem wohlwollendem Interesse begleitet.

Zu ganz besonderem Dank bin ich auch **Angelika Siegfried** verpflichtet, die mir mit Rat und Tatkräft beigestanden hat, als es besonders nötig war.

Auch der Rat von **Anja Klein** war mir in der Schlussphase meiner Arbeit sehr inspirierend und wertvoll.

Basel, im Mai 2006

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	10
1. Theoretischer Hintergrund	12
1.1. Einführung	13
1.2. Krankheitsprävention	16
1.2.1. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	21
1.2.2. Strategien der Prävention	24
1.2.3. Methoden der Prävention	26
1.2.4. Kritische Perspektiven	27
1.2.5. Zusammenfassung Krankheitsprävention	29
1.3. Prävention psychischer Störungen	30
1.3.1. Primäre Prävention psychischer Störungen	30
1.3.2. Sekundäre Prävention psychischer Störungen	36
1.3.3. Tertiäre Prävention psychischer Störungen	40
1.3.4. Kritische Perspektiven	44
1.3.5. Zusammenfassung Prävention psychischer Störungen	47
1.4. Gesundheitsförderung	48
1.4.1. Salutogenese	49
1.4.2. Settingansatz	53
1.4.3. Praxis der Gesundheitsförderung in ausgewählten Settings	54
1.4.4. Kritische Perspektiven	58
1.4.5. Zusammenfassung Gesundheitsförderung	60
1.5. Empowerment	62
1.5.1. Bürgerrechtsbewegung der US-amerikanischen Schwarzen	62
1.5.2. Feminismus	64
1.5.3. Selbsthilfe Bewegung	66
1.5.4. Pädagogik der Unterdrückten	68
1.5.5. Kritische Perspektiven	70
1.5.6. Zusammenfassung Empowerment	71
1.6. Empowerment als gesundheitsfördernde Strategie in der psychosozialen Arbeit	72
1.6.1. Basale Sicherung und Unterstützungsmanagement	75
1.6.2. Psychoedukation und Compliance	79
1.6.3. Geteilte Information und geteilte Entscheidungsfindung	80
1.6.4. Biographiearbeit	81
1.6.5. Kompetenzdialog	84
1.6.6. Vernetzung und Selbstorganisation	87
1.6.7. Empowerment der Mitarbeiterinnen	89
1.6.8. Kritische Perspektiven	90
1.6.9. Zusammenfassung Empowerment als gesundheitsfördernde Strategie in der psychosozialen Arbeit	95
1.7. Kontrollüberzeugung und Zukunftserwartung	97
1.7.1. Kontrollüberzeugung	97

1.7.2. Zukunftserwartung	99
1.7.3. Kritische Perspektiven	101
1.7.4. Zusammenfassung Kontrollüberzeugung und Zukunftserwartung	102
2. Fragestellung	103
3. Methode	106
3.1. Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Basel	107
3.2. Teilnehmer	108
3.3. Empowerment-Experiment im Tageszentrum PSAG	108
3.4. Begleitforschung	110
3.4.1. Fragebogen	111
3.4.1.1. Befindlichkeitsskala (Bf-S)	111
3.4.1.2. Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-L9)	113
3.4.1.3. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)	115
3.4.1.4. Auswertung der Fragebogen	117
3.4.2. Interviews	117
3.4.2.1. Konzept der Befragung	117
3.4.2.2. Durchführung der Befragung	120
3.4.2.3. Quantitative Auswertung der Interviews	120
3.4.2.4. Qualitative Auswertung der Interviews	123
4. Resultate	125
4.1. Fragebogen	126
4.1.1. Befindlichkeit	126
4.1.1.1. Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit mit Normwerten	127
4.1.1.2. Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit zu den Zeitpunkten T1 und T2	127
4.1.1.3. Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit vor und nach den Interviews 1 bzw. 2	127
4.1.2. Kohärenzgefühl	128
4.1.2.1. Vergleich der Ausprägung des Kohärenzgefühls mit Normwerten	128
4.1.2.2. Vergleich der Ausprägung des Kohärenzgefühls zu den Zeitpunkten T1 und T2	129
4.1.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugung	129
4.1.3.1. Vergleich der Ausprägung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung mit Normwerten	130
4.1.3.2. Vergleich der Ausprägung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zu den Zeitpunkten T1 und T2	131

4.1.4. Verlaufsanalyse der Fragebogendimensionen	131
4.2. Rating der Interviews	135
4.3. Quantitative Auswertung der Interviews	137
4.3.1. Korrelation der Interviewvariablen	137
4.3.2. Korrelation der Interviews 1 und 2	141
4.3.3. Feedback für das Tageszentrum und den Empowermentprozess	144
4.3.4. Zusammenhang Fragebogen / Interview	150
4.4. Qualitative Auswertung der Interviews	152
4.4.1. Nichtprofitierende	152
4.4.2. Ambivalente	155
4.4.3. Empowermenttypen	159
4.4.3.1. Entwickler	159
4.4.3.2. Nutzer	164
4.4.3.3. Entwickler/Nutzer	168
5. Diskussion	171
5.1. Methodische Diskussion	172
5.2. Inhaltliche Diskussion	173
5.2.1. Diskussion der Resultate der Fragebogenerhebung	173
5.2.2. Diskussion der quantitativen Auswertung der Interviews	176
5.2.3. Diskussion der qualitativen Auswertung der Interviews	178
5.3. Auswirkungen des Empowerment-Experiments und der Studie	184
5.3.1. Auswirkungen auf das Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	184
5.3.2. Auswirkungen auf den Arbeitsansatz des Fachteams	188
5.3.3. Auswirkungen auf die Teilnehmer des Tageszentrums PSAG	188
5.3.4. Auswirkungen auf die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	189
5.3.5. Auswirkungen auf psychosoziale Institutionen	190
5.4. Schlussfolgerungen	191
5.4.1. Schlussfolgerungen für die Ebene der Klienten	191
5.4.2. Schlussfolgerungen für die Ebene der Professionellen	194
5.5. Ausblick	195
5.5.1. Ausblick auf Projekte	195
5.5.2. Ausblick auf Studien	197

6. Literaturverzeichnis	199
7. Anhang	214
7.1. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	214
7.2. Leitfaden Interview 1	217
7.3. Leitfaden Interview 2	218
7.4. Konzept ‚Freejob light‘	220
7.5. Freejob-Programm März – Juni 2006	232
7.6. Lebenslauf Dieter Ackermann	234

Zusammenfassung

Empowerment, verstanden als professionelles Konzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung, war der Ausgangspunkt eines **Empowerment-Experimentes**, das wir im Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG¹) in Basel durchgeführt haben. Während sechs Wochen veränderten wir das Programm des Tageszentrums so, dass es den Teilnehmerinnen² möglich wurde, ein einwöchiges Projekt selber zu bestimmen, vorzubereiten und durchzuführen.

Die vorliegende Arbeit beschreibt diesen Prozess, die Untersuchung, die zu dessen Evaluation durchgeführt wurde und die Auswirkungen, die es hatte und hat.

In **Interviews**, die vor und nach dem Pilotprojekt durchgeführt wurden, wurde erforscht, welche Auswirkungen das Projekt auf die Teilnehmer des Tageszentrums hatte. Die Auswertung zeigte, dass eine Mehrheit der Befragten von **überwiegend positiven Erfahrungen** differenziert berichteten. Die qualitative Auswertung dieser Interviews führte dazu, **Empowermenttypen** festzustellen, die, entsprechend dem Schwerpunkt ihres Profites aus dem Projekt, als ‚Entwickler‘ oder ‚Nutzer‘ bezeichnet wurden. Wichtige Aufschlüsse in Bezug auf das Projekt, aber auch im Hinblick auf Neuerungen, die wir im Tageszentrum verwirklichten, ergaben sich auch aus der Auswertung der Interviews der Teilnehmerinnen, die sich in Bezug auf das Projekt **ambivalent** geäußert hatten und auch jener, die vom Projekt **nicht profitiert** hatten.

Aus der qualitativen Auswertung der Interviews ergaben sich weiter **‚Achsen der Gesundheitsförderung durch Empowerment‘**. Es konnten aus den Daten vier solcher Brennpunkte der Entwicklung zu mehr Selbständigkeit ausgemacht werden. Die erste Achse dreht sich um die Erfahrungen, die Psychiatrie-Erfahrene mit der **Gruppe von Peers** machen können, wenn sie die Gelegenheit haben, mit ihnen zusammen ein Projekt zu verwirklichen. Die zweite Achse bezieht sich auf **Fähigkeiten**, die Psychiatrie-Erfahrene im Verlauf eines solchen Prozesses (wieder-) entdecken. Die dritte hängt mit Selbsterkenntnissen zusam-

¹ www.psag.ch

² In diesem Text verwende ich abwechselnd die männliche und die weibliche Form zur Bezeichnung von gemischtgeschlechtlichen Personengruppen.

men, die die Betroffenen gewinnen. Die vierte Achse schliesslich damit, dass sie ihr **kritisches Bewusstsein** schärfen, wenn sie merken, dass ihre Meinung gefragt ist und Einfluss hat.

Zusammen mit den Interviews wurden Fragebogen eingesetzt, die die **Be- findlichkeit**, das **Kohärenzgefühl** (SOC = sense of coherence) und die Qualität der **Kontrollmeinung** erhoben. Hier ergab sich, dass jene Teilnehmer, die vom Projekt profitierten, auch einen höheren SOC-Wert aufwiesen, was darauf hinweist, dass es ihnen eher möglich war, im Leben einen Sinn zu sehen. Damit wird auf die **Bedeutung der Sinnfrage**, im Kontext der Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen, hingewiesen und die Frage gestellt, wie psychosoziale Institutionen hier einen Beitrag leisten können.

Dem erwähnten Empowermentprojekt und seiner Erforschung schlossen sich **grundsätzliche Überlegungen zum Konzept des Tageszentrums PSAG** an, die zu Umgestaltungen führten. In einem neuen Angebot (**Freejob**) haben Teilnehmerinnen des Tageszentrums Gelegenheit, **Freizeitangebote** zu entwickeln, anzubieten und zu begleiten und das Fachteam des Tageszentrums hat die Gelegenheit, mit diesen Teilnehmern Erfahrungen zu machen, die vorher im Tageszentrum nicht gemacht werden konnten. Wenn man davon ausgeht, dass diese **erweiterten Erfahrungsmöglichkeiten** einen positiven Einfluss auf die Zukunftserwartungen des Fachpersonals in Bezug auf die Teilnehmerinnen haben, so ist diese Erweiterung wichtig, weil zumindest für stationär behandelte, an einer Schizophrenie erkrankte Menschen, nachgewiesen ist (Dauwalder et al. 1984), dass die **Zukunftserwartungen des Fachpersonals**, mehr noch als die Zukunftserwartungen der Patienten selber, den Rehabilitationsverlauf beeinflussen.

1 Theoretischer Hintergrund

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Einführung

In der Schweiz hat die Zahl der IV-Renten aufgrund psychischer Leiden von rund 35'000 im Jahr 1992 auf rund 92'000 im Jahr 2005 zugenommen (Bundesamt für Statistik 2005). Diese Zahl gibt rein quantitativ einen Hinweis darauf, wie wichtig es ist, Präventions- und Rehabilitationsprogramme zu entwickeln, zu untersuchen und entsprechend zu optimieren.

Ausgangspunkt dieser Arbeit war ein Empowerment-Experiment, das wir im Tageszentrum der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Basel durchgeführt haben. Das Experiment bestand darin, den Teilnehmerinnen des Tageszentrums während sechs Wochen Gelegenheit zu geben, ein Projekt auszuwählen, zu planen und anschliessend während einer Woche das Projekt durchzuführen. Die Vorbereitungsarbeiten erfolgten an zwei Halbtagen pro Woche (siehe unten Kapitel 3).

Dieses Experiment wurde von mir begleitend untersucht. Die Untersuchung sollte aufzeigen, inwiefern das Experiment einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Teilnehmer leistete. Die Idee der Gesundheitsförderung liegt heute im Trend und wird entsprechend viel diskutiert. Berger (2003, S. 15) meint sogar:

In der Ideengeschichte der Psychiatrie und in ihrer Alltagspraxis spielt der Begriff Gesundheit indes so gut wie keine Rolle. Seit Beginn der psychiatrischen Wissenschaft beherrscht nämlich das Paradigma der Pathogenese die Auseinandersetzung um das Wesen und die Ursache seelischer Störungen.

Es soll hier nicht bestritten werden, dass die (belastete) Geschichte der Psychiatrie über lange Strecken und an vielen Stätten ihrer Wirksamkeit von solchen und schlimmeren Einseitigkeiten geprägt war. Es darf aber ebenso wenig vergessen werden, dass u. a. tiefenpsychologische Einflüsse in diese Ideengeschichte hin-

ein ragten und ragen. Und es darf in diesem Zusammenhang auch nicht vergessen werden, dass die Psychoanalyse spezifisch für schwer kranke Menschen geschaffen wurde. Freud (1999, S. 20) schreibt:

In Wirklichkeit habe ich meine therapeutische Methode nur an schweren und schwersten Fällen ausarbeiten und versuchen können, mein Material waren zuerst nur Kranke, die alles erfolglos versucht und durch Jahre in Anstalten gewelt hatten. ... Die psychoanalytische Therapie ist an dauernd existenzunfähigen Kranken und für solche geschaffen worden, und ihr Triumph ist es, dass sie eine befriedigende Anzahl von solchen dauernd existenzfähig macht. Gegen diesen Erfolg erscheint dann aller Aufwand geringfügig.

Daraus wird klar, dass ‚Gesundheitsförderung‘ in einem ganz umfassenden Sinn und bezogen auf schwer erkrankte, dauerhospitalisierte Patienten schon vor hundert Jahren und sogar schon vor der Entwicklung wirksamer Psychopharmaka erfolgreich praktiziert wurde. Dass nur eine verschwindende Minderheit der Psychiatriepatienten davon profitierten konnte, ändert nichts Prinzipielles an dieser Einsicht. Heute lebt diese Art der ‚störungsspezifischen Gesundheitsförderung‘ weiter, z.B. in der schulenübergreifenden Psychotherapie der Borderline-Störungen (Dammann & Janssen 2001).

Wenn im Folgenden von Gesundheitsförderung die Rede ist, dann in einem viel allgemeineren, störungsunspezifischeren Sinn. In einer psychosozialen Institution wie dem Tageszentrum PSAG, die nicht störungsspezifisch arbeitet, kann ‚nur‘ ein begrenzter Beitrag zu einer Gesundheitsförderung geleistet werden, der eine psychotherapeutische Behandlung ergänzen, aber niemals ersetzen kann. (Die Aufnahme ins Programm des Tageszentrums PSAG setzt u. a. voraus, dass sich die Teilnehmerin gleichzeitig einer psychiatrisch/psycho-therapeutischen Behandlung unterzieht.)

Psychosoziale Institutionen können aber solche Beiträge in unterschiedlichem Mass leisten und es erscheint, nicht zuletzt im Zusammenhang mit der

heute sehr starken Zunahme der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, sinnvoll, potentiell gesundheitsfördernde Programme zu evaluieren.

Störungsunspezifisch arbeitende Angebote weisen Vorteile auf, die es zu nutzen gilt. Die Durchmischung der Störungsbilder weicht die Fixierung auf psychopathologische Phänomene auf und bietet damit zusätzliche Anknüpfungspunkte für ein ressourcenorientiertes Arbeiten (Krisor & Pfannkuch 1997). Zudem kann der Übertritt z.B. aus einer Psychotherapiestation in eine störungsunspezifisch arbeitende Institution ein erster Schritt in die Normalisierung sein. In der (langen) Zeit ihrer Krankheit haben Psychatriepatienten unterschiedliche Phasen, die mit unterschiedlichen Bedürfnissen verbunden sind, die nur von unterschiedlich gelagerten Institutionen abgedeckt werden können.

Im Folgenden werde ich, nach einer Darstellung der Entwicklung der Idee der Krankheitsprävention an Beispielen darstellen, welche Besonderheiten bei Prävention psychischer Störungen wichtig sind. In einem nächsten Abschnitt werde ich zeigen, wie sich aus der Idee der Krankheitsprävention, im Sinne eines Perspektivenwechsels die Idee der Gesundheitsförderung entwickelt hat, um darauf darstellen zu können, was Gesundheitsförderung im Bereich der psychosozialen Arbeit bedeutet.

Der Begriff Empowerment, den ich daran anschliessend darstelle, hat mehrere Konnotationen. Empowerment im Sinne einer ‚professionellen Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung‘ (Herriger 1997), kann verstanden werden als Aspekt einer modernen psychosozialen Gesundheitsförderung.

Das erwähnte Empowerment-Experiment und das Projekt ‚Freejob‘ (Kapitel 5.4.1), das sich daraus im Tageszentrum PSAG entwickelt hat, können gesehen werden als Versuche, im Rahmen psychosozialer Arbeit einen gesundheitsfördernden Beitrag zu leisten.

1.2 Krankheitsprävention

Prävention dient im allgemeinen Sinn dazu, in der Gegenwart etwas zu unternehmen, um unangenehme oder unerwünschte Zustände in der Zukunft zu vermeiden.

Das Bemühen, Krankheiten zu verhüten und Gesundheit zu erhalten, lässt sich in der Geschichte bis in die Antike zurückverfolgen. Galen thematisierte im 2. Jh. n. Chr. neben der vorgegebenen, unveränderbaren Konstitution die Diätetik als Mittel, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.

Dieses Bemühen begleitet den Menschen in kulturell unterschiedlicher Ausprägung als anthropologische Konstante durch die Geschichte. Konstant ist auch eine mit Prävention einhergehende Ambivalenz. Ausgangspunkt jeder Prävention ist die Vorhersehbarkeit der Krankheit, die einerseits zu erhöhter Furcht führt, andererseits zu dem Bestreben, etwas gegen die befürchteten Gefahren zu unternehmen.

Trotz dieser Konstanten zeigen sich im historischen Rückblick grosse Veränderungen. Der Versuch, Gesundheit zu sichern, ist immer orientiert an der Vorstellung, wie Krankheit entsteht. Von der Antike bis ins 18. Jh. galt die Harmonie bzw. Disharmonie der vier Körperflüssigkeiten Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle (Humoralpathologie) im Zusammenhang mit der inneren Konstitution und äusseren Faktoren wie Klima und geographische Lage als Ursache von Gesundheit bzw. Krankheit. Die Harmonisierung der Flüssigkeiten war darum Leitkonzept des therapeutischen und auch des präventiven Handelns. Besserung erwartete man, wenn überschüssige Flüssigkeit durch Erbrechen oder durch einen Aderlass aus dem Körper entfernt wurde (Duden 1991).

Neben dieser Erklärung stand die Erfahrung, dass die Gesundheit der Allgemeinheit durch die Unachtsamkeit von Einzelnen gefährdet werden konnte. Es wurden daher vorbeugende Massnahmen getroffen. Die Überwachung der Lebensmittel auf den mittelalterlichen Märkten, die Ausgrenzung der Leprösen an den Rand der Stadt und die Anweisung, dass sie sich bei Annäherung mit der Lepraklapper akustisch bemerkbar zu machen hatten, sind Beispiele solcher Regelungsversuche.

Da der Mechanismus der Krankheitsentstehung und Verbreitung zunächst völlig unklar war, fand während der ersten Pestepidemie die Behauptung, die Juden hätten die Brunnen vergiftet und dadurch das Massensterben ausgelöst, ungehinderte Verbreitung. Mit der Diffamierung angeblich Schuldiger konnte vom eigentlichen Problem abgelenkt werden und es konnte mit ihrer Vertreibung eine Handlungsoption angeboten werden.

Im Jahr 1700 beschrieb der italienische Arzt Bernardo Ramazzini die gesundheitliche Belastung verschiedener Berufe und lieferte damit realistischere Erklärungen für Erkrankungen (Gils 1994).

80 Jahre später postulierte Johann Peter Frank eine grundsätzliche Verbindung von Lebensbedingungen und Erkrankung. Er bezeichnete das „Elend“ als Mutter der Krankheiten und forderte die Regenten auf, sich um die Armut ihrer Untertanen zu kümmern. Frank versuchte, ihnen den Nutzen solchen Handelns vor Augen zu führen durch die Vorhersage, dass glückliche Untertanen ein eigenes Interesse daran hätten, das Land für den Landesherrn zu verteidigen und sie seien dazu auch nur in der Lage, wenn sich ihr Elend verringere und dadurch ihre Konstitution verbessere. Franks bedeutendster Reformvorschlag wurde von Kaiser Joseph II von Österreich mit der Abschaffung der Leibeigenschaft realisiert. Joseph II musste ihn allerdings, bevor er seine Wirkung entfalten konnte, kurz vor seinem Tod auf Druck des Adels rückgängig machen. Frank entwickelte für die Bevölkerung unter dem Begriff der „medizinischen Policey“ einen komplexen Kanon gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, der aus heutiger Sicht problematische Regelungen zu Fortpflanzung und Eheschliessung beinhaltete (Schulz-Nieswandt 1997, Lesky 1960).

Johann Peter Frank war Exponent einer Ärzteschaft, die von der Obrigkeit die Sicherung der ökonomischen Lebensgrundlage der Bevölkerung und von den Untertanen ein „vernünftiges“ Verhalten forderte. Im Kontext der 1848er Revolution wandelte sich diese Pflicht zum Postulat eines staatsbürgerlichen Rechtes auf Gesundheit. Der Berliner Arzt Salomon Neumann proklamierte, Gesundheit sei ebenso vom Staat zu schützen, wie das Recht auf Eigentum, zumal die Gesundheit für die arbeitende Bevölkerung ihr einziges Recht auf Eigentum sei (Neumann 1975).

Wissenschaftliche Erkenntnisse der experimentellen Hygiene erhärteten die Ansicht von der gesundheitlichen Relevanz der äusseren Lebensbedingungen. Dies unterstützte das bürgerliche Bestreben nach Ordnung, das auf die Sanierung der städtischen Umwelt zielte (Kanalisation, Städteplanung) und auch von der Unterschicht hygienisches Verhalten nach dem Vorbild bürgerlicher Haushaltsführung forderte. Diese Prävention, die mit der Forderung nach Disziplinierung einherging, hing von Wohltätigkeit ab, scheiterte aber meist an mangelnden Mitteln der Unterschichten (Sachse und Tennstedt 1998, S. 15-18).

Bismarck setzte später eine Sozialversicherung unter staatlicher Beteiligung für die politisch aktive Elite der Industriearbeiter durch. Dabei ging es nicht in erster Linie um die Gesundheit der Arbeiter, sondern um die Vermeidung weiterer politischer Proteste. Trotzdem hatte sie eine präventive Wirkung, weil sie im Schadenfall Therapie und Lohnausgleich anbot. Erst dadurch wurde Rekonvaleszenz in ärmeren Familien ermöglicht. Später wurde die Versicherungspflicht auf weitere Berufsgruppen erweitert. In der Mitte der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts wurden erstmals für kurze Zeit präventive Massnahmen in die Leistungen der Sozialversicherung integriert (Moser 2002, S. 98-101).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts traten Sozialhygieniker, wie Alfred Grotjan und Adolf Gottstein auf, die die Bedeutung der sozialen Lage auf die Erkrankung und auch auf die Gesundung erkannten. Sie plädierten für eine frühe Diagnose, verbunden mit flankierenden sozialen Massnahmen zur Vorbeugung und Bekämpfung der Volkskrankheiten (Grotjahn 1912).

Damit setzten sich die Sozialhygieniker in einen scharfen Gegensatz zu den Rassenhygienikern, die behaupteten, soziale Massnahmen führten zu einer Schwächung der Population, weil die „natürliche Selektion der Schwachen“ ausgeschaltet sei.

Die Sozialhygieniker konnten insbesondere auf die positive Wirkung der Säuglingsvorsorge verweisen. Hier erwies sich die Kombination von Primärprävention zur Verhütung von Verdauungskrankheiten durch Aufklärung und Anleitung zum Stillen mit einer Sekundärprävention zu ihrer Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung als erfolgreich. Arme Familien erhielten zusätzlich zur Aufklärung Stillprämien oder spezielle Säuglingsmilch, was eine gelungene Kombina-

tion von Verhaltens- und Verhältnisprävention bedeutete (Stöckel 1996, S. 363-365).

Der Erfolg der Massnahmen hing zusammen mit ihrer wissenschaftlichen Begründung und mit dem sozialen Engagement der Beteiligten. Sozial aktive Ärzte engagierten sich zusammen mit der bürgerlichen Frauenbewegung, die hier eine öffentliche Aufgabe gefunden hatte. Es wurden in den Kommunen Fürsorgestellen eingerichtet, die zuständig waren für die Früherkennung und für das Einleiten adäquater Massnahmen. Im ersten Weltkrieg wurde aus nationalen Erwägungen diese Massnahme, mit dem Hinweis auf „prinzipielle biologische Schutzbedürftigkeit“ erweitert (Stöckel 1996, S. 325-365).

Diese und ähnlich gelagerte Massnahmen gerieten im Zusammenhang mit der ökonomischen Krise am Ende der Weimarer Republik unter Druck. Nationalistische Kreise verlangten, die vorbeugende Fürsorge solle auf „Leistungsfähige“ eingeschränkt werden (Moser 2002, S. 104-106). Rassenhygieniker verlangten zusätzlich die Sterilisation so genannter „Minderwertiger“ und stiessen damit 1932 bei der Ärzteschaft auf ein positives Echo. Selbst Grotjahn kritisierte die „unkontrollierte Vermehrung der Nervenkranken“, da sie innerlich „labil“ und damit eine Gefahr für die Population seien (Schmiedebach 2002, 32f.).

Im Nationalsozialismus bestimmte die Teilung der Gesellschaft in „vollwertige Volksgenossen“ und so genannte „Minderwertige“ den Zugang zu Prävention bzw. medizinischer Versorgung. Die nationalsozialistische Volkswohlfahrt unterstützte die Leistungsfähigen und es wurden auch einzelne Früherkennungsangebote ausgebaut. Behinderte und psychisch Erkrankte wurden aber nicht mehr versorgt und dadurch weiter sozial ausgegrenzt. Damit wurde ihre Vernichtung vorbereitet. (Ley 2002, S. 128-133).

Die Zwangssterilisation, die nicht nur Kranke, sondern auch „sozial Auffällige“ und „schwer Erziehbare“ betraf (Rothmaler 1987, S. 78-83), folgte derselben „Logik“, die nicht die Krankheit bekämpfen und verhindern wollte, sondern die an ihr Leidenden. Ebenso rigide war im Nationalsozialismus die Verhaltensprävention. Mit einer auf den Willen setzenden „Gesundheitsführung“ der „arbeitsfähigen Volksgenossen“ sollte einer „Anbrüchigkeit“ vorgebeugt werden. Ziel war nicht Gesundheit, sondern Leistung (Stöckel 2004, S. 25).

Prävention in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Ende der 50er Jahre stand in den westlichen Ländern endlich genügend Penicillin zur Verfügung. Die Fortschritte der Pharmaindustrie weckten die Hoffnung, dass in absehbarer Zeit alle Erkrankungen medikamentös erfolgreich behandelt werden könnten. In den Vordergrund traten aber die chronischen, so genannten „Zivilisationskrankheiten“, namentlich die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und Nervenkrankheiten. Es wurden aber kaum auf spezifische Lebensverhältnisse bezogene Gruppenpräventionen durchgeführt. Die Mittel der Wahl waren Früherkennung und Anleitung zu individuellen Verhaltensveränderungen. Von diesen Interventionen konnten gerade sozial benachteiligte Bevölkerungssegmente wenig profitieren (Hagen 1978, S. 8f; Geyer 2003).

In den 60er und 70er Jahren wurde für die Prävention chronischer Krankheiten das Risikofaktorenmodell wegleitend. Auf der Grundlage der in den USA durchgeführten Framingham-Studie (Scherbaum, 2003) zur Mortalität von Herzerkrankungen wurden soziokulturelle Verhaltensweisen wie Rauchen und Ernährung mit Laborwerten (Cholesterin) korreliert und auf diese Weise Faktoren identifiziert, die für das verstärkte Auftreten chronischer Erkrankungen als massgeblich angesehen wurden. Zum Zeitpunkt der Erhebung der Werte lag meist noch keine Erkrankung vor, die (erhöhten) Werte sollten aber das Individuum zu positiven Verhaltensveränderungen beeinflussen.

Dieser Ansatz erklärt das Verhalten des Patienten zum Hauptfaktor für die Erkrankung. Der Begriff des Risikos impliziert zudem, dass es eine Entscheidung für oder gegen das Risiko gibt, die Krankheit nach sich zieht, oder Krankheit verhindert. Man versuchte durch Schreckensszenarien der drohenden Krankheit, Einfluss auf diese Entscheidung zu nehmen. Es zeigte sich aber, dass diese Strategie relativ wirkungslos blieb. Sie wurde in der Folge erweitert um Strategien zur Motivierung. Schwarzer (1997) analysierte diese Ansätze als sozial-kognitives Prozessmodell, indem auf die Wahrnehmung der Bedrohung, der Absicht ihr entgegenzuwirken und auf das Konzept der Kompetenzerwartung Gewicht gelegt wurde.

Genetische Diagnostik und Prävention im 21. Jh.

Genetik und Molekularbiologie werden spätestens seit dem ‚Human Genom Project‘ (Human Genom Projekt Information 2006) in der Medizin zu zentralen Forschungsschwerpunkten. Bisher beschränkt sich, von wenigen Versuchen einer Gentherapie abgesehen, die Anwendung auf die genetische Diagnostik, die aber zunehmend Teil des klinischen Alltags wird. Mit ihrer Hilfe lässt sich die Disposition für Erkrankungen feststellen. Bei monokausalen Krankheiten kann die genetische Diagnostik klären, ob eine Disposition vorliegt oder nicht. Wenn die Disposition ausgeschlossen werden kann, ist der Nutzen offensichtlich. Wenn sie nicht ausgeschlossen werden kann, kann sie sich positiv auswirken, wenn Präventionspotentiale bestehen, die im Sinn einer Gesundheitsförderung umgesetzt werden können.

Bei den multifaktoriellen Krankheiten ist das Auftreten der Krankheit nicht ausschliesslich von der genetischen Disposition abhängig, sondern auch von äusseren Faktoren. Das Wissen um die Disposition kann hier zu einer jahre- oder jahrzehntelangen Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihrem wahrscheinlichen Auftreten führen, was ein Verlust von unbeschwerter Lebenszeit bedeuten kann und Schwierigkeiten z.B. beim Finden eines Arbeitsplatzes nach sich ziehen kann. Eine positive Wirkung ist auch hier v.a. gegeben, wenn sich ein Bereich für präventives Handeln identifizieren lässt, was gerade bei multifaktoriellen Krankheiten oft gegeben ist. Diesem Vorteil kann die Angst vor Erfassung und Stigmatisierung gegenüberstehen (Stöckle 2004).

1.2.1 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Anders als Kuration bzw. Therapie setzt Prävention normalerweise zeitlich vor und nicht nach dem Auftreten einer Krankheit an. Gezielte präventive Interventionen verlangen idealerweise ätiologisches Wissen über die Entstehung spezifischer Krankheiten, sowie Veränderungswissen (Becker 1997). Vielen Krankheiten liegt jedoch ein komplexes Bedingungsgefüge multipler Faktoren zugrunde und oft sind weder alle möglichen Einflussfaktoren noch die Art ihres kausalen

Zusammenwirkens bekannt. Insofern ist Prävention weniger auf konkrete kausale Eingriffe als auf die Beeinflussung von Bedingungs- oder Risikofaktoren für Krankheiten ausgerichtet (Leppin 2004, S.31).

Primärprävention als Prototyp von Prävention bezieht sich auf das Verhindern des Neuauftretens einer Krankheit. Sie soll durch Eindämmen oder Ausschalten von Krankheitsursachen oder durch die Stärkung von Abwehrmechanismen (Beispiel: Impfungen) verhindern, dass pathogene Prozesse in Gang kommen. Sie setzt also vor dem Erstaufreten eines nicht erwünschten Zustandes ein. Adressaten der Primärprävention sind also Gesunde oder zumindest Personen ohne manifeste Symptomatik. Sie hat also das Ziel, die Inzidenz bestimmter Krankheiten zu senken.

Die **Sekundärprävention** hingegen dient der Früherkennung und Krankheitseindämmung. Oft nehmen Krankheitsprozesse einen Anfang ohne dass die Betroffenen es merken. Mittels geeigneter diagnostischer Massnahmen kann der pathogene Prozess aber erkannt werden. Durch therapeutisches Eingreifen kann darauf die Krankheit verhindert, oder zumindest abgeschwächt werden. Beispiele sind hier Krankheitsfrüherkennungs-Untersuchungen oder Massen-Screenings (z.B. Mammographien). Ziel ist also die Eindämmung der Progredienz der Krankheit. Andere Beispiele von sekundärer Prävention sind Programme, die Jugendliche erfassen, die bereits Drogen konsumieren, um Sucht und Abhängigkeit zu verhindern, oder die Frühintervention bei verhaltensauffälligen Kleinkindern, mit dem Ziel, späteren psychischen Störungen oder Problemverhalten vorzubeugen. Die Früherfassung von Jugendlichen mit Symptomen, die einer schizophrenen Erkrankung vorausgehen können, ist ebenfalls eine sekundärpräventive Massnahme.

Von **tertiärer Prävention** spricht man, wenn eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifest geworden ist. Hier geht es darum, die Intensität der Krankheit zu mildern, bzw. darum, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen vorzubeugen. Die tertiäre Prävention lässt sich oft nur schwer von der medizinisch-therapeutischen Behandlung bzw. von rehabilitativen Massnahmen abgrenzen. Entscheidend für die Unterscheidung ist die Perspektive bzw. die Zielrichtung der Massnahme. Wegen der mangelnden Trennschärfe der Begriffe

haben Mrazek & Haggerty (1994) vorgeschlagen, auf den Begriff der tertiären Prävention generell zu verzichten.

Tabelle 1: Klassifikation von Präventivmassnahmen (Leppin 2004, S.33)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor dem Eintreten der Krankheit	In Frühstadien der Krankheit	Nach Manifestation einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progression oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Wie Rose (1992) und Froon & Benassat (2000) festgehalten haben, bleibt aber der Versuch, einen komplexen kontinuierlichen Prozess wie die Ätiologie chronischer Krankheiten in diskrete Kategorien zu zerlegen, eine Ordnungszwecken dienende Konstruktion, die bis zu einem gewissen Grad immer arbiträr ist.

Auch die Abgrenzung von Risikofaktor und Krankheit wirft Probleme auf. Wenn z.B. Bluthochdruck bei ansonst Gesunden als Risikofaktor definiert wird, so kann leicht eine präventive Massnahme zur Blutdruckkontrolle als primäre Prävention bezeichnet werden. Wenn aber Bluthochdruck als Krankheit definiert wird, so wird die gleiche Massnahme als sekundäre Prävention gesehen werden (Froon & Benassat 2000).

1.2.2 Strategien der Prävention

Krankheitsprävention kann auf zwei Wegen umgesetzt werden. Der eine besteht darin, Krankheitsursachen auszuschalten oder zu vermindern. Beispiele hier sind die Ausrottung des Pockenvirus, oder die Beseitigung pathogener Bedingungen an einem Arbeitsplatz.

Der andere Weg beruht darauf, die Abwehrkräfte der Zielgruppe der präventiven Massnahme zu stärken. Die Pockenschutzimpfung, die Förderung körperlicher Aktivität zur Stärkung des Immunsystems oder Kompetenz fördernde Verhaltenstrainings zur Prävention von Drogenkonsum sind hier Beispiele.

Es werden auch universelle versus zielgruppenspezifische Präventionsansätze unterschieden. **Universelle Strategien** verzichten darauf, ihre Adressaten nach Kriterien auszuwählen, sondern zielen auf die Gesamtbevölkerung. Beispiel hier ist das Einblenden des Hinweises ‚Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit‘ nach Zigarettenwerbefilmen. **Zielgruppenspezifische Ansätze** sprechen hingegen nur ein bestimmtes Segment der Bevölkerung an, z.B. eine Personengruppe, die Risikofaktoren aufweist. Wenn die anzusprechende Gruppe noch nicht erkrankt ist, spricht man von selektiven Präventionsstrategien. (Beispiel: Strategie, die speziell Personen anspricht, in deren Familie gehäuft Darmkrebs vorkommt.) Von indizierten Präventionsstrategien spricht man, wenn die Personen, die angesprochen werden sollen, bereits Vorstufen der Krankheit aufweisen. (Beispiel: Strategie, die Personen erreichen will, die bereits Darmpolypen, eine Vorstufe von Darmkrebs, aufweisen.)

Rose (1992) und Schwartz & Walter (1998) haben darauf hingewiesen, dass Hochrisikostراتيجien sich leichter auf die (weitgehend homogene) Zielgruppe zuschneiden lassen, sich auch leichter in das medizinische Versorgungssystem integrieren lassen und in der Regel kosteneffektiver sind als Massnahmen, die die ganze Bevölkerung ansprechen sollen. Die Autoren geben aber auch zu bedenken, dass Hochrisiko-Kampagnen zur Stigmatisierung (Labeling-Effekt) der Zielgruppe beitragen können.

Rose (1992) hat auf ein Präventionsparadox hingewiesen, das darin besteht, dass die gesamtgesellschaftliche Krankheitslast („burden of disease“) nur

dann in relevantem Ausmass vermindert werden kann, wenn eine grosse Zahl von Personen eine Präventionsmassnahme umsetzt, was eindeutig für eine universelle Strategie spricht, dass aber andererseits der individuelle Profit bei Hochrisiko-Gruppen viel höher ist, was ein Argument für eine selektive Strategie ist. Grundsätzlich erscheint es fraglich, die beiden Ansätze gegeneinander auszuspielen, beide können sich als notwendig und sinnvoll erweisen. Probleme in Bezug auf die Begründung präventiver Massnahmen können sich allerdings ergeben, wenn eine Präventionsmassnahme zwar reale gesundheitliche Vorteile durch Risikoreduktion verspricht, dass aber diese Vorteile erst mit erheblicher Zeitverzögerung auftreten und sich nur schwer nachweisen lassen.

In Bezug auf den Ansatz präventiver Massnahmen kann man zwischen **Verhaltens-** und **Verhältnisprävention** unterscheiden. Verhaltensprävention versucht, individuelles Risikoverhalten wie Rauchen und Bewegungsarmut zu verändern. Klassisches Beispiel einer universellen Verhaltensprävention ist ein Fernsehspot zur Aidsaufklärung, der die Verwendung von Kondomen propagiert. Vorträge im Rahmen kardiologischer Rehabilitation, die auf die Bedeutung des Nichtrauchens, der körperlichen Aktivität und cholesterinarter Ernährung im Hinblick auf die Vermeidung eines Reinfarktes hinweisen, sind Beispiele risikogruppenspezifischer Verhaltensprävention.

Verhältnisprävention hingegen will die Umwelt von Individuen verändern, indem z.B. das Trinkwasser flächendeckend fluoridiert wird (universelle verhältnispräventive Massnahme), oder eine gesetzliche Regelung zum Verbot der ungeschützten Bearbeitung gesundheitsschädigender Stoffe wäre eine risikogruppenspezifische verhältnispräventive Massnahme.

1.2.3 Methoden der Prävention

Die vielfältige Palette von Methoden der Prävention lässt sich wie folgt systematisieren:

- edukative Verfahren
- Normativ-regulatorische Verfahren
- ökonomische Anreiz/Bestrafungssysteme

Die **psycho-edukativen Verfahren** setzen auf die Einsicht und die Motivation zur Verhaltensänderung des Individuums. Sie versuchen die Motivation und Kompetenz zu stärken, gesundheitsschädigendes Verhalten zu reduzieren und gesundheitsförderliches Verhalten aufzubauen. Es lassen sich v.a. folgende Methoden unterscheiden:

- Information/Aufklärung (z.B. Kampagne über die Gefahren von AIDS und die Möglichkeit sich zu schützen, individuelles Arzt-Patient-Gespräch über das Rauchen)
- Beratung (z.B. Drogen/Suchtberatung, Patientenberatung)
- Verhaltens- und Selbstmanagementstrainings (z.B. Stressbewältigungsprogramme, Patientenschulung)

Sozio-edukative Verfahren versuchen, präventive Prozesse in Gruppen und Organisationen zu initiieren. Im Rahmen von ‚community advocacy‘ und ‚community development‘ geht es darum, durch Überzeugungsarbeit lokale Entscheidungsträger und Beteiligte/Betroffene für bessere, präventiv wirksame Versorgungsstrukturen und Angebote zu gewinnen (McKenzie und Smeltzer 1997; Minkler und Wallerstein 2002).

Normativ-regulatorische Massnahmen versuchen, präventive Ziele über Gesetze und Vorschriften zu erreichen. Beispiele aus dem Bereich der Verhaltensprävention sind die Promillegrenze, die Anschnallpflicht und Rauchverbote für bestimm-

te Räume. Im Bereich der Verhältnisprävention spielen auf dieser Ebene gelagerte Massnahmen eine zentrale Rolle. Hier sind z.B. Emissionsschutzgesetze und Schadstoffverordnungen zu nennen.

Es besteht auch die Möglichkeit, über ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme auf das Verhalten und die Verhältnisse im präventiven Sinne Einfluss zu nehmen. Als Beispiel kann hier die Tabaksteuer angeführt werden, die über die Verteuerung eines gesundheitsschädigenden Produkts versucht, das Konsumverhalten positiv zu beeinflussen. Die Ermässigung der Krankenkassenprämie für Nichtraucher wäre ein Beispiel, wie ein (verhaltens-) präventiv wirksames Anreizsystem geschaffen werden könnte. Die Steuererleichterung für Betriebe, bei Einführung ergonomischer Arbeitsplätze, wäre ein verhältnispräventiv-wirksames Anreizsystem.

Kolip (2003) und Weissberg, Kumpfer & Seligmann (2003) weisen darauf hin, dass Prävention bisher daran krankte, dass Einzelinitiativen ohne Koordination durchgeführt wurden. Die Autoren sind aber der Ansicht, dass vieles darauf hinweist, dass Prävention v.a. dann erfolgreich ist, wenn präventive Massnahmen miteinander verknüpft sind, aufeinander aufbauen und in einem konsistenten Kontext stehen.

1.2.4 Kritische Perspektiven

Präventionskonzepte sind nicht davor geschützt, nicht die Ursachen von Krankheiten, sondern die Kranken zu bekämpfen. Das Konzept der ‚Rassenhygiene‘ der NSDAP ist ein bedrückendes Beispiel dafür, dass Gesundheitsutopien und Menschenverachtung in einer perversen Art zusammenfallen können. Schmacke (1998) schreibt dazu:

Mit der sozial-darwinistisch so genannten Verhütung erbkranken Nachwuchses, mit der Vernichtung für unwert erklärten Lebens und der Indienstnahme der Institutionen der psychiatrischen Versorgung hatte sich die Idee der Prävention in die Wahnidee

der Vernichtung von Kranken und der Schaffung einer genetisch wertvollen Population verwandelt.

Bezogen auf die aktuelle Situation sind drei Dimensionen eines möglichen oder tatsächlichen Missbrauchs von Prävention zu erkennen.

1. Individuumszentrierung

Es besteht die Gefahr, dass eine auf das Individuum zentrierte Medizin, die in der molekularbiologischen Ära zu neuen Höhenflügen ansetzt und zu immer subtileren Möglichkeiten der Frühdiagnostik führt, die ‚alten‘ Erkenntnisse zur Bedeutung der sozialen Determinanten von Krankheit und Gesundheit an den Rand drängt (Schmacke 1998).

2. Selbstverschuldungstheorie von Krankheit und schlechtem Befinden

In den 60er Jahren wurde der Schlüsselbegriff ‚Zivilisationskrankheiten‘ geprägt. Parallel dazu, wurden Kampagnen geführt, die der Bekämpfung der Risikofaktoren dienten. Es dominieren seither Appelle an ein gesundheitsbewusstes Verhalten und es besteht damit die Gefahr, dass ‚Unvernünftige‘ zunehmend auf Unverständnis stossen, während die ‚Vernünftigen‘ sich von einer teils kultisch betriebenen Gesundheitsphilosophie (Healthismus) vereinnahmen lassen. (Schmacke 1998).

3. Gefahr der sozialen Kontrolle von Menschen.

Es besteht die Gefahr, dass diese ‚Unvernünftigen‘ einem zunehmendem Druck ausgesetzt sind und ihr Verhalten kontrolliert, bzw. der Versuch unternommen wird, dieses Verhalten z.B. über eine Erhöhung der Krankenkassenprämien in einer Art zu steuern, die mit der Idee der persönlichen Freiheit nicht mehr vereinbar ist. Diese Gefahr ist um so ernster zu nehmen, als sich die technischen Möglichkeiten einer solchen Kontrolle rasant entwickeln.

1.2.5 Zusammenfassung Krankheitsprävention

Im Unterschied zur Therapie setzt Krankheitsprävention zeitlich vor und nicht nach dem Auftreten einer Krankheit an. Weil Krankheiten normalerweise ein komplexes Bedingungsgefüge multipler Faktoren zugrunde liegt, ist Krankheitsprävention weniger auf konkrete kausale Eingriffe als auf die Beeinflussung von Bedingungs- und Risikofaktoren ausgerichtet.

Primärprävention will das Neuauftreten einer Krankheit verhindern.

Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Krankheit an und dient der Früherkennung und Krankheitseindämmung.

Tertiäre Prävention setzt ein, wenn eine Krankheit bereits manifest geworden ist. Sie will Folgeschäden und/oder Rückfälle verhindern.

Verhaltensprävention sucht Risikoverhalten (z.B. Rauchen) zu vermindern.

Verhältnisprävention will die Umwelt von Individuen verändern (z.B. Fluorierung von Trinkwasser) um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krankheiten zu vermindern.

Im Zug einer zunehmenden Zentrierung der Medizin auf das Individuum besteht die Gefahr, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit an den Rand gedrängt werden und es besteht die Gefahr eines ‚Zwanges zur Gesundheit‘ (Dörner 2004a), der mit der Idee der persönlichen Freiheit nicht mehr vereinbar ist.

1.3 Prävention psychischer Störungen

In einer umfassenden Metaanalyse von 177 Interventionen im Bereich der Prävention psychischer Beschwerden konnte deren generelle Wirksamkeit bestätigt werden (Durlak & Wells 1997). Dabei waren vor allem solche Programme erfolgreich, die sich auf spezifische Problemstellungen bzw. Risikogruppen konzentriert hatten und einen emotional-verhaltensorientierten Ansatz verfolgten. Im Folgenden sollen Beispiele solcher Programme referiert werden, die exemplarisch zeigen, worauf es im Zusammenhang ankommt.

1.3.1 Primäre Prävention psychischer Störungen

Go! – „Gesundheit und Optimismus“

Jugendliche sind mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Es sind Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Havighurst 1953). Dazu gehören das Eingehen reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts, das Erlangen emotionaler und ökonomischer Unabhängigkeit von den Eltern, Berufswahl, Vorbereitung auf eine Rolle in der Familie, sowie die Entwicklung intellektueller und sozialer Kompetenzen für die Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld.

Psychische Probleme können dabei Ursache oder Folge einer ungenügenden Anpassung an diese Anforderung sein. Vor allem Ängste und Depressionen wirken sich sehr ungünstig auf den Entwicklungsverlauf der Heranwachsenden aus (Junge et al. 2001) und können Probleme wie Alkohol-, Substanzmissbrauch und Suizid (-versuche) nach sich ziehen.

Häufig erfolgt eine Behandlung erst, wenn die Betroffenen schon mehrere Jahre an den Symptomen leiden und sich bereits vielfältige Folgeprobleme entwickelt haben. Aus diesem Grund wurde das erwähnte Programm Go! – „Gesundheit und Optimismus“ entwickelt. Es will bereits vor der Manifestation einer Störung präventiv eingreifen und dabei den Umstand nutzen, dass sich in den letzten Jahren der Wissensstand über die Ursachen psychischer Beschwerden und deren Therapie deutlich verbessert hat.

Durch das Projekt sollten folgende Ziele erreicht werden:

- Erstellung eines störungsspezifischen Programms zur Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen, das zielgruppengerecht und im schulischen Setting einsetzbar ist.
- Verbesserung der psychischen Gesundheit der Programmteilnehmer
- Symptomreduktion der Zielstörung
- Verminderung der Inzidenzraten für Symptome von Angst und Depression.

Diese Ziele sollten erreicht werden

- durch die **Vermittlung von Störungswissen**
- durch die **Beeinflussung störungsrelevanter kognitiver Variablen und Verhaltensmuster**
- sowie durch das **Training sozialer Kompetenzen**.

Nach abgeschlossener Evaluation des Programms wird ein Transfer für die Praxis angestrebt. Dazu wird die Erstellung einer Schulungskonzeption incl. Manual und Schulungsmaterialien für potentielle Moderatoren und Mediatorinnen vorbereitet.

Methodik

Das Programm Go! „Gesundheit und Optimismus“ wurde für jugendliche Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 15 und 17 Jahren konzipiert, weil in diesem Alter Angststörungen und Depressionen einen ersten Erkrankungsgipfel erreichen (Burke et al. 1990).

Für die Entwicklung eines solchen Programms ist zunächst eine homogene Zielgruppe anzustreben. Als Grundgesamtheit wurden darum die ca. 4000 Schülerinnen bestimmt, die 1998 in den Klassenstufen 9 und 10 in den Gymnasien des Regierungsbezirks Dresden unterrichtet wurden. Von vier dieser Gymnasien wurden jeweils alle Schüler der Klassenstufe 9 und 10 zur Studienteilnahme eingeladen. Von den 612 Schülerinnen, von denen schliesslich auswertbare Frage-

bogen vorlagen, waren 42% (N=253) Jungen und 58% (N=359) Mädchen, was in etwa der Geschlechterverteilung an deutschen Gymnasien entspricht.

Die 612 Schüler wurden darauf zufällig auf eine Treatmentgruppe (N=309) und auf eine Kontrollgruppe (N=303) verteilt. Alle Schülerinnen wurden zunächst mit einer Fragebogenbatterie sowie mit einem persönlichen strukturierten Interview (Mini.DIPS-J; Margraf & Junge 1998) auf ihre psychische Gesundheit untersucht und die Häufigkeit psychischer Störungen bestimmt.

Die Schüler der Interventionsgruppe nahmen dann in ihrem Klassenverband an einem achtwöchigen Kurs teil. Die Kontrollklassen beteiligten sich nur an der Diagnostik. Beide Gruppen wurden nach Programmende und in einem Abstand von 6 Monaten nachuntersucht.

Die Intervention (der achtwöchige Kurs) des Programms basiert auf aktuellen empirischen Erkenntnissen zur Entstehung und Therapie von Angststörungen und Depressionen (Junge et al. 2001). Das Programm verwendet zwei grundlegende Strategien: Wissensvermittlung und eine kognitiv-behaviorales Training. Auf der Ebene der Wissensvermittlung werden die Teilnehmerinnen umfassend über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten und depressiven Stimmungen sowie Möglichkeiten ihrer Beeinflussung aufgeklärt. Junge et al. (2001) schreiben:

Das Zusammenwirken von Kognitionen, Emotionen, physiologischen Reaktionen und Verhalten bei der Entstehung unangemessener Erlebens- und Verhaltensweisen wird herausgearbeitet und die Wahrnehmung dieser Zusammenhänge geschult. Fehlangepasste Denkstile (z.B. katastrophisierendes, dichotones Denken) und Verhaltensmuster (z. B. Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug) werden transparent und damit einer Veränderung zugänglich gemacht. Die Wissensvermittlung wird ergänzt durch den systematischen Aufbau neuer „funktionalerer Verhaltensweisen und Denkmuster. Dabei werden gezielte

Kompetenzen zur Verhaltensmodifikation, Problemlösung, sozialen Interaktion und zur Entspannung vermittelt.

Das Trainingsprogramm lässt sich in drei Bausteine untergliedern:

- 1 **Angst:** Vier Komponenten Modell (kognitiv affektiv, physiologisch, behavioral); Zeitverlauf von Angstreaktionen und Implikationen für die Bewältigung; Bedeutung von Fehlinterpretationen körperlicher Symptome und von Aufschaukelungsprozessen; Übung von Selbstkonfrontationstechniken und Techniken zur Veränderung kognitiver Verzerrungen.
- 2 **Depression:** Negative Überzeugungen und Attributionsstile korrigieren; alternative Erklärungsstile erarbeiten und unangemessene durch realistische ersetzen.
- 3 **Soziale Kompetenz:** Klärung eigener Ziele und Absichten vor einer Handlung, Antizipation von Handlungskompetenzen; Selbstsicherheitstraining; Entspannungsübungen.

Als didaktische Methoden und Medien kommen u.a. Rollenspiele und Selbsterfahrungsübungen zum Einsatz. Durch Hausaufgaben und ein kurzes Wiederholungsquiz zu Beginn jeder Feinheit wird das Gelernte gefestigt. Die Übertragung der Kursinhalte in den persönlichen Alltag soll dabei durch eine Fülle vertiefender Lernmaterialien wie z.B. Wissens- und Arbeitsblätter unterstützt werden.

Tabelle 2: Inhaltsübersicht des Programms GO! (Junge et al. 2001)

Einheit	Thema/Titel	Inhalt
1	Einführung/ Gefühle	Kennenlernen/ Vorstellung des Programms/ Analyse von Belastungsfaktoren/Stressoren der Jugendlichen/ Vier Komponenten des Stress
2	Gedanken/ Gefühle und Verhalten	Persönliche Zielbestimmung für den Kurs/ Stressexperimente /Gedanken, Gefühle und Verhalten im Kreislauf und wie man diesen unterbrechen kann/ Die Rolle der automatischen Gedanken
3	Angst	Was ist Angst?/ Die vier Komponenten von Angst/ Übermäßige Angst, wie sie entsteht, was sie aufrechterhält und was man dagegen tun kann/ Selbstkonfrontation
4	Depression	Psychische Störungen/ Depression/ Depressives Denken/ Denkfehler und andere kognitive Verzerrungen/ Suchen nach Beweisen
5	Soziale Kompetenz; Selbstsicherheit	Soziale Kompetenz/ Selbstsicheres und aggressives Verhalten/ Verhandeln und Kompromisse machen
6	Stressbewältigung	Die Stressreaktion des Menschen/ Stress und Leistung/ Möglichkeiten zur Stressbewältigung/ Entkatastrophisieren/ Zeitmanagement/ Entspannung
7	Bewältigungsfertigkeiten	Schritte zur Problemlösung/ Umgang mit Misserfolgen und Frustrationen/ Umgang mit Menschen, die Probleme haben/ Wo bekomme ich bei Bedarf Hilfe?/ Wiederholung
8	Wiederholung/ Abschluss	Wiederholung der Inhalte der Sitzungen 1-7/ Abschluss/ Ausblick/Zukunftspläne/ Feedback/Abschlussbefragung

Das Programm erstreckt sich über einen Zeitraum von acht Wochen bei einer Doppelstunde Pro Woche. Damit ergibt sich eine Nettoprogrammzeit von 12 Zeitstunden.

Ergebnisse

In der Stichprobe der erfassten 612 Jugendlichen waren zum Zeitpunkt des Interviews 16,5 % der Jungen und 28,2 % der Mädchen schon mindestens einmal von einer psychischen Störung betroffen. Besonders häufig waren dabei die Angststörungen vertreten, die bei den Mädchen mit 21.1 % fast doppelt so häufig auftraten wie bei den Jungen (11 %). Seltener wurden klinische Depressionen diagnostiziert (3.8 % bzw. 7.8 %). Somatoforme Störungen wurden unter den Schülern nur in geringer Anzahl registriert (0.8 % bzw. 0.9 %). Essstörungen wurden bei den Jungen keine, bei den Mädchen aber recht häufig diagnostiziert (0 % bzw. 2.6%). Substanzmissbrauch trat bei den Jungen häufiger auf als bei den Mädchen (3.4 % bzw. 2.6 %). Auch die sog. 'expansive Kinderstörung' (Aufmerksamkeits- Hyperaktivitätsstörung, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens) war bei den Jungen häufiger anzutreffen als bei den Mädchen (5.1 % bzw. 3.5 %).

Die Bewertung des Programms durch die Schüler der Treatmentgruppe fiel positiv aus. 87.2 % der Jugendlichen gefiel das Programm gut oder sehr gut. 51.2 % beurteilten den persönlichen Nutzen des Programms als gross oder sehr gross und für weitere 42.4 % lag er in einem mittleren Bereich. Nur für 6.4 % war der subjektive Nutzen klein oder sehr klein. Insgesamt 97,2 % der Schülerinnen würden als Rektor ihrer Schule das Programm auch anderen Klassen regelmässig anbieten.

Über die subjektive Bewertung hinaus ist es natürlich von Bedeutung, ob die Schüler tatsächlich neues Wissen über psychische Zusammenhänge erwerben konnten (Wirksamkeit des Programms auf psychoedukativer Ebene). Dieser Zuwachs wurde mit einem Quiz vor und nach dem Programm und 6 Monate nach dem Abschluss des Programms gemessen. Er nahm im Prä-Post-Test hochsignifikant zu. Dieser Effekt schwächte sich nach Programmende zwar ab, blieb aber hochsignifikant.

Die Wirksamkeit des Programms auf der **Ebene der Symptome** von Angst und Depression konnte nicht nachgewiesen werden. Sowohl in Bezug auf die Treatment- als auch für die Kontrollgruppe ergab sich aber eine deutliche Ab-

schwächung der Symptome in der Zeitachse, für die die Autoren keine Erklärung angeben. Wegen der kurzen Katamnesezeit können die Autoren auch keine gesicherten Aussagen über die Inzidenz von Ängsten und Depressionen machen.

Auf der **kognitiven Ebene** gilt katastrophisierendes Denken als Risikofaktor für Ängste und Depressionen. Dieser kognitive Stil konnte in der Treatmentgruppe positiv beeinflusst werden. Auch im Bereich der dysfunktionalen Überzeugungen, die mit der Entstehung von Depression in Zusammenhang gebracht werden (Manz 2001), konnte im Prä-Post-Test ein signifikant positiver Programmeffekt festgestellt werden. Zur 6-Monats-Katamnese war jedoch nur noch bei den Jungen ein Unterschied zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe nachzuweisen, was die Autoren zur Überlegung veranlasst, ob die Trainingszeit möglicherweise zu kurz angesetzt wurde.

Auf der **Verhaltensebene** trägt das Vermeiden angstbesetzter Situationen entscheidend zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angsterkrankungen bei (Junge et al. 2001, S.66). Darum wurden im Kurs Selbstkonfrontationstechniken vermittelt und in der Form von Hausaufgaben geübt. In diesem Bereich zeigten Programmteilnehmerinnen weniger agrophobisches Vermeidungsverhalten als Nichtteilnehmer, wenngleich dieser Interaktionseffekt im Gegensatz zum Zeiteffekt nicht signifikant wurde.

Auf der **sozialen Ebene** sind mangelnde Durchsetzungsfähigkeit und soziale Unsicherheit häufig eine Quelle von Angst und Unsicherheit. Die entsprechenden Trainingseinheiten des Programms führten dazu, dass Schüler und Schülerinnen, die am Programm teilnahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe tendenziell besser in der Lage sind, Forderungen zu stellen und sich durchzusetzen (Vergleich vor der Intervention / 6 Monate nach der Intervention).

1.3.2 Sekundäre Prävention psychischer Störungen

Die Früherfassung von schizophrenen Psychosen ist ein wichtiges Beispiel sekundärer Prävention psychischer Störungen. (Aston et al. 2002)

Nur bei wenigen Patientinnen beginnt eine schizophrene Erkrankung plötzlich mit vorwiegend positiven Symptomen. Häfner et al. (1995) geben an, dass ein solcher Verlauf bei 6.5 % der Patienten zu beobachten ist. Die grosse Mehrzahl der Patientinnen bzw. ihre Angehörige hatten im Mittel schon 4-5 Jahre vor der Erstaufnahme unter der Diagnose einer schizophrenen Psychose erste psychische Veränderungen bemerkt (Häfner et al. 1990). Begonnen hatte die Symptomatik meist mit Depression, sozialem Rückzug, Misstrauen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst, Energielosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Irritierbarkeit und Denk- und Konzentrationsstörungen (Häfner et al. 1990).

Häufig war auch ein „Knick in der Lebenslinie“ erkennbar mit Schwierigkeiten, der Rolle im Beruf, in der Partnerschaft oder im sozialen Umfeld gerecht zu werden (Reicher 1999).

Lincoln et al. (1998) haben gezeigt, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen durchschnittlich 4 bis 5 Kontakte knüpfen müssen bevor sie adäquate Hilfe bekommen. Unter den Berufsgruppen, die für solche Kontakte in Frage kommen, werden die Hausärzte am häufigsten kontaktiert. Simon et al. (im Druck) konnten zeigen, dass Schweizer Hausärzte durchschnittlich jährlich 1.6 Patienten sehen, bei denen sie eine beginnende Schizophrenie vermuten.

Dieser geringen Prävalenz in der einzelnen Hausarztpraxis steht gegenüber, dass eine Grosszahl von Menschen mit schizophrenen Frühphasen ihren Hausarzt aufsuchen. Wenn die über 6000 praktizierenden Schweizer Hausärzte in Betracht gezogen werden, resultiert eine Gesamtzahl von rund 10 000 Patienten pro Jahr, bei denen die Hausärztinnen eine beginnende Psychose vermuten.

Aus diesen Zahlen wird klar, dass die Hausärzte in Bezug auf die Früherkennung von Psychosen eine zentrale Rolle spielen, um so mehr als die Hemmschwelle zum Hausarzt zu gehen bedeutend niedriger ist, als diejenige, sich an einen Psychiater zu wenden.

Die Kommunikation mit den betroffenen Patientinnen kann aber in diesem Stadium der Erkrankung schwierig sein. Manche Patienten haben auch – bedingt durch die häufig vorhandene Minussymptomatik mit vermindertem Antrieb, desorganisiertem Verhalten und Motivationsstörungen – Schwierigkeiten Termine einzuhalten (Aston et al. 2002). Unter diesen Umständen kann, v. a. bei den so

häufigen Fällen mit schleichendem Beginn, die Früherkennung einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine Herausforderung sein.

Es wurden unterschiedlich Strategien entwickelt mit dem Ziel die Hausärztinnen bei diesem schwierigen Unterfangen zu unterstützen.

Aston et al. (2001) haben eine Risiko-Checkliste entwickelt, die sie den Hausärzten zur Verfügung stellen (Abbildung 1). Die Checkliste ermöglicht eine rasche und gezielte Beurteilung von Patientinnen, bei denen der Verdacht einer beginnenden schizophrene Psychose besteht. Die so erfassten Patienten können in der Folge an ein spezielles Abklärungs- und Beratungsangebot überwiesen werden, das unter dem Namen „Basler Fepsy-Projekt“ eingerichtet wurde. Die Autorinnen schreiben darüber:

Das frühzeitige Erkennen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis kann in Fällen mit einem schleichenden Beginn eine Herausforderung sein. Dieser sollte der Hausarzt sich jedoch unbedingt stellen, denn es wird immer klarer, dass ein längeres Bestehen der unbehandelten Psychose zu einem schlechteren Verlauf der Erkrankung hinsichtlich der Symptomatologie, der sozialen und kognitiven Funktionsmöglichkeiten sowie der weiteren Behandlungsmöglichkeiten führt. Mehrere Autoren berichten, dass eine frühe Intervention den Kurz- und Langzeitverlauf günstig beeinflussen kann. Auch besteht ein hohes Suizidrisiko. Ein frühzeitiges Erkennen von beginnenden Psychosen kann nicht nur die Chronifizierung der Erkrankung oftmals hindern, sondern manchmal auch lebensrettend wirken.

Risiko-Checkliste Basler «fepsy-Projekt»

Wenn sich ein Mensch plötzlich anhaltend in seinem Wesen oder in seiner Leistungsfähigkeit verändert – ohne ersichtlichen Grund –, sollte man immer an die Möglichkeit einer beginnenden Psychose denken. Achten Sie bitte auf folgende mögliche Frühzeichen oder Risikofaktoren, insbesondere wenn diese in den letzten Jahren **neu** aufgetreten sind:

A Veränderungen des Wesens und der Leistungsfähigkeit

- Veränderungen des Wesens**
z.B. erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen oder auch plötzlicher Mangel an Energie, Antrieb, Interesse, Initiative, evtl. mit Vernachlässigung von Aufgaben
- Veränderung der Gefühle**
z.B. Misstrauen, Ängste, depressive Verstimmung, verflachte Gefühle, starke Stimmungsschwankungen
- Veränderungen der Leistungsfähigkeit**
z.B. Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit, geringe Belastbarkeit (v.a. bei Stress)
- Veränderung der Interessen**
z.B. plötzliches ungewohntes Interesse für Religiöses, Übernatürliches
- Veränderung der Wahrnehmung**
z.B. ungewöhnliches Sehen, Hören, Riechen, Schmecken; Ereignisse auf sich beziehen, sich beobachtet oder beeinträchtigt fühlen, sich beeinflusst oder gesteuert fühlen
- Veränderung der Beziehungsfähigkeit**
z.B. ungewöhnliche Schwierigkeiten in Beziehungen, Sich-Abkapseln, Rückzug, Isolation, Vernachlässigung nahestehender Personen
- Ausgeprägt absonderliches Verhalten**
z.B. Selbstgespräche in der Öffentlichkeit, Sammeln von Abfällen usw.
- Verwirrtheit im Ausdruck**
z.B. umständliche, verstiegene oder unverständliche Sprache oder Verarmung der Sprache

B «Knick» in der Lebenslinie

- Auffälliger Leistungsknick, Schwierigkeiten im Beruf, Schule usw.
- Beruflicher Abstieg, Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes
- Auffällige Verschlechterung in der Beziehungsfähigkeit (Partnerschaft, Familie, Beruf usw.)

C Psychische Erkrankung in der Verwandtschaft

- Psychose in der Familie / Verwandtschaft bekannt oder zu vermuten
- Andere psychische Erkrankungen in der Familie

D Drogen

- Regelmässiger Konsum von Drogen (Alkohol, Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine usw.)

E Alter

- Patient / Patientin unter 30 Jahre alt (auch späterer Beginn ist möglich!)

Abbildung 1: Risiko-Checkliste Basler „Fepsy-Projekt“

Simon & Bösch (2003) schlagen einen etwas anderen Weg vor. Sie stellen den Hausärztinnen gut zugängliche Fortbildungen zur Verfügung. Zudem wurde in den Jahren 2002/03 eine Einzelaufklärung in der Praxis der Hausärzte angeboten, um eine zusätzliche Sensibilisierung zu erreichen. Die Autoren haben zusätzlich eine Spezialsprechstunde eingerichtet, der Patienten in nützlicher Frist für eine Abklärung zugewiesen werden können.

1.3.3 Tertiäre Prävention psychischer Störungen

Massnahmen zur Prävention chronischer Stressbelastung können als tertiäre Prävention bezeichnet werden, wenn die entsprechende psychische Störung eingetreten ist. Die gleichen Massnahmen können, wenn sie ergriffen werden bevor eine Störung eintritt, als gesundheitsfördernde Massnahmen bezeichnet werden. Das Beispiel zeigt, wie wenig scharf die Begriffe tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung sich unterscheiden.

Der Begriff **Stress** zählt zu den am häufigsten in die Alltagssprache übernommenen wissenschaftlichen Begriffen. Gegenstand der sozial-, verhaltens- und biowissenschaftlichen Stressforschung ist die Analyse von Bedingungen, die das normale Funktionieren eines Systems gefährden, sowie die Analyse der daraus resultierenden Folgen. Bedingungen, die das normale Funktionieren eines Systems gefährden, werden Stressoren genannt. Stressoren sind in der Regel von aussen wirkenden Grössen, sie können aber auch systemimmanent erzeugt werden.

Die Gefährdung normalen Funktionierens ergibt sich aus der Tatsache, dass **Stressoren**, die Kapazität des Systems zu interner Regulierung (Homöostase) bis zu dessen Grenzen bzw. darüber hinaus wirkend überfordern. (Siegrist et al. 2004)

Unter diesen Bedingungen reagiert der Organismus oder das soziale System mit Stressreaktionen, die so intensiv und lang andauernd sein können, dass Abweichungen von bisher intakten Systemeigenschaften unausweichlich sind. Dieser Folgezustand wird Allostase genannt (McEwen 1998). Die abweichenden (krankheitswertigen) Funktionen haben sich zu einem neuen, kritischen Gleichgewichtszustand verfestigt.

Die gesundheitswissenschaftliche Stressforschung beschäftigt sich zur Hauptsache mit psychosozialen Stressoren, die sich immer dann einstellen, wenn eine Person eine Bedrohung oder den Verlust ihrer Kontrolle über die zu bewälti-

gende Situation erlebt. Dieser Kontrollverlust führt zu Stressreaktionen, die auf den folgenden wechselseitig interagierenden Ebenen ablaufen (Siegrist et al. 1998, S.122):

- 1 auf der **emotionalen und kognitiven Ebene** von Affekt und Valenz (in der Regel negative Emotionen und Bewertung der Situation als bedrohlich),
- 2 auf der **biologischen Ebene** der Aktivierung des autonomen Nervensystems, des neuroendokrinen Systems und des Immunsystems,
- 3 auf der **Ebene motorischen Verhaltens** (z. B. Kampf- oder Fluchtreaktionen).

Die Bewältigung von Stressoren hängt nicht nur vom Stressor ab, sondern in hohem Mass von individuellen Fähigkeiten und Vorerfahrungen und von interpersonellen Bedingungen (z. B. Hilfestellungen durch nahe stehende Personen).

Psychosoziale Stressoren können anhand von drei Modellen näher gefasst werden.

- 1 Das **Modell des fehlenden sozialen Rückhalts** (House 1981) befasst sich mit den Partnerschafts-, Familien und Mitgliedschaftsrollen und beschreibt auf vier Ebenen Wirkungen, die von fehlenden sozialen Bindungen ausgehen (kognitive, emotionale, emotive und materielle bzw. tangible Ebene). Das Modell postuliert erhöhte stressbedingte Krankheitsrisiken bei Personen, die unter einem Mangel an sozialem Rückhalt infolge der Bedrohung bzw. des Verlustes entsprechender Rollen leiden (Bedrohung von Zugehörigkeitsgefühl).
- 2 Das **Anforderungs-Kontroll-Modell** (Karasek & Theorell 1990) bezieht sich auf die Berufswelt und identifiziert spezifische Arbeitstätigkeitsmerkmale, die positive Erfahrungen von Selbstwirksamkeit bei der Arbeit verhindern oder erschweren. Zwei Merkmale wurden identifiziert: „quantitativ hohe Anforderung und niedriger Handlungs- bzw. Entscheidungsspielraum“, wie sie z. B. bei der Fließbandarbeit gegeben sind.

- 3 Das **Modell beruflicher Gratifikation** (Siegrist 1996) identifiziert spezifische Bedingungen des Beschäftigungsverhältnisses, welche ein positives Selbstwertgefühl bei der Arbeit verhindern oder erschweren. Ausgangspunkt ist das vertraglich gestaltete auf der Norm der Reziprozität beruhende Arbeitsverhältnis. Diese Norm ist verletzt, wenn hohe Verausgabung bei der Arbeit nicht mit entsprechenden Gratifikationen belohnt wird. Berufliche Gratifikationen umfassen Geld, Wertschätzung, und Anerkennung, Aufstieg und Arbeitsplatzsicherheit.

Menschen, die anhaltend erheblichen psychosozialen Stressoren ausgesetzt sind, sind auf zwei Wegen einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt.

Den einen Weg bilden gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Diese Verhaltensweisen treten unter emotionalen Spannungszuständen in verstärktem Mass auf und erhöhen das Risiko des Auftretens von Herz-Kreislauf-Krankheiten, von Stoffwechsel-Krankheiten und auch das Risiko des Auftretens von bestimmten Krebskrankheiten.

Der zweite Weg wird gebahnt durch die nachhaltige dysfunktionale Aktivierung des autonomen Nervensystems als Folge des gehäuften Erlebens negativer Emotionen. Aus dieser Fehlregulierung können sich Frühstadien körperlicher und seelischer Krankheiten entwickeln.

Aus umfangreichen epidemiologischen, klinischen und experimentellen Studien der letzten 25 Jahre lässt sich zusammenfassend sagen, dass jeweils eine Risikoverdoppelung für Herzinfarkt und Depression bei Personen besteht, die im Vergleich zu sozioemotional nicht belasteten von einem Mangel an sozialem Rückhalt, von beruflichen Gratifikationskrisen oder von Arbeitsplätzen mit hoher Anforderung und geringer Handlungskontrolle betroffen sind (Berkmann & Kawachi 2000; Stansfeld & Marmot 2002).

Ebene und Ansätze der Stressprävention

Es lassen sich drei Ebenen der Prävention chronischer Stressbelastungen unterscheiden: die personale, die interpersonale und die strukturelle Ebene.

In Bezug auf die personale und interpersonale Ebene haben Bamberg et al. (2004) die folgenden wesentlichen Elemente zur Stärkung der Bewältigungskompetenz von Stress definiert:

- Aufklärung des Zusammenhangs zwischen chronischer Stressbelastung und Gesundheit;
- Sensibilisierung gegenüber belasteten Situationen und eigenen Reaktionen (verbesserte Selbstbeobachtung);
- Einübung von Techniken des Zeit- und Störungsmanagements bei der Arbeit;
- Einübung von Entspannungstechniken (z.B. positive Muskelrelaxation);
- Bewertung von Leistungsmotivation und Einstellung zur Arbeit (Fähigkeit, übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft durch mentale Distanzierungstechniken auf ein normales Mass zu reduzieren);
- Stärkung von Kompetenz der Selbstbehauptung und des Umgangs mit Ärger;
- Verbesserung des Führungsverhaltens bzw. des prosozialen Verhaltens.

Erfahrungen mit Stressbewältigungsverfahren in Betrieben haben gezeigt, dass Gruppen aus Mitgliedern verschiedener Hierarchiestufen (z.B. beim Kommunikationstraining oder beim Konfliktbewältigungstraining) besonders effektiv sein können (Siegrist & Silberhorn 1998).

Auch auf der strukturellen Ebene lässt sich ein weites Spektrum von Massnahmen zur Prävention chronischer Stressbelastung identifizieren. In diesen Massnahmen spiegeln sich Elemente der oben erwähnten drei Modelle psychosozialer Stressoren.

- Ulich (2001) betont, dass die Beschäftigten eine gewisse Kontrolle über den Arbeitsablauf und die hierfür erforderlichen Mittel besitzen müssen. Arbeitsaufgaben sollten eine gewisse Anforderungsvielfalt enthalten. Sinnvoll kann eine Erweiterung der Zuständigkeit („job enlargement“, „job

enrichment“) sein. Aufgaben, die als sog. vollständige Tätigkeiten gestaltet werden können, erhöhen die Autonomie der Beschäftigten. Diese Massnahmen erfordern eine verstärkte inner- und ausserbetriebliche Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten.

- Siegrist (2004) nimmt Bezug auf die Bedeutung der beruflichen Gratifikationen und betont die Bedeutung der Schulung des Führungsverhaltens und der damit einhergehenden Verbesserung vertikaler Kommunikationsprozesse und in erster Linie die Bedeutung einer innerbetrieblichen Anerkennungskultur.
- Ilmarien & Tempel (2002) schlagen sog. „Workability-Programme“ vor, die den Beschäftigten, im Speziellen auch älteren Beschäftigten erhöhte Chancen bieten. Die Programme umfassen Umschulungs- und Requalifizierungsmassnahmen, sowie die Reorganisation von Anforderungsprofilen.

Pfeffer (1998) weist darauf hin, dass sich interessanterweise diese strukturellen Massnahmen mit Praktiken der Organisations- und Personalentwicklung decken, die ökonomisch besonders erfolgreich sind. Wirtschaftliche Interessen und präventiv gesundheitsfördernde Massnahmen ergänzen sich also.

1.3.4 Kritische Perspektiven

Präventionsprogramme und Kampagnen sind in unterschiedlichem Mass wirksam und müssen sorgfältig evaluiert werden. Barbor et al. (2003) haben in Bezug auf die Primärprävention von Alkoholproblemen in einer Benchmark-Studie 32 Interventionstypen bzw. Strategien untersucht und nach vier Hauptkriterien bewertet. Diese waren:

- Evidenz für die Wirksamkeit
- Güte der Forschungsergebnisse
- Ausmass der Überprüfung über verschiedene Länder und Kulturen
- Relative Kosten bezüglich Zeit, Kosten und Geld

Dabei zeigte sich, dass die folgenden zehn Optionen sich als die „best practices“ erwiesen:

1. Altersbegrenzung für den Verkauf alkoholischer Getränke
2. Staatsmonopol auf den Einzelhandel
3. Einschränkung der Verkaufszeiten oder Tage
4. Einschränkung der Verkaufsstellen
5. Erhöhung der Alkoholsteuer
6. Alkoholkontrollen im Sinne von „Checkpoints für Nüchternheit“
7. Herabgesetzte Schwelle des Blutalkoholgehalts von Verkehrsteilnehmern
8. Entzug der Fahrerlaubnis
9. Gestufte Fahrerlaubnis für junge Verkehrsteilnehmer
10. Kurzintervention für riskant konsumierende Personen

Es fällt auf, dass die ersten neun der zehn „best practices“ Massnahmen der Verhältnis- und nicht der Verhaltensprävention bezeichnen. Erst an zehnter Stelle findet sich eine Strategie der Verhaltensbeeinflussung.

Aus dieser Sicht folgt für die Praxis, dass ganz oben auf der Agenda einer wirksamen Alkoholsuchtprävention die Primär- und Sekundärprävention durch verhältnisbezogene Strategien gehört, die im Rahmen der Fiskal-, Wirtschafts- und Steuerpolitik umgesetzt werden können. Viel weniger Priorität hat die gezielte Umsetzung von verhaltensbezogenen Strategien der Früherkennung und Kurzintervention bei riskant Konsumierenden.

Warner (2004) äussert sich kritisch zum oben beschriebenen sekundärpräventiven Ansatz zur Früherkennung schizophrener Psychosen. Um zu evaluieren, ob ein solches Screening nutzbringend ist, führt er aus, ist es notwendig, (a) die Genauigkeit des verwendeten Screening-Tests zu kennen und (b) die Wirksamkeit der Behandlungsintervention zu prüfen.

Nach Warner gibt es drei Masseinheiten für die Genauigkeit eines Screening-Tests zu prüfen:

1. Sensibilität – der Test ist positiv, wenn die Krankheit vorhanden ist.
2. Spezifität – der Test ist negativ, wenn keine Krankheit vorhanden ist.
3. positiver Vorhersagewert – die Krankheit ist vorhanden, wenn der Test positiv ist.

Wenn die Sensibilität des Tests gering ist, so wird es viele falsch-negative Fälle geben und wenn die Spezifität niedrig ist viele falsch-positive. Warner verweist auf die Bonn Scale of Assessment of Basic Symptoms (Klosterkötter et al. 2001), dem derzeit genauesten verfügbaren Messinstrument mit 66 Items. Die Bonn Skala hat eine recht gute Spezifität (0.59) und eine sehr hohe Sensibilität (0.98). Klosterkötter ist daher der Meinung, dass die Skala „anwendbar ist für eine breite Identifikation von gefährdeten Personen in der Allgemeinbevölkerung.

Warner wendet sich dagegen mit der Argumentation, dass bei einem Massenscreening von z. B. 10'000 Personen wegen der hohen Sensibilität des Test zwar fast alle Personen, die effektiv an Schizophrenie erkranken werden, erfasst würden, dass aber wegen der viel weniger hohen Spezifität mehr als 4'000 Personen falsch-positiv erfasst würden.

Das erwähnte ‚Screening zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis‘ (Aston et al. 2002) wendet sich aber an Hausärzte, die einen guten Zugang zur Allgemeinbevölkerung haben und für das Problem durch die Propagierung des Screening sensibilisiert werden sollen. Wenn eine genügende Anzahl von Ihnen für eine Mitarbeit gewonnen werden kann, wird ein entsprechend grosser Teil der Allgemeinbevölkerung potentiell vom Screening erfasst, auch wenn der Test natürlich nur bei jenen Patienten durchgeführt wird, bei denen der Hausarzt einen entsprechenden Verdacht hat. Es ist aber klar, dass untersucht werden muss, wie viele Personen, die effektiv an Schizophrenie erkranken werden, durch ein solches Screening erfasst werden können und es muss auf der andere Seite untersucht werden, wie viele Patientinnen falsch-positiv erfasst wurden und es muss abgeschätzt werden, welchen Nachteil ihnen in der Folge durch eine unnötige Stigmatisierung erwuchs. Diese Nachteile müssen den positiven Effekten des Screenings gegenübergestellt werden.

1.3.5 Zusammenfassung Prävention psychischer Störungen

Im Bereich der primären Prävention psychischer Störungen sind Programme besonders erfolgreich, die sich auf spezifische Problemstellungen bzw. Risikogruppen konzentrieren und einen emotional-verhaltensorientierten Ansatz verfolgen (Durlak & Wells 1997). Erfolgreiche Programme orientieren sich zudem am aktuellen Wissensstand über die Ursachen psychischer Störungen und deren Therapie (Junge et al. 2001).

Diese Programme setzen auf mehreren Ebenen an. Sie vermitteln z.B. Störungswissen, beeinflussen störungsrelevante kognitive Variablen und Verhaltensmuster und umfassen ein Training sozialer Kompetenz (Junge et al. 2001).

Sekundäre Prävention psychischer Störungen zielt darauf ab, gefährdete Menschen anzusprechen. Bei der Früherkennung von Psychosen spielen die Hausärzte eine zentrale Rolle. Entsprechende, sekundär-präventive Programme sensibilisieren darum die Hausärzte für diese Aufgabe (Aston et al. 2002/ Simon & Bösch 2003).

Programme zur tertiären Prävention psychischer Störungen sind darauf ausgerichtet (potenziell) krankmachende Umstände in der Lebenswelt einer Personengruppe zu identifizieren und zu verändern. In Bezug auf berufliche Gefährdungen hat es sich gezeigt, dass sich präventive Massnahmen mit Praktiken der Organisations- und Personalentwicklung decken, die ökonomisch besonders erfolgreich sind (Pfeffer 1998).

1.4 Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erweiterte die Definition der Gesundheit bereits im Jahr 1946 als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak & Sabo 1993, S. 60).

Bis Ende der 70er Jahre lässt sich aber in den Programmen der Weltgesundheitsorganisation eine starke Krankheitsorientierung feststellen, die erst 1978 mit der Verabschiedung der Deklaration von Alma Ata zur primären Gesundheitsversorgung durchbrochen wurde (Altgeld & Kolip 2004). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die am 21. November 1986 von der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet wurde, fokussierte auf Gesundheitsförderung (Kickbusch 2003) und gilt als Kristallisationspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis und als Startsignal für Gesundheitsstrategien auf nationaler und internationaler Ebene. Die Ottawa-Charta griff damit die Ideen unterschiedlicher sozialer Bewegungen (Umweltbewegung, Bürgerrechtsbewegung) und medizinkritische Ideen auf und fasste sie in einem programmatischen Dokument zusammen, dem die Leitfrage ‚Wie lässt sich Gesundheit herstellen?‘ zugrunde lag. Gesundheit wird aus dieser Perspektive nicht länger als utopisches Ziel und Aufgabe von Experten und Expertinnen gesehen, sondern als Prozess, der in konkreten Lebenszusammenhängen stattfindet. Damit war auch die Frage nach gesundheitlicher Chancengleichheit gestellt (Altgeld und Walter 1997) und Gesundheitsförderung auch gesehen als politischer Impuls zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit.

Ottawa folgten eine Reihe weiterer internationaler Konferenzen zur Gesundheitsförderung. In der Empfehlung der Konferenz von Adelaide (1988) wird betont, dass für traditionelle Bevölkerungsgruppen, ethnische Minderheiten und Migrantinnen und Migranten ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten zu gewährleisten ist. Es wird auch gefordert, dass die Eigenständigkeit ihrer jeweiligen Gesundheitskulturen zu gewährleisten ist.

In Sundsvall (1991) wird Gesundheitsförderung im Kontext einer sich verschlechternder Umweltsituation und zunehmender Armut bestimmter Bevölke-

rungsgruppen gesehen und es wird erstmals deutlich auf die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern hingewiesen. Unterdrückung und sexuelle Ausbeutung von Frauen, sowie deren Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt und anderen gesellschaftlichen Gebieten werden erwähnt und Massnahmen zu ihrer Vermeidung werden eingefordert.

In Mexico im Jahr 2000 schliesslich fordern die Gesundheitsminister in einer Erklärung die Ausarbeitung von nationalen Aktionsplänen zur Gesundheitsförderung. (Frankowiak und Sabo 1993)

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden häufig synonym benutzt: Sie beruhen aber auf unterschiedlichen Ansätzen und werden in unterschiedlichen Strategien umgesetzt (Altgeld & Kolip 2004). Am Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997, 1987) kann das gezeigt werden.

1.4.1 Salutogenese

Antonovsky, der Begründer des Konzeptes der Salutogenese, emigrierte 1960 aus den USA nach Israel und leitete dort verschiedene Projekte im Bereich der Stressforschung. Eines dieser Projekte hatte Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen zum Thema. Unter den untersuchten Frauen befanden sich auch solche, die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten und die nach den Kriterien psychischer und physischer Gesundheit recht gesund waren. Dass sie es geschafft hatten gesund zu bleiben und ihr Leben neu aufzubauen, empfand Antonovsky als in hohem Mass erklärungsbedürftig. Er schreibt (1997, S. 15):

Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durchgestanden zu haben, anschliessend jahrelang eine deplatzierte Person gewesen zu sein und sich dann ein neues Leben in einem Land neu aufgebaut zu haben, das drei Kriege erlebte ... und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein! Dies war

für mich die dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe ...

Im Unterschied zum etablierten Konzept der Pathogenese, das die Frage nach den Ursachen der Krankheiten stellt, stellt die Salutogenese die Frage nach den Voraussetzungen der Gesundheit in den Mittelpunkt des Interesses.

Gesundheit und Krankheit werden nicht als Dichotomie, sondern als Pole eines Kontinuums gesehen. Antonovsky entwickelte das Konstrukt Kohärenzgefühl (sens of coherence, SOC), das, inzwischen gut belegt, einen Teil der Varianz erklärt. Er definiert das Kohärenzgefühl so (Antonovsky 1997, S. 36):

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Entsprechend unterscheidet Antonovsky (1977, S. 34ff) drei Komponenten des Kohärenzgefühls:

1. Die **Verstehbarkeit** (Comprehensibility) bezieht sich „auf das Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt.“
2. Die **Handhabbarkeit** (Manageability) definierte Antonovsky als „das Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat,

um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli ausgehen, mit denen man konfrontiert wird“.

3. Die **Bedeutsamkeit** (Meaningfulness) bezeichnete Antonovsky als die eigentlich emotionale Komponente des Konstruktes. Die Bedeutsamkeit bezieht sich auf das Ausmass, in dem die erwähnten Anforderungen „Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“.

Antonovsky kritisierte die Krankheits- und Risikoorientierung der Präventionsidee, weil Menschen ständig Risiken ausgesetzt sind, die die körperliche und psychische Gesundheit gefährden. Er war der Meinung, dass die relevante Frage nicht die ist, was Menschen krank macht, sondern die, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund erhält. In der salutogenetischen Perspektive erscheinen Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum und nicht als eine Dichotomie. Menschen wechseln ständig die Position, ob jemand stärker in Richtung des Gesundheitspols oder in Richtung des Krankheitspols geht, hängt von der Zahl und der Qualität der Risiken und von personalen und sozialen Schutzfaktoren ab, über die ein Mensch verfügt und die ihn, wenn er in genügendem Ausmass über sie verfügt, in die Lage versetzen, die Wirkung von Risiken abzumildern.

Wenn dieses Modell mit dem Präventionsmodell verglichen wird, lässt sich festhalten:

Prävention (hier im Sinne von Primärprävention) hat ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten oder Störungen und hat das Ziel, Risiken zu minimieren oder gänzlich auszuschalten. (Beispiele: Impfprogramme, Safer Sex-Kampagnen). Das zugrunde liegende Modell ist das **Risikofaktorenmodell**.

Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren (auch Ressourcen) an und will diese fördern (Beispiel: Lebenskompetenzprogramme, die das Selbstwertgefühl und die Problemlösekompetenz von Kindern steigern sollen). Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern. Das zugrunde liegende Modell ist das **Salutogenesemodell** (Algeld & Kolip 2004, S. 41.).

Aufgrund neuerer Entwicklungen ist es aber nicht möglich, die beiden Begriffe völlig trennscharf auseinander zu halten. Vor allem in der Suchtmittelprä-

vention sind Programme entwickelt worden, die Elemente sowohl der Prävention als auch der Salutogenese enthalten. So wird in diesen Programmen versucht, z.B. Widerstand gegen Gruppendruck im Zusammenhang mit Alkohol- und Tabakkonsum zu fördern (Prävention) und im Sinne einer Gesundheitsförderung Lebenskompetenz zu steigern (Walden et al. 2000).

Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich also nicht gegeneinander ausspielen, sondern müssen sich ergänzen. (Walter und Schwartz 2003). Trotzdem ist es aber sinnvoll, die beiden Elemente auseinander zu halten, weil sich die Blickrichtungen und Strategien unterscheiden. Gesundheitsförderung ist nicht einfach ein Aspekt der Prävention oder gar mit ihr identisch. Gesundheitsförderung impliziert vielmehr einen radikalen Perspektivenwechsel, nicht mehr die Krankheit ist im Blick, sondern die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden. Keneth R. Ginburg drückt es in Bezug auf die Zielrichtung gesundheitsbezogener Interventionen im Jugendalter so aus:

Is our ultimate goal really to prevent adolescents from behaving on antisocial or dangerous manners? Or is our vision to facilitate the development of individuals, who are well prepared to be creative, responsible and productive humans? (Ginburg 2003, S. 167)

Präventionsmassnahmen richten sich auf spezifische Risiken. Im Vergleich dazu erscheinen die Strategien der Gesundheitsförderung als weniger konkret. Sie sollen Ressourcen, wie persönliche Kompetenzen oder soziale Netzwerke fördern. Zudem liegt den Interventionen oft ein komplexes Wirkungsgefüge zugrunde und aus medizinischer Perspektive ist es zunächst ungewohnt, dass sich die Gesundheitsförderungsmassnahmen nicht auf den Gesundheitsbereich beschränken lassen. Kolip (2003) betont, dass Gesundheitsförderung eine komplexe intersektorale Aufgabe ist. So kann z.B. eine Intervention den Bildungsbereich, die Stadt- und Verkehrsplanung und die Jugendarbeit einschliessen. Entsprechend komplex ist der Wirksamkeitsnachweis. Entsprechende Modelle und Instrumente sind

entwickelt worden, die in ihrer Methodik der Komplexität und Dynamik der Gesundheitsförderung Rechnung tragen (McQueen 2001; Nutbeam 1996).

1.4.2 Settingansatz

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986).

Der Ansatz der Ottawa-Charta ist somit emanzipatorisch im Sinne des Empowerment-Ansatzes und er ist politisch, weil er gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten) und mehr Chancengleichheit fordert.

Wichtig sind zudem zwei Leitgedanken: Gesundheitsförderung wird gesehen als Aufgabe aller Politikbereiche (Intersektorialität) und sie kann umgesetzt werden durch eine Stärkung der Kompetenzen von Individuen und Gruppen. Es soll also ein Prozess gefördert werden, der es Individuen und Gruppen ermöglicht, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, die eigenen Stärken zu erkennen und Einfluss auf ihre Lebensumwelt auszuüben (Kickbusch 2003).

Der Settingansatz kann als zentrale Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung gesehen werden. Ein Text der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung definiert es so:

Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1996. S. 100).

Gesundheit ist aus dieser Sicht kein abstraktes Ziel, sie muss vielmehr im Alltag hergestellt und aufrechterhalten werden. Gesundheitsförderung muss am Alltag

ansetzen und auf Sozialräume (Betrieb, Quartier, Schule oder Krankenhaus) fokussieren. Dadurch wird es möglich, die Zielgruppe und die Akteure zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. (Altgeld & Kolip 2004, S. 45).

Der Setting-Ansatz ist im Unterschied zur traditionellen Gesundheitserziehung nicht primär auf den einzelnen Menschen und sein Gesundheitsverhalten ausgerichtet, sondern auf das soziale System, in dem sich die Menschen im Alltag bewegen. Er ermöglicht es, individuelle- und umweltbezogene Massnahmen miteinander zu verbinden. Viele Setting-Ansätze wurden seither unter Beteiligung der WHO konzeptionell vorbereitet und zuerst als modellhafte Pilotprojekte gestartet.

1.4.3 Praxis der Gesundheitsförderung in ausgewählten Settings

Moderne Gesundheitsförderung ist immer auf ein konkretes Setting zugeschnitten. Die folgenden Beispiele sollen die Komplexität settingspezifischer Zielsetzungen des Ansatzes illustrieren.

Gesundheitsfördernde Familien

Schnabel (2001) weist darauf hin, dass der Gesundheitsförderung in der Familie ein grosses gesundheitsförderndes Potential zukommt, weil sich in der Familie zentrale Risiken und Ressourcen, sowie Menschen aus verschiedenen Generationen versammeln und die Eltern als Multiplikatoren gerade in gesundheitlichen Fragen eine zentrale Rolle spielen.

Die sogenannte „Kauai-Studie“ (Werner 1992), die 698 Kinder der Hawaii-Insel Kauai in ihrer Entwicklung begleitete, zeigt, dass die Mehrzahl der erfassten Kinder, die von Beginn ihres Lebens an mindestens vier signifikanten Risikofaktoren ausgesetzt waren (z.B. chronische Armut, niedriger mütterlicher Ausbildungsstand, instabile familiäre Situation) Lern- und Verhaltensstörungen entwickelten. Überraschend war jedoch das Ergebnis, dass sich ungefähr ein Drittel der ‚Risikokinder‘ im Alter von zehn und achtzehn Jahren zu erfolgreichen Ju-

gendlichen entwickelt hatte, was bei einer Überprüfung im Alter von 30 Jahren bestätigt werden konnte (Werner 1999). Obwohl alle Kinder in dieser Studie erheblichem Stress, wenn auch in unterschiedlichen Formen, ausgesetzt waren, gelang es resilienten Kindern, sich in ihrer belasteten Lebenswelt zu behaupten.

Die Studie zeigt, dass sich aus der Tatsache, dass signifikante Risiken vorliegen, nicht linear Entwicklungsauffälligkeiten prognostizieren lassen. Dies führt zu der Annahme protektiver Faktoren in der Person und/oder in der Umwelt eines Kindes, welche die Wirkung von Risikofaktoren vermindern können und so die Wahrscheinlichkeit für die Herausbildung einer Störung senken können (Eggert 2005, S. 8). Dieses Phänomen wird im englischen Sprachraum mit dem Begriff ‚resiliency‘ und im Deutschen mit ‚psychischer Widerstandsfähigkeit‘ oder ‚Resilienz‘ bezeichnet.

Lösel & Bender (1996) haben eine Reihe von Studien untersucht, die seit der Kanai-Studie in verschiedenen Kulturen durchgeführt wurden und sich auf Kinder mit unterschiedlichen Belastungen beziehen. So wurden u.a. die Kinder psychisch gestörter Eltern, Kinder aus Scheidungsfamilien, aus Familien mit einem gravierenden sozialen Abstieg, aus misshandelnden und vernachlässigenden Familien, aus Familien in Kriegsgebieten oder aus Flüchtlingsfamilien untersucht. Obwohl sich dabei hinsichtlich der Störungsformen und Kriterien für Resilienz oder Alter und Geschlecht der untersuchten Personen grosse Unterschiede zeigten, kann ein Kernbereich von protektiven Faktoren angenommen werden, der traumatische Erlebnisse abpuffert. Zu diesem Kernbereich zählen folgende Faktoren (Lösel & Bender 1996):

1. Eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson;
2. Ein emotional positives, unterstützendes und Struktur gebendes Erziehungsklima;
3. Rollenvorbilder für ein konstruktives Bewältigungsverhalten bei Belastungen;
4. Soziale Unterstützung durch Personen ausserhalb der Familie;
5. Dosierte soziale Verantwortlichkeiten;

6. Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Annäherungstendenz, Soziabilität;
7. Kognitive Kompetenzen wie z.B. eine mindestens durchschnittliche Intelligenz;
8. Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und ein positives Selbstkonzept;
9. Ein aktives und nicht nur reaktives oder vermeidendes Bewältigungsverhalten bei Belastungen;
10. Erfahrung der Sinnhaftigkeit und Struktur in der eigenen Entwicklung

Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten

Kindertagesstätten stellen ein ideales Setting zur Umsetzung einer ressourcenorientierten Gesundheitsförderung dar. Zimmer (2002) weist darauf hin, dass in Kindertagesstätten Gesundheitsförderung unter ganzheitlichen, systemischen Gesichtspunkten verwirklicht werden kann. Die Handlungsspielräume sind vergleichsweise grösser als im sehr reglementierten Bereich der Schulen und der Leistungsdruck spielt eine geringere Rolle.

Ohne Leistungs- und Notendruck, ohne Stundentafeln und Rahmenrichtlinien kann hier in viel stärkerem Masse die situative Ausgangslage der Kinder berücksichtigt und auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden. Massnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern müssen dabei keine Randstellung im Rahmen des pädagogischen Konzeptes einnehmen, sie decken sich durchaus mit den Aufgaben von Bildung und Erziehung im Elementarbereich (Zimmer 2002, S. 965).

Die Förderung des Körpergefühls und die Förderung von Lebenskompetenzen stehen bei der gesundheitsfördernden, ressourcenorientierten Arbeit in Kindertagesstätten im Vordergrund. Sie hat auch das Ziel gesundheitliche Benachteiligungen auszugleichen. Franzkowiak (2002, S. 192f) hat die Eckpunkte dieser settingbezogenen Arbeit wie folgt zusammengestellt:

- Förderung von Körpergefühl und Bewegungsfreude
- Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Sozialkompetenzen
- Immunisierung gegenüber gesundheitsgefährdenden Anreizen in der Familie und Lebenswelt
- Vermittlung altersgerechter Lebenskompetenzen
- Sensibilisierung der Erzieherinnen und Erzieher für unterschiedliche Lebenswelten (Kenntnisse kulturspezifischer Gesundheitskonzepte)
- Verankerung geschlechtsbezogener Arbeit als übergreifender Ansatz
- Sicherung der strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung sowie
- Verbesserung der Kooperation und Vernetzung (regionale Netzwerke und intersektorale Kooperation)

Dieser ganzheitliche Ansatz kann nur realisiert werden, wenn er sinnvoll in Programmbausteine gegliedert wird. Die Vermittlung altersgerechter Lebenskompetenzen erfolgt beispielsweise durch sprachfördernde Bausteine, oder durch Koordinations- und Bewegungsspiele zur Förderung der Psychomotorik.

Gesundheitsfördernde Schulen

Gesundheitsförderung findet nur langsam Eingang in das Setting Schule. Altgeld & Kolip (2004, S. 47) vermuten, dass der Grund hierfür darin zu suchen ist, dass die Schnittstellen zwischen Bildungssektor und Gesundheitssektor marginal sind. Die Schule als soziales System hat aber positive wie negative Auswirkungen auf die dort lernenden und arbeitenden Menschen. Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 1991 mit dem Aufbau eines europaweiten Netzwerks von gesundheitsfördernden Schulen (ENHPS) begonnen. Barkholz et al. (2001) berichten, dass nachgewiesen werden konnte, dass der Ansatz der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in Schulen umsetzbar und wirksam ist. Allerdings wurde in den von den Autoren erfassten Studien nur Prozess- und Strukturqualitätsmerkmale erforscht und die Erlebnisqualität nicht mit einbezogen.

Die Schweiz ist seit 1993 am europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schule beteiligt. 2005 sind 368 Schulen Mitglied des Netzwerks. Sie haben sich verpflichtet, während dreier Jahre an einem auf die Schule zugeschnittenen Programm zu arbeiten. Dieses gestaltet sich von Fall zu Fall ganz unterschiedlich. Der Themenkatalog ist breit gefasst: Gesundheitsförderndes Schulleitbild, Teamentwicklung, Schülerpartizipation, Gewaltprävention, spezifische Weiterbildung, Pausengestaltung, gesunde Zwischenverpflegung, Raumgestaltung, Schulklima, Burn-out-Prävention usw.

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Bamberg et al. (1998) betonen, dass sich am Arbeitsplatz zentrale und langfristige Einflüsse auf die Gesundheit der Erwachsenen konzentrieren und zwar sowohl Ressourcen als auch Risiken (zu den Risiken am Arbeitsplatz siehe unten Abschnitt 1.4.3). Aus diesem Grund ist zu erwarten, dass erfolgreiche betriebliche Strategien der Gesundheitsförderung besonders grosse gesundheitliche Effekte haben. Nachhaltige Strategien dürfen sich aber auch hier nicht auf Aufklärung und Aufrufe zur Verhaltensänderung beschränken, Erfolg versprechend sind vielmehr strukturelle Ansätze, die nur viel aufwändiger zu realisieren sind. Trotz diesem Aufwand stehen sie aber keineswegs in Diskrepanz mit den anderen Unternehmenszielen, sondern ergänzen sie sinnvoll (Faltmeier 2004, S. 79; Pfeffer 1998).

1.4.4 Kritische Perspektiven

Dörner hat die Einstellung, die sich hinter der Frage: ‚Wie lässt sich Gesundheit herstellen?‘ verbirgt, als ‚Verdinglichung von Gesundheit‘ bezeichnet und sich so geäußert:

Der Salutogenese-Ansatz sollte einen Gegenbegriff zum Pathogenese-Begriff schaffen. Das ist zunächst noch nicht ehrenrüh-

rig, aber dabei wurde die Salutogenese, also die Frage nach der Gesundheit, so verdinglicht, ... als wäre Gesundheit etwas, was man anzielen und herstellen und damit auch formieren könnte. (Dörner 2004)

Dörner nimmt damit Bezug auf Gadamer, der sich so geäußert hat:

Wenn man versucht, Gesundheit anzuzielen, zieht sie sich zurück. Wenn man versucht, gesund-bewusst zu leben, ist man nicht mehr gesund, denn Gesundheit ist das selbstvergessene Weggegebenensein an die Vollzüge des eigenen Lebens. (Gadamer 1993).

Dörners Kritik zielt auf eine einseitige Auffassung des Konzepts Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung kann niemals Gesundheit herstellen. Menschen können aber in Verhältnissen leben, die der Gesundheit förderlich sind oder nicht förderlich sind. Sie können durch ihr Verhalten die Bedingungen mit beeinflussen, die es braucht, dass Gesundheit sich entfalten kann und damit den Boden schaffen für das ‚selbstvergessene Weggegeben sein an die Vollzüge des eigenen Lebens‘, wie Gadamer den gesunden Zustand nennt. Krankheiten treten aber oft spontan auf und es wäre fatal, wenn eine einseitige Optik die Kranken für ihre Krankheiten verantwortlich machte. Eine Gesellschaft, die gesundheitsschädliches Verhalten grundsätzlich unter Strafe stellen würde, wäre zudem eine denkbar unfreie. Präventive und gesundheitsfördernde Kampagnen müssen an die Einsicht appellieren und auf Einsicht bauen.

Eine einseitige Gesundheitsoptik könnte auch zu einer Ausgrenzung des Leidens führen. Leiden ist aber ein integraler Bestandteil der menschlichen Existenz. Seit wenigen Jahren beschäftigt sich die psychosomatische Forschung mit der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Leiden und Reifung gibt. Cassel (1982) versteht unter Leiden die bedrohte Intaktheit einer Person. Reifung wird als „subjektive Erfahrung positiver Veränderung des Selbst- und Weltkonzeptes, vertiefte

Verbundenheit mit anderen Menschen, positive Sinnfindung, sowie ausgeprägte philosophische Reflexion und Vertiefung der Spiritualität“ definiert.

In einer Studie (Büchi 2002) am Universitätsspital Zürich wurden 54 Eltern zwei bis sechs Jahre nach dem Tod eines bei der Geburt verstorbenen, extrem früh geborenen Kindes (24.-26. Schwangerschaftswoche) mittels Fragebogen und Interviews untersucht. Die Trauer über den Tod des Kindes war immer noch sehr präsent.

Gleichzeitig gab die Mehrheit der Befragten an, dass sie in der Folge des Verlustes grosse Veränderungen durchgemacht hatten. Positive Reifungsprozesse wurden häufiger bei Müttern als bei Vätern festgestellt. So gaben beispielsweise beinahe 80% der Mütter und gut 40% der Väter an, sich seit dem Tod des Kindes ganz neue Prioritäten im Leben zu setzen. Die Reifung war erstaunlicherweise bei jenen Eltern am grössten, die noch zwei bis sechs Jahre nach dem Tod des Kindes die stärksten Trauergefühle erlebten.

1.4.5 Zusammenfassung Gesundheitsförderung

Prävention hat ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, Risiken zu minimieren oder auszuschalten.

Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren (auch Ressourcen) an und will diese fördern.

Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nicht gegeneinander ausspielen, sondern sie müssen sich ergänzen.

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta (WHO 1986) „als Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, ist emanzipatorisch im Sinne des Empowerment-Ansatzes und politisch, weil er ge-

sundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten) und mehr Chancengleichheit fordert.

Gesundheitsförderung ist nicht auf den Medizin-Bereich beschränkt, sondern eine Aufgabe aller Politikbereiche.

Moderne Gesundheitsförderung ist immer auf ein konkretes Setting zugeschnitten (Settingansatz).

Gesundheitsförderung kann niemals Gesundheit herstellen, sondern nur Bedingungen positiv beeinflussen, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben

Eine einseitige ‚Gesundheitsoptik‘ macht potentiell die Kranken für ihre Krankheit verantwortlich und diskriminiert sie dadurch und sie grenzt potentiell menschliches Leiden aus, ohne dem Zusammenhang zwischen Leiden und Reifung Rechnung zu tragen.

1.5 Empowerment

Wenn Gesundheitsförderung verstanden wird als Prozess, dem Individuum ein höheres Mass an Selbstbestimmung über seine Gesundheit zu ermöglichen (siehe oben), ist Gesundheitsförderung notwendig emanzipatorisch im Sinne des Empowermentansatzes. Im Folgenden soll darum dieser Ansatz erläutert werden, indem zuerst seine Wurzeln beleuchtet werden.

1.5.1 Die Bürgerrechtsbewegung der US-amerikanischen Schwarzen

Die Bürgerrechtsbewegung der US-amerikanischen Schwarzen (civil-rights-movement) ist hier zuerst zu erwähnen. Garrow (1986) lässt die Geschichte dieser Bewegung zur Zeit des zweiten Weltkriegs beginnen. Der erste Marsch nach Washington findet 1941 unter dem Leitthema des ‚fair employment‘ statt. Die Beteiligten fordern die Korrektur der diskriminierenden Zugangschancen zum Arbeitsmarkt, die Einführung eines gesetzlichen Mindestlohnes und Mindeststandards arbeitsplatzbezogener Sicherungen. Der Marsch war das erste Signal eines deutlich sich organisierenden schwarzen Selbstbewusstseins. In der Folge konstituierten sich politische Organisationen der schwarzen Bevölkerung, die das Gerüst späterer Mobilisierungskampagnen hergaben.

Die jüngere Geschichte der Bewegung beginnt mit der restaurativen Roll-Back-Bewegung der McCarthy-Ära. Sie ist eng mit dem Wirken von Martin Luther King verknüpft, der, inspiriert durch die Ideen von Thoreau, DuBois und Ghandi, eine Theorie des gewaltfreien politischen Widerstandes entwickelte. Martin Luther King wurde durch seine Schriften und mehr noch durch seine charismatische Ausstrahlung zur Lichtgestalt des neuen politischen Selbstbewusstseins der ‚black nation‘. 1957 wurde in Atlanta der Southern Christian Leadership Council gegründet. Die sich unter seinem Dach organisierende Bewegung verfolgte eine Doppelstrategie. Direkte Aktionen gewaltfreien Widerstands liessen die Muster rassistischer Segregation aufbrechen, die sich unter einer dünnen Kruste der offiziellen Gleichheitsideologie verbargen. Diese konfrontativen Stra-

tegien zivilen Ungehorsams wurden ergänzt durch eine zweite eher stille Strategie, einem Multiplikatorenprogramm zur Aufklärung und Bewusstseinsbildung. Sie hatte zum Ziel, eine organisierte Allianz als Gegenmacht zu bilden. Ziele dieser Allianz waren einerseits die Abschaffung aller Restriktionen im Hinblick auf die Ausübung des aktiven und passiven Wahlrechts (noch zu Beginn der 60er Jahre mussten sich die schwarzen Bürger einem entwürdigenden Examen – voter registration test – stellen, um in den Besitz des Wahlrechts zu gelangen). Andererseits wurden Alphabetisierungsprogramme und andere Bildungsprogramme angeboten und der Abbau von rassistischen Schwellen des Zugangs zu Programmen der Erwachsenenbildung, der Gesundheitssicherung und der Wohnqualitätsicherung angestrebt. Beide Aktionsstrategien waren getragen von der Idee gerecht verteilter sozialer und demokratischer Rechte. Ein politisches Verständnis von Empowerment war der rote Faden im Lebenswerk von Martin Luther King. Boyte (1984) schreibt darüber:

(Es) war getragen von der Grundüberzeugung, dass ganz normale Menschen ihr Leben in die eigene Hand nehmen können. Die grösste Leistung der Bürgerrechtsbewegung war für ihn die Abkehr schwarzer Bürger aus der Entmündigung und die Herstellung dessen, was er einmal ‚ein neues Gefühl personalen Wertes‘ (a new sense of somebodyness) genannt hat. (Boyle 1984 zit. nach Herriger 1997, S.22).

Neben dem ‚Southern Christian Leadership Council‘ traten militante Führer wie Elija Muhammad (Nation of Islam) und Malcolm X (Organization of Afro-American Unity) auf, die eine radikale Absage an die Idee der demokratischen Integration formulierten. Sie sahen in dieser Idee eine ideologische Fesselung der Stärke der ‚black nation‘. An die Stelle des gewaltfreien Widerstandes und an die Stelle vom Willen zur Kooperation trat der Ruf nach schwarzem Nationalismus und schwarzer separatistischer Politik, die auch politisch motivierte Gewalt als Mittel gesellschaftlicher Veränderung billigte, was zu gewaltsamen schwarzen Übergriffen und zu Machtdemonstrationen des bis auf die Zähne bewaffne-

ten Staates führte. Die civil-rights-Bewegung war in ein integrationistisches und in ein separatistisches Lager zerfallen. Durch diese Spaltung, die bis heute nicht überwunden werden konnte, verlor sie viel von ihrem Schwung.

1.5.2 Feminismus

Die feministische Bewegung ist eine zweite, wichtige Quelle des Empowerment-Diskurses. In der historischen Perspektive differenziert Simon (1990) drei Ausprägungen des Feminismus.

Der radikale Feminismus thematisiert den Widerspruch zwischen demokratischem Gleichheitsversprechen und der ungleichen Wirklichkeit, indem er die hergebrachte soziale Konstruktion von Weiblichkeit analysiert, die weibliches Arbeitsvermögen auf ‚Liebesarbeit für andere‘ beschränkt. Diese Konstruktion unterwirft Frauen einer ambivalenten Kontrolle von patriarchaler Unterdrückung und patriarchaler Versorgung, die im bürgerlichen Eheideal ideologisch untermauert wird, indem Frauen einseitig in ein ‚Liebesprojekt Familie‘ eingebunden werden, das der Selbstverwirklichung keinen Spielraum lässt, sondern die Unterdrückung als ‚natürliche‘ Seinsbestimmung der Weiblichkeit zementiert.

Der liberale Feminismus zielt auf den Abbau von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten im Bereich der Gesetzgebung, der Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik und im Bereich der sozialen Sicherung. Er kämpft für Frauenförderungsprogramme und für die Abfederung der durch Mutterschaft verursachten Berufsunterbrüche (Erziehungsjahre, Arbeitsplatzgarantien, Anrechenbarkeit von Erziehungsjahren in der Rentenversicherung).

Der sozialistische Feminismus rückt die kumulativen Effekte der Unterdrückung an den ethnischen und ökonomischen Rändern der Gesellschaft in den Brennpunkt.

Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts vollzieht sich ein deutlicher Wandel der weiblichen Normalbiographie, eine Entwicklung vom ‚Dasein für andere‘

zu einem ‚Stück eigenen Leben‘ (Beck-Gernsheim 1983, S. 308), die drei Veränderungsaspekte umfasst.

Erweiterung und Demokratisierung der Bildungschancen

Es hat sich in den westlichen Industrienationen in den letzten drei Jahrzehnten eine revolutionäre Angleichung der Bildungschancen der Geschlechter vollzogen. Dadurch gewinnen die jungen Frauen u. a. neue Möglichkeiten, die Ungleichheit der Lebenschancen und die Muster, die sie produzieren, zu problematisieren.

Gewinn an ökonomischer Unabhängigkeit

Die erhöhte Bildungsqualifikation führt zu einer höheren Berufsmotivation und zu einer Zunahme von qualifizierter weiblicher Berufsarbeit und damit zu einem Gewinn ökonomischer Unabhängigkeit, die aber die Tatsache männlicher Dominanz nicht grundlegend verändert:

Je zentraler ein Bereich der Gesellschaft (definiert) ist, je mächtiger eine Gruppe, desto weniger sind Frauen vertreten; und umgekehrt: als je ‚randständiger‘ ein Aufgabenbereich gilt, je weniger einflussreich eine Gruppe, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen sich in diesen Feldern Beschäftigungsmöglichkeiten erobert haben (Beck 1986, S.166).

Trotz dieser Einschränkung ist die ‚Verhäuslichung der Frau‘ und ihre willkürliche Beschränkung auf das ‚Mutter-Sein‘ durchbrochen, indem neue Erfahrungs- und Kontaktmöglichkeiten, die sich aus der Erwerbstätigkeit ergeben, neue sinnstiftende Horizonte eröffnen, die mit zur Erosion des erwähnten Widerspruchs beitragen werden.

Selbstverfügung über Körper und Sexualität

Die Bedeutung der Möglichkeiten zur Geburtenkontrolle kann im Hinblick auf Herauslösung der Frau aus traditionellen Geschlechtervorgaben kaum überschätzt werden. Zudem ist die weibliche Sexualität nicht mehr an unausweichliche Mutterschaft gebunden, was Spielraum eröffnet, sie selbstbewusst auch gegen männliche Normierung zu entwickeln.

Frauen sind heute nicht mehr, wie die meisten Frauen zuvor, um der ökonomischen Existenzsicherung und des Sozialstatus willen auf Ehe verwiesen. Sie können – vielleicht nicht frei, aber doch freier als früher – entscheiden, ob sie heiraten oder allein bleiben wollen; und ob sie, wenn die Ehe nicht den Hoffungen entspricht, gegebenenfalls lieber die Scheidung beantragen als dauernd Konflikte zu ertragen. Das heisst, auch in der weiblichen Normalbiographie setzt allmählich die Logik individueller Lebensentwürfe sich durch (Beck-Gernsheim 1994, S. 123).

1.5.3 Selbsthilfe Bewegung

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden Selbsthilfe-Organisationen kriegsbehinderter, blinder und körperbehinderter Menschen und es entwickelte sich die Bewegung der anonymen Alkoholiker.

In den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts verdichtete sich in den USA und anderen Staaten der ersten Welt diese Idee und es formierten sich eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, die durch eine Kombination folgender Elemente charakterisiert werden können (Herriger 1997, S.27f):

- **Betonung der Betroffenheitsperspektive**

Die Gruppen formieren sich um ein Lebensproblem, dem sich die Mitglieder der Gruppe als Betroffene ausgesetzt fühlen, und über das sie sich Wissen aneignen und so zu ‚Experten in eigener Sache‘ werden.

- **Initiierung von selbstorganisierter Hilfe**

Die Mitglieder der Gruppe stellen in der Form von Informationen, Lebenshilfen, emotionaler Unterstützung ‚Sozialprodukte‘ her, die durch das professionelle Sozialsystem nicht oder nur unvollständig erbracht werden kann.

- **Einübung der Betroffenen in die Rolle von ‚kritischen Konsumenten‘**

Auf den Wissens- und Erfahrungspool der Gruppe kann zurückgegriffen werden, um informiert und gezielt Leistungen und Angebote in Anspruch zu nehmen, die das professionelle Sozialsystem zur Verfügung stellt. Daraus kann das Machtgefälle, das die Interaktion mit der Institution prägt ein Stück weit korrigiert werden.

- **Ausübung eines sozialpolitisch relevanten Einflusses**

Eine solche authentische Bedürfnisartikulation und Interessenvertretung kann sich zur Einforderung von Partizipationsrechten auf politische Entscheidungen ausweiten.

In den USA haben die ‚Community Aktion‘-Programme eine lange Tradition. Sie entwickelten sich als Reaktion auf eine tiefe Spaltung der Städte nach ethnischer Herkunft und sozialem Status, die zu einer Verelendung städtischer Teilräume führte. Alinsky (1984) begann bereits in den 30er Jahren in den Slums von Chicago, Mieterorganisationen und Bürgerrechtsgruppen aufzubauen. Alinsky propagierte eine Technik des sozialen Widerstands (confrontative strategies), einen Versuch sich in solidarischer Organisation ein Stück Macht anzueignen, um Unterdrückungsmechanismen aufbrechen zu können.

Rückenwind gewannen die ‚Community Action‘-Programme durch den ‚Equal Opportunity‘-Act (1965) der Teil des von L.B. Johnson ausgerufenen ‚Kampfes gegen die Armut‘ war. Dieses Programm stand unter der Maxime der ‚grösstmöglichen Partizipation der Bürger‘ (maximum feasible participation) und schuf das rechtliche Fundament der Bürgereinmischung. Zugleich schuf das Programm

das ökonomische Fundament für eine Vielzahl von Projekten von gemeinschaftlicher (Selbst-)Organisation.

1.5.4 Pädagogik der Unterdrückten

Grossen Einfluss auf die Empowermentpraxis in den USA und Europa hatten die Arbeiten des brasilianischen Pädagogen und Sozialreformers Paulo Freire (Freire 1990, 1973).

Freire begann in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts in den Favelas, brasilianischer Landgemeinden, sein Projekt der Alphabetisierung und Politisierung. Im Mittelpunkt seiner Arbeit stand sein ‚Konzept der Bewusstseinsbildung‘, das er herkömmlicher Pädagogik gegenüberstellte, die in seiner Optik in der Tendenz erforschendes Lernen still stellt und dadurch zur Komplizin einer Ideologie der Unterdrückung wird. Freire hat vom ‚banking concept of education‘ gesprochen, das darin bestehe, dass der Lehrer Einlagen in die Köpfe der Schüler macht. Die Aufgabe des Lehrers ist es, die Köpfe der Schülerinnen mit „Inhalten seiner Übermittlung zu füllen – mit Inhalten, die von der Wirklichkeit losgelöst sind, ohne Verbindung zu einem grösseren Ganzen, das sie ins Leben rief und ihnen Bedeutung verleihen könnte. Je vollständiger er die Behälter füllt, ein umso besserer Lehrer ist er. Je williger die Behälter es zulassen, dass sei gefüllt werden, um so bessere Schüler sind sie“ (Figueroa 1989, S.57).

Im Gegensatz dazu versucht die ‚problemformulierende Bildung‘ die Menschen anzuregen, in sich die Kraft zu entwickeln, damit sie kritisch die Weise begreifen können, in der sie in der Welt existieren, mit der und in der sie sich selbst vorfinden. „Sie lernen die Welt nicht als statische Wirklichkeit, sondern als eine Wirklichkeit im Prozess sehen, in der Umwandlung“ (Figueroa 1989, S.67).

Methodisch umfasst Freires Konzept drei Phasen:

1 Engagiertes Zuhören

In dieser Phase geht es darum, die ‚Mauer des Schweigens‘ einzubrechen und Anstösse zur Erinnerung zu geben. Die Erinnerungsarbeit der Beteilig-

ten wird darauf zu gemeinsamen Problemthemen zusammengefasst. Gemeinsam werden anschliessend auch die Prioritäten festgelegt.

2 **Problemanalytischer Dialog**

Mittels Rollenspielen, Video-Dokumentationen, Archivforschungen, Interviews von Bezugspersonen und Zeitzeugen werden die Grundlagen für einen kritischen Dialog geschaffen, der neue Fäden der Verbundenheit zwischen den Beteiligten spinnt und Visionen einer Veränderung kreieren kann.

3 **Soziale Aktion**

In dieser Phase werden Aspekte dieser Visionen durch direkte soziale Aktionen in die Tat umgesetzt. Wallerstein & Bernstein (1988, S.383) schreiben darüber:

Die Menschen testen ihre analytischen Denkgebäude in der wirklichen Welt; sie treten ein in einen erweiterten Kreis der Reflexion, der den Input neuer Erfahrungen aus ihrem experimentellen Handeln einschliesst. Diese beständige Spirale von Aktion-Reflexion-Aktion ermöglicht es den Menschen, in diesen kollektiven Versuchen der Veränderung neue Lernerfahrungen zu sammeln und ein vertieftes Engagement in der Bearbeitung kultureller, sozialer und historischer Lebensbarrieren zu entwickeln.

Freire strebte ein Lernen an, das durch die Interaktion kognitiver, emotionaler und strategischer Prozesse eine Kultur des Schweigens und die eingeübte Selbstattribution von Versagen durchbrechen und, trotz der Armut und Marginalisierung, den Bewohnern der Favelas die Zukunftsperspektive eines besseren Lebens eröffnen sollte.

1.5.5 Kritische Perspektiven

In Bezug auf den Feminismus ist als gewichtige Kritik der Eurozentrismus-Vorwurf zu erwähnen, der von Seiten von Frauenrechtlerinnen aus Asien, Afrika, Südamerika und dem arabischen Raum immer wieder erhoben wird. Den europäischen und US-amerikanischen feministischen Organisationen wird vorgehalten, dass sie auf die spezifischen Bedürfnisse der Frauen aus anderen Kulturräumen und insbesondere aus den Entwicklungsländern keine Rücksicht nehmen, indem sie die ‚Frauenrechtsfrage‘ für die Bedürfnisse des europäischen und US-amerikanischen Kulturraumes monopolisierten (Arndt 2004). Umstrittenes Thema innerhalb und ausserhalb des Feminismus ist auch die Frage nach dem Ausmass der gesellschaftlichen Konstruktion von Geschlecht und die Frage, wie mit bestehenden Geschlechterrollenstereotypen umzugehen sei, ohne diese festzuschreiben.

Der Selbsthilfe-Bewegung wurde entgegengehalten, dass es eine innergesellschaftliche Entwicklung gibt, in die man sich einmischen kann und muss, statt in die ‚Autonomie des ganz anderen‘ abzudriften, mit der Gefahr, dass Probleme und Konflikte nicht mehr veröffentlicht, sondern in einer alternativen Privatheit ‚befreit‘ werden. (Diemer & Völker 1981)

Freires Methode der Alphabetisierung wurde von den damaligen brasilianischen Machthabern zum Zweck der nationalistischen Indoktrination instrumentalisiert (Wagner 2001). Das Programm MORBAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização) war eine komplette Pervertierung seiner Methoden. An die Stelle kritischer Reflexion trat die Verstärkung von Mythen, die für die Anpassung an die gegebenen Herrschaftsverhältnisse sorgen sollten. Dafür kann Freire natürlich nicht verantwortlich gemacht werden.

Wenn man wissenschaftliche Kriterien anlegt, sind aber seine Begriffe wie ‚Freiheit‘ und ‚Volk‘ unscharf. Auch sein Entwicklungsbegriff ist nicht eindeutig. Es wurde ihm auch vorgeworfen, zu idealistische Positionen zu vertreten und ein

schwarz-weiss Denken zu vertreten, das relativierende und differenzierende Grautöne vermissen lasse (Wagner 2001).

1.5.6 Zusammenfassung Empowerment

Empowerment heisst wörtlich übersetzt ‚Bemächtigung‘ oder ‚Selbstbemächtigung‘ und bezeichnet „Entwicklungsprozesse in der Zeit in deren Verlauf Menschen Kraft gewinnen, um ein nach eigenen Massstäben buchstabiertes besseres Leben zu leben“ (Herriger 1997, S.11)

Herriger (1997, S.12ff) unterscheidet vier Konnotationen des Begriffs:

- Politisch meint Empowerment den „konflikthaften Prozess der Umverteilung der politischen Macht“, in dessen Verlauf eine Gruppe aus einer Position relativer Machtunterlegenheit austritt, indem sie diese Unterlegenheit in Frage stellt und versucht sich ein Mehr an Macht und Entscheidungsvermögen anzueignen. Bürgerrechtbewegungen und andere soziale Emanzipationsbewegungen bilden den Kontext solcher Gruppen. Ihnen gemeinsam ist, dass sie in engagierter Parteilichkeit bestehende (Macht-) Strukturen in Frage stellen. Sie tun dies in der Form radikal-politischer Bewusstseinskampagnen, als (lokal-) politisch engagierte Bürgerinitiativen oder in der Form öffentlichkeitswirksamer Kampagnen für die Beachtung der Interessen ethnischer Minderheiten. Auch die ‚Selbstbestimmt-Leben-Bewegung‘ von Menschen mit Behinderung ist in diesem Zusammenhang zu sehen.
- Empowerment kann die Durchsetzungskraft und Kompetenz bezeichnen, mit der ein Mensch die Belastungen und Komplikationen seines Alltags bewältigt und mit der es ihm gelingt, ein autonomes Leben in Selbstbestimmung zu leben.
- Der Begriff Empowerment kann sich auch auf den Prozess beziehen, der es einem Individuum ermöglichen kann, aus Abhängigkeit und Bevormundung herauszutreten. Empowerment meint dann einen selbstinitiierten und eigenge-

steuerten Prozess der (Wieder-) Herstellung von Lebenssouveränität im Alltag, der sich auf die Ebene politischer, künstlerischer oder sozialer Gestaltungskraft ausweiten kann.

- Empowerment kann schliesslich ein professionelles Konzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung meinen. Gemeint ist hier ein Handlungskonzept, das den erwähnten Prozess der (Wieder-)Aneignung von Selbstgestaltungskräften anregend, unterstützend und fördernd begleitet und so versucht ‚Möglichkeitsräume‘ aufzuschliessen, die es ermöglichen, die Erfahrung der eigenen Stärken und Grenzen neu zu machen. Diese Erfahrungen können in einer Gruppe von Peers gemacht werden, in der Muster solidarischer Vernetzung (Herriger 1997, S.17) erprobt werden können.

Historische Wurzeln des Empowerment-Konzept lassen sich in der ‚civil-rights‘-Bewegung der Schwarzen US-Amerikaner, im Feminismus, in der Selbsthilfe-Bewegung und im Konzept von Freire, der ‚Pädagogik der Unterdrückten‘ finden.

1.6 Empowerment und Gesundheitsförderung in der psychosozialen Arbeit

Trotz der Prägung der Ideengeschichte der Psychiatrie durch das Paradigma des Krankheitsmodells, die Berger (2002) betont, gibt es in der Psychiatrie eine lange Tradition der Ergänzung der Behandlung psychiatrischer Krankheiten durch gesundheitsfördernde Massnahmen. So nahm Bleuler (1972), lange vor Antonovsky, in der Zürcher Universitätsklinik Burghölzli bereits zur Jahrhundertwende Elemente des Mitte des letzten Jahrhunderts von Jones (1952) formulierten Prinzips der therapeutischen Gemeinschaft, wonach Patienten sich in einem möglichst natürlichen und nicht durch die Klinikhierarchie geprägten Milieu begegnen sollten, vorweg. Simon (1986) führte in Gütersloh 1928 eine Milieuthera- pie ein, die besonderen Wert auf Tagesstrukturierung, vor allem in Gestalt von Arbeitstherapie, legte. Erste Tageskliniken entstanden nach 1945 in Russland und England (Wing 1987) und eröffneten den Weg zu psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten ausserhalb der herkömmlichen Anstalten.

Gefördert wurde diese Entwicklung durch die Entdeckung des Hospitalismus (Goffmann 1977; Wing 1970), also des Sachverhalts, dass alleine die Unterbringung im reizarmen Milieu herkömmlicher psychiatrischer Anstalten bei den Patientinnen zum Teil schwere psychische Folgestörungen nach sich zu ziehen vermag. Anfang der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden drei grosse Verlaufsstudien durchgeführt (Bleuler 1972; Ciompi 1976; Huber 1979), die zeigten, dass entgegen der bis anhin gültigen Auffassung, Schizophrenien einen eher günstigen Verlauf nehmen.

Auf dem Hintergrund der sozialpolitischen Wende in den USA und in Europa führten diese Erkenntnisse ab etwa 1965 zu umfassenden Reformen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Diese Bewegung war geprägt durch sehr unterschiedliche Positionen. Auf der einen Seite standen Kritiker wie Laing (1961), Cooper (1971) und Basaglia (1971), die in der Behandlung und Etikettierung psychisch Kranker den entscheidenden pathogenen Einfluss sahen und daraus schlossen, dass Freiheit allein schon zur Heilung führt, und deshalb jede Art der Psychiatrisierung ablehnten. Auf der anderen Seite standen Reformer wie Benett (1990), Wing (1987) und Kisker (1967), die sich vom Aufbau einer kommunalen Psychiatrie eine deutliche Verbesserung der Versorgung und eine Verhütung der Chronifizierung versprachen. Nachdem sich in praktisch allen Ländern Europas und in weiten Teilen der USA in den letzten 30 Jahren die Versorgungsstruktur im Sinne einer Deinstitutionalisierung stark verändert hat, zeigt sich, dass überall dort, wo effektive gemeindepsychiatrische Dienste in genügender Zahl aufgebaut wurden, sich die Behandlungs- und zum Teil auch die Lebensbedingungen der psychisch kranken Menschen verbessert haben (Berger 2002).

Aus dieser kurzen Geschichte gesundheitsfördernder Initiativen im Bereich der Psychiatrie wird deutlich, dass die Ideen von Antonovsky hier nicht eine eigentliche, grundsätzliche Wende bewirkt haben. Sie haben aber prominent dazu beigetragen, dass es heute weitgehend unbestritten ist, dass es in der Psychiatrie nicht mehr ‚nur‘ darum gehen kann, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln, der Blick muss vielmehr auch der Gesundheit und ihrer Förderung gelten. Beide Blickrichtungen müssen gleichberechtigt nebeneinander stehen und in ein

sowohl die Behandlung als auch die Gesundheitsförderung umschliessendes Konzept münden (Berger 2002).

Empowerment als professionelles Konzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung steht in dieser Tradition der Gesundheitsförderung und führt sie weiter. Rappaport (1980) hat Empowerment als Gegenmodell zur ‚fürsorglichen Belagerung‘ durch expertendefinierte Ansätze eingeführt. Das Konzept, das seit Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts breit rezipiert wird, betont, dass Klientinnen nicht nur in ihrer Bedürftigkeit, sondern auch in ihren Rechten gesehen werden sollen. Klienten sollen nicht einseitig als gestörte und kranke Individuen, sondern als Menschen mit Problemen und Ressourcen im Kontext ihrer Lebenswelt wahrgenommen werden. Empowerment geht davon aus, dass psychisch kranke Menschen im Lauf ihrer Krankheitsgeschichte zu Experten in eigener Sache werden und selbstverantwortlich und kompetent ihre Interessen vertreten können, wenn auch diese Kompetenz in akuten Phasen der Krankheit herabgesetzt sein kann. Quindel (2004, S.190) schreibt:

KlientInnen werden als Subjekte konzipiert, die selbstverantwortlich und kompetent ihre Interessen vertreten können. Die Professionellen können ihre Kompetenzen einsetzen, um den KlientInnen die Ressourcen zugänglich zu machen, die sie zu einem selbstbestimmten Leben benötigen. Der Bemächtigungsprozess gewinnt dann an Eigendynamik: Je selbständiger die KlientInnen ihr Leben regeln, desto selbstbewusster werden sie, umso mehr Ideen und Kompetenzen entwickeln sie. Die Abhängigkeit von professioneller Unterstützung wird in diesem Prozess immer geringer, der Zugang zu den Ressourcen gelingt ohne deren Hilfe. Unter Empowerment wird also ein Handlungskonzept verstanden, das sowohl Prozesse bei KlientInnen, wie auch professionelle Haltungen beschreibt.

In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Elemente eines solchen, die Behandlung ergänzenden Konzeptes, zusammengestellt. Weil die Konzepte Gesundheitsförderung und Empowerment in alle diese Elemente einfließen, wird die Zusammenstellung zeigen, dass die beiden Ansätze nicht getrennt gesehen werden können, sondern als sich ergänzend begriffen werden müssen.

Zudem muss eine ganzheitliche Perspektive der beiden Ansätze die Mitarbeiterinnen psychosozialer oder psychiatrischer Institutionen mit einschließen. Es ist notwendig, ein Bewusstsein darüber zu entwickeln, dass nur Mitarbeiter, die selber ‚sich in ihrer Arbeit bemächtigt fühlen‘ und ihre Gesundheit thematisieren und fördern, gesundheitsfördernde Prozess auf der Ebene der Klientinnen wirklich unterstützen können.

1.6.1 Basale Sicherung und Unterstützungsmanagement

Gesundheitsförderung und Empowerment setzen eine basale Sicherung voraus. Solange ein Leben ‚in der Luft hängt‘, können die Ansätze nicht greifen. Sie setzen die Herstellung und Sicherung eines Grundfundamentes von Lebensressourcen voraus. Herriger (1997, S. 86ff) nennt drei Problemkomplexe, die die Inanspruchnahme von basalen Sicherungsleistungen behindern können:

1 Personale Schwellen können behindern

Es kommt nicht selten vor, dass Menschen auch in Zeiten akuter Not keine sozialen Unterstützungen ausserhalb der unmittelbaren Lebenswelt in Anspruch nehmen, sondern sich bemühen, das Problem ‚in den eigenen vier Wänden‘ zu lösen. Strauss (1987) hat die inneren Hürden, die einer Veröffentlichung von drängenden Lebensproblemen entgegenstehen, in einem Konzept zu fassen versucht. Danach hängen diese Hürden zusammen mit der Einschätzung der individuellen und familiären Lösungskompetenz, der Kalkulation der erwartbaren Nutzen und Kosten der Problemveröffentlichung und den gesellschaftlichen Wertvorstellungen des betroffenen Menschen.

2 Private Ressourcenmobilisierung kann scheitern

Auch dort, wo diese Schwellen überwunden sind, und im privaten Netzwerk um Hilfe gefragt wird, kann es zu einem Scheitern der Ressourcenmobilisierung kommen, v.a. dann, wenn der ‚Nachfrager‘ die subjektive Leistungsgrenze der Adressatin seiner Unterstützungswünsche falsch einschätzt.

3 Institutionenproduzierte Barrieren der Inanspruchnahme

Sozialadministrationen können sich durch ein hohes Mass an Unübersichtlichkeit auszeichnen und damit Nachfrager abschrecken. Der Umgang mit Ämtern setzt oft ein hohes Mass an „bürokratischer Kompetenz“ voraus. Z.B. kann es verlangt sein, dass eine Lebensproblematik selektiv präsentiert wird, damit sie für die angepeilte Verwaltungseinheit bearbeitbar wird. Umgekehrt kann von der Klientin eine Verknüpfungsfähigkeit gefordert sein, z.B. wenn sie zuerst stationär und nachher ambulante Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Anforderungen können Klienten vor allem in ‚Nullpunkt-Situationen‘ des Lebens überfordern.

In der angloamerikanischen Sozialarbeit wurde, im Hinblick auf solche Situationen der Überforderung, die Methode des Unterstützungsmanagements (Case-Management) entwickelt (Wendt 1992). Sie zielt durch die Mobilisierung, das Arrangement und die Vernetzung von Unterstützungsressourcen eine ganzheitliche Hilfe an. Diese konsequente Ressourcenorientierung unterscheidet die Case-Management-Idee von herkömmlicher Sozialarbeit.

Case-Management verfolgt ein zweifaches Ziel: Sie kreiert ein Ressourcen-Netzwerk, das die Beiträge aus der privaten Lebenswelt des Klienten mit solchen öffentlicher Dienstleistungsträger koordiniert und sie befähigt die Klientin, dieses Netzwerk in eigener Regie und ohne pädagogische Anleitung zu handhaben.

Wendt (1992) unterscheidet sechs Stadien des Unterstützungsmanagements:

Stadium 1: Verpflichtung (engagement)

In diesem Stadium geht es zuerst um ein screening des Fallzuweisungsverfahrens, das die Frage klärt, ob dem Case-Manager unmittelbar oder mittelbar die Mittel verfügbar sind, die der Adressatin im Sinne einer Nothilfe zur Verfügung gestellt werden müssen. Nachher geht es darum, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Unterstützungsmanager und Klientin aufzubauen.

Stadium 2: Einschätzung (assessment).

Hier geht es um eine Beurteilung und Einschätzung der Lebenslage des Klienten, die folgende vier Punkte klärt:

- Einschätzung der Lebenswirklichkeit der Klientin mit den darin eingelagerten Stressoren, Restriktionen und Lebenskrisen.
- Einschätzung der Überlebensstrategien des Klienten, verbunden mit einer Diagnose seiner personalen Stärken und sozialen Netzwerkressourcen, die er nutzt, um mit Belastungen fertig zu werden.
- Einschätzung des Ressourcensettings der Klientin durch Identifikation von potentiell ergänzenden Ressourcen in ihrer privaten Lebenswelt und in der öffentlichen Dienstleistungslandschaft.
- Einschätzung von Stolpersteinen durch Thematisierung von subjektiven Unfertigkeiten, Negativbeurteilungen und inneren Barrieren, die der Mobilisierung und Nutzung von Unterstützung im Wege stehen.

Stadium 3: Planung (planing)

Hier geht es um folgende vier Schritte

- Zielformulierung: Selektion von klar umschriebenen und eng fokussierten erreichbaren Zielsetzungen
- Prioritätensetzung: Sortierung der Zielsetzung in einer Prioritätenliste mit Festlegung der Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Akteuren.

- Methodenwahl: Auswahl der Techniken, Strategien und Interventionen, die Werkzeuge der Zielerreichung sein sollen.
- Zeitstrukturierung: Strukturierung des Vorgehens in der Zeit incl. Festlegung von Zeitpunkten der Zwischenevaluierung.

Stadium 4: Erschliessung von Ressourcen (intervention)

Hier geht es um die Mobilisierung und die Vernetzung der definierten Ressourcenquellen, die unterschiedliche Aktivitäten umfassen können:

- Zusammenführen (connecting): Darunter fallen Aktivitäten, die neue Beziehungen zu Helfern stiften
- Aushandeln (Negotiation): Aktivitäten, die vorhandene Beziehungen zwischen Klient und Helferinnen verbessern.
- Fürsprache (advocacy): Aktivitäten, in denen der Case-Manager dort, wo Beziehungen zwischen dem Klientin und ihrem Umfeld durch Konflikte belastet sind, vermittelnd tätig wird.

An die Stelle der direkten Produktion von Dienstleistungen tritt hier eine beziehungschaffende und –bestärkende Arbeit.

Stadium 5: Koordination (coordination and monitoring)

In diesem fünften Schritt geht es zum einen darum, das Arrangement von Unterstützungen, das sich in der Zeit eingespielt hat, auf ein sicheres Fundament zu stellen und zum anderen um eine Kontrolle (monitoring) des Unterstützungsprozesses.

Stadium 6: Entpflichtung (disengagement)

In der letzten Phase geht es um eine Abschlussevaluation des Unterstützungsmanagements und im Idealfall um eine Auflösung des Arbeitskontraktes, die möglich geworden ist, weil die Klientin fähig geworden ist, ihr Hilfsnetzwerk selber zu handhaben, soweit sie es noch braucht. In vielen Fällen wird allerdings eine Neuvereinbarung mit dem Klienten, als Grundlage für eine Weiterführung der Hilfe, nötig sein.

1.6.2 Psychoedukation und Compliance

Kissling et al. (1996) machen darauf aufmerksam, dass es, in Bezug auf die Schizophrenie, nicht genügt, über wirksame Neuroleptika zu verfügen, wenn gleichzeitig die Compliance-Frage vernachlässigt wird. Die Autoren verweisen auf Compliance-Raten zwischen 40 und 75% und darauf, dass die Rezidivrate schizophrener Psychosen bei dieser Rate doppelt so hoch ist, als sie sein könnte, was viel vermeidbares Leid für die Betroffenen und immense Kosten für die Allgemeinheit bedeutet.

Um die Qualität und Effizienz der Rezidivprophylaxe zu verbessern, wurden verschiedene psychosoziale Interventionsstrategien entwickelt. Dazu schreiben die Autoren:

Als besonders wirksam erwiesen sich dabei die psychoedukativen Massnahmen, die neben reiner Wissensvermittlung auch die Modifikation von Krankheitskonzepten, die Entspannung der Familienatmosphäre und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien zum Ziel haben. (Kissling et al. 1996, S. 15).

Nach Linden (1993) sind psychoedukative Programme dann besonders Compliance-förderlich, wenn sie auf folgende Faktoren günstig einwirken:

- Sie modifizieren die Krankheitskonzepte der Patientin so, dass sie therapiekongruenter werden.
- Sie verbessern die Arzt-Patient-Beziehung
- Sie umfassen verständliche Instruktionen
- Sie ermöglichen ein einfaches Behandlungsregime.

Zusammenfassend schreiben Kissling et al. (1996, S. 22

Psychoedukation ist eine systematische, zielgerichtete Intervention, bei der Therapeuten, Patienten und deren Angehörige versuchen, voneinander zu lernen. Ziel ist es dabei, Wissen zu

vermitteln, zu einem besseren Verständnis der Erkrankung und der Behandlungsmöglichkeiten beizutragen und wirksame Bewältigungsstrategien einzuüben. Psychoedukation nimmt das Recht der Betroffenen auf Aufklärung ernst und berücksichtigt ihr unterschiedliches Aufnahmevermögen. Sie schafft eine therapeutische Allianz zwischen Patienten, Angehörigen und Therapeuten, erhöht die Compliance gegenüber Therapiemassnahmen und führt dadurch zu einer deutlichen Senkung der Rezidivraten.

1.6.3 Geteilte Information und geteilte Entscheidungsfindung

Der Begriff Compliance impliziert einen Experten, der weiss, welche Behandlung für die Patientin die richtige ist. Zaumseil (2001) verweist darauf, dass etwa 75% der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie bei der Zustimmung zu Behandlungsmassnahmen eine ähnliche Fähigkeit haben Informationen aufzunehmen und Entscheidung zu treffen, wie Vergleichsgruppen (Berg & Applebaum 1999). Auf der Grundlage dieses Resultates schlägt Zaumseil vor, das Compliance-Konzept zu modifizieren. Er schlägt einen ‚Prozess geteilter Entscheidungsfindung vor, bei dem sich folgende Etappen eines Handlungszyklus unterscheiden lassen: Informationsaustausch → gemeinsame Beratung → gemeinsame Entscheidung → Umsetzung → Informationsaustausch usw.

In der Phase des Informationsaustausches, bzw. der gemeinsamen Beratung, findet der Betroffene Gelegenheit, seine Beschwerden, deren Geschichte und deren Interpretation zu schildern. Er kann sich auf seine Lebenssituation beziehen und kann die mit seiner Beschwerde verbundenen Befürchtungen und Vorerfahrungen thematisieren und wird darin ernst genommen.

Es folgt eine Verständigung darüber, was beide Seiten als das behandlungsbedürftige Problem des Betroffenen definieren. Eine solche Einigung kann schwierig sein, trotzdem ist eine gemeinsame Plattform, die für beide Seiten akzeptabel ist für das weitere Vorgehen unabdingbar.

Die Ärztin informiert sich über alles, was bei der Wahl zwischen unterschiedlichen Medikamenten relevant ist und erläutert die Vor- und Nachteile der Behandlungsoptionen, samt ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen und ihren Auswirkungen auf das psychische und soziale Wohlbefinden.

Darauf benennt der Arzt seine Schlussfolgerungen, z.B. in Bezug auf die Verknüpfung der Diagnose mit der therapeutischen Massnahme und berücksichtigt dabei die möglicherweise brisante Bedeutung seines Urteils für die Patientin. Zaumseil schlägt vor, trotz dieser Brisanz offen zu informieren und verweist auf die Untersuchungen von Wienberg & Sibum (1997), die ergeben haben, dass es keinen eindeutigen Beleg dafür gibt, dass Patienten mit solchen Informationen nicht umgehen können.

Zaumseil gibt zu bedenken, dass es eine gemeinsame Entscheidungsfindung nur dort geben kann, wo der Professionelle unterschiedliche Handlungsoptionen zulassen kann und sie nicht schon grundsätzlich ausschliesst. Die Zustimmung beider Parteien zur Behandlungsoption ist aber entscheidend für ein erfolgreiches Umsetzen.

Dieses Umsetzen wird anschliessend Gegenstand eines erneuten Informationsaustausches, bzw. einer erneuten Beratung, die eventuell dazu führt, das vorher Beschlossene zu modifizieren. Zaumseil betont, dass es regelmässig erst nach dem mehrmaligen Durchlaufen eines solchen Kreislaufs zu einer allmählichen Veränderung der Haltungen auf beiden Seiten kommt.

1.6.4 Biographiearbeit

Biographiearbeit mit Klientinnen kann so gestaltet werden, dass ihr eine ‚ermächtigende Wirkung‘ im Sinne des Empowerment-Konzeptes zukommt. Herriger (1997, S. 97ff) weist darauf hin, dass Erinnern immer eine Neuinterpretation des Vergangenen ist. Diese Neuinterpretation ist immer auch die Chance, Selbstattributionen umzuschreiben. Schuld, Versäumnis, Schwäche und Minderwertigkeit können in einem neuen Licht gesehen werden. Er schlägt ein praktisches

Verfahren der sozialen Einzelhilfe vor, die Biographiearbeit, die fünf Dimensionen umfasst.

Erinnerungsarbeit kann als Versuch gesehen werden, einen verknüpfenden ‚roten Lebensfaden‘ wieder zu finden und dadurch Stück für Stück zu erkennen, dass das Leben nicht in unverbundene Episoden zerfällt. Dadurch kann sich ein Bewusstsein der Kontinuität und Lebenskohärenz (1) entwickeln. Erinnerungsarbeit ist also nicht ein Luxus, den man sich leistet oder nicht leistet, Erinnerungsarbeit kann gerade in belasteten Situationen zur (Wieder-) Gewinnung von Lebensqualität nötig oder sogar unverzichtbar sein.

Individualisierung geht einher mit dem Gefühl der persönlichen Verantwortung für das Gelingen oder Mislingen des Lebens. Auch wenn eine (psychische) Krankheit einen ‚Normallebenslauf‘ verunmöglicht, erleben die Betroffenen oft ein Gefühl des persönlichen Versagens, unter dem die Erinnerung an Fähigkeiten und Ressourcen leicht begraben wird. Die Biographiearbeit hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, lebensgeschichtlich verschüttete Stärken zu entdecken (2). Herriger schreibt (S. 105):

Dort aber, wo die Entdeckung lebensgeschichtlich verschütteter Stärken gelingt, vermag die Biographiearbeit ein Stück Selbstwert und damit auch Lebensmut aus der Vergangenheit in die Gegenwart hinein zu retten.

In dem gelebte Beziehungen erinnert werden, kann Erinnerungsarbeit auch helfen, das Gefühl von Zugehörigkeit wieder herzustellen (3). Im Zuge dieser Erfahrung kann aber auch das Gefühl aktueller oder vergangener Einsamkeit verstärkt werden. Beiden Erfahrungen, die der Zugehörigkeit und die der Einsamkeit, können identitätsstiftende Bedeutung zukommen.

Biographiearbeit soll so geleitet werden, dass genügend Gelegenheit gegeben ist, Positives zu berichten, damit das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung sich (wieder) entwickeln können. Sie soll aber nicht zu einer Schönfärberei verkommen. Es kann für den Berichtenden entlastend sein, negative Aspekte der Biographie in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu erzählen (4). Ein einseitiges

Beharren auf den positiven Seiten verunmöglicht diese Erfahrung, was gravierende Konsequenzen haben kann.

Lebensgeschichten haben neben dem retrospektiven, einen in die Zukunft weisenden Aspekt. Der ‚rote Faden‘, der gefunden wird, lässt sich in die Zukunft verlängern (5). Biographiearbeit kann den verschütteten Zugang zu ungelebten Potentialen freischaufeln und so Neues ermöglichen. Zusammenfassend schreibt Herriger (S. 109):

Erinnerungsarbeit und biographisches Lernen haben das Ziel, verschüttete individuelle Lebensgeschichte ‚zur Sprache zu bringen‘, ihre Sonnen- wie auch Schattenseiten von der Schwerkraft des Vergessens und Verdrängens zu befreien. Kurssetzungen und Rhythmik dieser Lebenshermeneutik liegen in den Händen des Betroffenen – behutsame Impulssetzungen durch den sozialen Arbeiter vermitteln ordnende, die Erinnerungsvielfalt sortierende Strukturgitter. Am Ende einer gelingenden biographischen Arbeit steht ‚ein neuer Blick auf die eigenen Lebenskurse‘: An die Stelle geschlossener, monolythisch-fester negativer Selbstattribuierungen („das Buch des Lebensversagens“) treten Erinnerungsspuren, in denen Erfahrungen von Selbstwert wie auch Dokumente der Wertschätzung signifikanter anderer sichtbar werden. Und an die Stelle unbezahlter Vergangenheitsschulden tritt ein biographisches Abschlussaldo, das mit verpassten Lebensoptionen, biographischen Sackgassen, Versäumnissen und Beziehungshypothesen abschliesst und ohne Groll den Blick in die Lebenszukunft öffnet. Biographische Arbeit, so verstanden, ist Wegweiser zu neuen Lebenskräften und Schutzschild gegen Identitätsverluste.

Biographiearbeit entfaltet sich im Dialog und führt, wenn sie gelingt, zur Anerkennung des sozialen Selbst des Klienten. Sie ist identitätsstiftend, indem sich der Klient als dynamischen Teil eines grösseren Kontextes erfährt. Herriger (S. 111) meint dazu:

Sie ist zum einen Thematisierung und kritische Diskussion der Selbstbilder und Selbstpräsentationen des Klienten. Und sie ist zum anderen detailgenaue Rekonstruktion der strukturellen Kontexte individueller Entwicklungs- und Problemverläufe.

1.6.5 Kompetenzdialog

Individuelle ‚Ermächtigung‘ kann auch auf der Basis des sog. Kompetenzdialogs erfolgen, der auf dem Ansatz der lösungsorientierten Beratung von DeShazer (1986) basiert. Bei diesem Ansatz ist Folgendes wichtig:

1. Respekt vor der Lebensautonomie des Klienten

Die Festsetzung der Arbeitsziele und die Wahl des geeigneten Weges zu diesen Zielen liegen in den Händen der Klientinnen. Die Klienten sollen so weit als möglich selbst entscheiden können. Er soll spüren, dass mit ihm und nicht für ihn gearbeitet wird. Die Annahme, die zu dieser Haltung führt, geht davon aus, dass Klientinnen in der Lage sind, Dinge zu wählen, die für sie gut sind.

2. Prozessorientierung der Beratung

Der lösungsorientierte Ansatz geht davon aus, dass Veränderungsprozesse im Leben unvermeidlich sind und sich fortwährend ereignen. Die Beratung tendiert daher nicht auf die Rekonstruktion von alten Zuständen, wie sie z.B. vor einer Krise bestanden haben, sondern vertraut auf die produktive Kraft von Lebensveränderungen.

3. Radikale Zukunftsorientierung der Beratung

Das Konzept grenzt sich ab von kausalen Ansätzen, die versuchen Lösungen zu finden, indem die Ursachen beseitigt werden. Es bricht mit dem Glauben an die Verknüpfung von Problemgenese und wirksamen Lösungsmitteln. Es ist allein gerichtet auf die Zukunft des Klienten. Der Beratungsprozess ist konzentriert auf „die Buchstabierung von realistischen Lebenszukünften, die den Betroffenen ein Mehr an Lebensautonomie, Umweltkontrolle, und Selbstverfügung versprechen; ...“ (Herriger 1997 S. 115).

Der Kompetenzdialog umfasst drei Arbeitsphasen:

1. Zielfokussierung – die Formulierung von ‚wünschenswerten‘ Lebenszielen

In dieser Phase der Beratung gilt es, feste Erwartungsmuster im Kopf des Klienten zu öffnen und dadurch die Erwartung von Veränderungen zu schaffen.

Die Erwartung, was passieren könnte, beeinflusst das Verhalten: Wenn man erwartet, dass immer wieder dasselbe passiert, dann ist es auch sinnvoll, weiterhin dasselbe zu tun und zu denken. Wenn man aber erwartet, dass etwas Neues passiert, dann ist es auch sinnvoll, etwas anderes zu tun, um dem Neuen eine Chance zu geben.“ Wir haben festgestellt, dass es günstig ist, die Klienten dazu zu bringen, genau zu beschreiben, was anders sein soll, wenn ihr Problem gelöst ist. Es erscheint einleuchtend, dass man sein Ziel eher erreicht, wenn man genau weiss, was man will. Was nicht auf den ersten Blick einleuchtet, ist, dass auch schon die Erwartung, ein anderes, befriedigenderes Ziel zu erreichen, weiterhelfen kann. Die Beschreibung von potentiellen Lösungen wird benutzt, um zu definieren, wohin die Entwicklung gehen soll und wie sie befriedigender verlaufen kann (De Shazer 1986, S. 191f).

2. Reframing

In dieser Phase werden ‚Ausnahmen exploriert‘, d.h. die Klientinnen werden nach Zeiten befragt, in denen die Beschwerden nicht, oder weniger ausgeprägt auftraten. Was war in dieser Zeit anders? Was hat der Klient in dieser Zeit anders gemacht? Die Wahrnehmung dieser Unterschiede ermöglicht es der Klientin, eigene Kompetenzen wahrzunehmen.

Unserer Meinung nach ist es wichtig, dass sowohl Therapeut als auch Klienten wissen müssen, was den Klienten alles gelingt und wo sie Erfolg haben. Diese Diskussion bildet nicht nur die Grundlage für die Planung von Interventionen und Lösungen, sondern gibt dem Klienten auch implizit zu verstehen, dass der Therapeut ihm zutraut, dass er zu konstruktivem Verhalten nicht nur prinzipiell fähig ist, sondern auch, dass er es bereits an den Tag legt. (DeShazer 1986, S. 195)

Dadurch wird ein Reframing, ein ‚Wechsel des Bezugsrahmens‘, möglich. Die Klientin erfährt sich als potentiell kompetent und konstruktiv und damit als fähig, Lebensfortschritte zu verwirklichen.

3. Ko-Konstruktion von Lösungen

In dieser dritten Phase stehen das gemeinsame Entwerfen und Aushandeln von Lösungswegen im Vordergrund. Hier geht es darum, die in der ersten Phase identifizierten Lebensziele und die in der zweiten Phase entdeckten Kompetenzen zu verbinden und so zu einer realistischen Folge von Lösungsschritten zu gelangen. Kleine erfolgreiche Lösungsschritte können so auf der Grundlage einer Strategie des ‚Mehr - Desselben‘, zu grossen Änderungen führen.

In den Mittelpunkt der helfenden Beziehung rückt so *ein zukunftsorientierter biographischer Dialog*, in dem die Lebensbedeutungen des Klienten und die (durchaus nicht immer deckungsgleichen, sondern vielfach abweichenden und konträren) stellvertretenden Lebensbedeutungen des beruflichen Helfers zusammengeführt werden und in einer gemeinsamen Verständigung über ‚machbare‘ Lösungen verknüpft werden. (Herriger 1997, S. 118)

1.6.6 Vernetzung und Selbstorganisation

Der Begriff Empowerment hat seine historischen Wurzeln in sozialen Bewegungen von Menschen, die aus einer Situation von Machtlosigkeit, Resignation und Demoralisierung heraus begannen, ihre Kräfte zu bündeln um Einfluss zu gewinnen. Diesen Wurzeln entsprechend ist Empowerment, als professionelles Konzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung, nicht auf die Arbeit in Einzelsettings beschränkt, sondern fördert auch die Vernetzung und Selbstorganisation der Klientinnen.

In das Zentrum einer Politik und Praxis des Empowerment tritt hier eine spezifische Zielsetzung: *das Stiften von Zusammenhängen* - d. h. die Inszenierung, der Aufbau und die Weiterentwicklung von fördernden Strukturen, die die Selbstorganisation von Menschen unterstützen und kollektiv hergestellte Ressourcen für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung freisetzen. Anliegen einer solchermassen definierten psychosozialen Praxis ist es, die Menschen bei ihrer gemeinschaftlichen Suche nach selbstbestimmten Lebensweisen zu unterstützen und ihnen durch das Stiften von neuen sozialen Zusammenhängen und Netzwerken einen schöpferischen Umgang mit den Gestaltungsfreiräumen der Moderne möglich zu machen (Herriger 1997, S. 142).

Es stellt sich die Frage, wie dieses ‚Stiften von Zusammenhängen‘ von professioneller Seite her gefördert werden kann. Knuf (2004) charakterisiert eine diesen Prozess fördernde professionelle Haltung mit fünf Punkten:

1. Stärken und Fähigkeiten im anderen sehen und würdigen.

“Sie können sehr viel, auch wenn Sie im Moment keinen Zugang dazu haben.“

(statt: „Das können Sie nicht, weil Sie krank sind.“)

2. Hoffnung fördern.

„Ich bin davon überzeugt, dass Sie wieder gesund werden können.“
(statt: „Sie müssen sich mit Ihrer Erkrankung abfinden.“)

3. Das Recht auf Irrtum und Risiko zugestehen.

„Das können Sie ausprobieren. Ich unterstütze Sie dabei und Sie müssen nicht perfekt sein.“
(statt: „Das geht garantiert schief.“)

4. Zum rechten Zeitpunkt Verantwortung übernehmen.

„Wenn Sie selber nicht mehr entscheiden können, bin ich bereit, für Sie zu entscheiden. Aber nur solange es nötig ist.“

(statt: „Sie sind selber für sich verantwortlich, machen Sie was Sie wollen.“)

5. Das Recht auf Selbstbestimmung wahren.

„Sie müssen gar nicht so werden, wie ich (Sie gerne hätte), sondern Sie dürfen Ihren eigenen Weg gehen.“

(statt: „Ich weiss, was für Sie gut ist.“)

Neben fachlichem Können ist aus dieser Perspektive die Einübung eines neuen Sinnes notwendig, den Stark (2002) in Anlehnung an Robert Musil den ‚**Möglichkeitssinn**‘ nennt, und gleichberechtigt neben den Wirklichkeitssinn stellt.

Wer ihn besitzt, sagt beispielsweise nicht: Hier ist das oder das geschehen, wird geschehen, muss geschehen; sondern er erfindet: Hier könnte, sollte, müsste geschehen; und wenn man ihm von irgendetwas erklärt, dass es so sei, dann denkt er: Nun, es könnte wahrscheinlich auch anders sein. So liesse sich der Möglichkeitssinn geradezu als Fähigkeit definieren, alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen, als das, was nicht ist (Musil 1978, S.16).

Gefragt ist im Grunde Phantasie, die Fähigkeit sich nicht vom Faktischen hypnotisieren zu lassen, sondern eine andere mögliche Zukunft zu sehen und sie so

gestaltbar machen. Gronemeyer (1988, S. 239; zit. nach Stark 2002) drückt diesen Gedanken so aus:

Wenn man auf die Gegenstände nur noch in ihrer endgültigen Gestalt, in ihrem höchsten Fertigungsgrad treffen kann, dann ist nahezu jede Wahlfreiheit in ihrer Handhabung, jedes Experimentieren, Probehandeln, jedes Spiel unterbunden. Dann können sich an ihnen weder Fähigkeiten erproben, noch kann sich die Erfahrung bereichern. Die im Verlauf des Fertigungsprozesses in sie eingeschriebenen Funktionsbestimmungen legen die Beziehungen zwischen Mensch und Gegenstand zwingend fest. Dasselbe gilt auch für die sozialen Zusammenhänge. Gegenüber versteinerten Bürokratien und erstarrten Regelsystemen, gegenüber der unerbittlichen Fertigkeit der Verhältnisse verkümmern die sozialen Fähigkeiten, und die Individuen werden, was ihnen zugemutet wurde: Funktionsträger und Konkurrenten.

1.6.7 Empowerment der Mitarbeiterinnen

Mitarbeiter, die einen solchen Möglichkeitssinn entwickeln sollen, brauchen entsprechende Arbeitsbedingungen. Berger (2002) konnte in einer Studie nachweisen, dass subjektiv erlebter Stress die Neigung zu psychosomatischen Beschwerden erhöht und umgekehrt Entscheidungsteilhabe Stress reduziert, sowie die Zufriedenheit am Arbeitsplatz erhöht. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Mitarbeiterinnen, die nur in geringem Mass über Konfliktbewältigungsstrategien verfügen und deshalb in vermehrtem Mass zum Burnout-Syndrom neigen, deutlich häufiger in aggressive Auseinandersetzungen geraten, als Mitarbeiter, welche über gute Bewältigungsstrategien verfügen.

Gesundheitsfördernden Projekten ist der Ansatz gemeinsam, dass sie Patienten dazu befähigen, ihre Gesundheit aktiv zu ges-

talten und damit ihre Krankheit einzugrenzen vermögen. Ferner, dass sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu befähigen, ihren aktiven Beitrag zu gesunden Arbeitsbedingungen zu leisten. Und schliesslich, dass sie die Institution befähigen, die einzelnen Projekte miteinander zu vernetzen und damit über die Einzelmassnahmen hinaus systemische Effekte generieren, die insgesamt in Richtung einer bedürfnisorientierten, die aktive Teilhabe und mithin Gesundheit fördernde Haltung zielen, und zwar auf allen Ebenen psychiatrischen Handelns (Berger 2002, S. 19).

1.6.8 Kritische Perspektiven

Flexibles Übernehmen und Übergeben von Verantwortung

Terzioglu (2004) hat die Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis untersucht und nachgewiesen, dass eine gelingende Kooperation zwischen Psychiatern und Patientinnen davon abhängt, ob die Psychiater fähig sind, das Übergeben von Verantwortung flexibel zu gestalten.

In einer qualitativen Untersuchung hat Terzioglu die Interaktion zwischen psychoseerfahrenen Patientinnen und vier niedergelassenen Psychiatern untersucht, die nach dem Urteil von Fachleuten und Patienten, ihre Zusammenarbeit mit den Patientinnen sehr befriedigend gestalteten. Die Autorin konnte dazu an Therapiesitzungen teilnehmen. Sie zeichnete Arzt-Patient-Gespräche auf und führte problemzentrierte Interviews mit Ärzten und Patientinnen. Die Auswertung dieses Materials ergab, dass erfolgreich praktizierende Psychiaterinnen die Beziehung zu den Patienten flexibel gestalten. Terzioglu (2004, S. 341) schreibt:

Das, was diese Art der gelungenen Zusammenarbeit charakterisiert, ist ein wechselseitiger Bezug beider Interaktionspartner aufeinander, sowie ein flexibles Abstimmen des ärztlichen Verhaltens auf die wechselnden Bedürfnisse der Patienten. In akut

psychotischen Phasen, in denen sich auch die Patienten nur als eingeschränkt in der Lage wahrnehmen, vernünftige Behandlungsentscheidungen zu treffen, erwarten die Patienten und bieten die untersuchten Ärzte ein korrespondierendes ärztliches Verhalten, das der Hilfsbedürftigkeit der Patienten Rechnung trägt. Die Delegation der Verantwortung durch die Patienten an die Ärzte ... sowie deren Bereitschaft zur flexiblen Übernahme und Rückgabe der Verantwortung erhalten somit entscheidenden Stellenwert.

Auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung begründen die untersuchten Psychiaterinnen in Krisenzeiten ihre Entscheidungen in persönlicher Art und ziehen sich nicht auf die Expertenrolle zurück. Die stabile Beziehung bietet auch die Möglichkeit, Konflikte auszutragen, ohne dass es zu einem Abbruch der Beziehung kommt. In psychosefreien Zeiten ermöglichen die Psychiater den Patienten, mehr Verantwortung zu übernehmen. Trotz (oder wegen) des entschiedenen und auch einschneidenden Eingreifens der Psychiater während Psychosephasen bewerten die Patienten die Psychiater als partizipativ und kooperativ.

Wichtig ist auch die Bereitschaft der Psychiater, die Interaktion nicht nur auf medizinische Themen zu beschränken, sondern auch psychosoziale und politische Themen mit einzubeziehen.

Persönliche Sympathie für den Arzt ist ein weiterer entscheidender Faktor, neben komplementären Erwartungen in Bezug auf die Behandlung und die Einschätzung der Fähigkeit des Patienten zur Eigenständigkeit.

Auch das Behandlungssetting hat Gewicht. Zu nennen ist hier der Verzicht auf Signale in der Einrichtung, die die Asymmetrie betonen, die Art wie Patienten persönlich angesprochen werden. Die telefonische und persönliche Erreichbarkeit des Arztes ist von Bedeutung. Sie vermitteln den Patienten Hinweise auf die Ausrichtung des Psychiaters auf die Patientenbedürfnisse.

Daneben ist nicht zuletzt auch das Verhalten der Sprechstundenhilfe von Bedeutung, da es bereits bei der Anmeldung eine Orientierung auf den Patienten ausdrückt. Die Bereitschaft der Sprechstundenhilfe, sich nicht nur auf ihre ei-

gentliche Aufgabe zu konzentrieren, sondern die Abläufe auch flexibel auf die Patienten abzustimmen, fällt ins Gewicht.

Eine grosse Rolle spielt auch der ambulante Behandlungskontext, der einhergeht mit eingeschränkten Kontroll- und Einflussmöglichkeiten der Therapeutinnen.

Die Ergebnisse von Terzioglu differenzieren das oben dargestellte Konzept der geteilten Information und Entscheidungsfindung und zeigen, dass Patienten zwar informiert und beteiligt sein wollen, sie brauchen aber auch ein professionelles Gegenüber, dem sie vertrauen können, ihren Zustand adäquat einzuschätzen und sie in einer unstabilen Phase nicht überfordert, sondern Verantwortung übernimmt, sie aber auch wieder zurückgibt, sobald es der Zustand der Patientin erlaubt.

Grenzen des Empowermentkonzeptes

Lenz (2002) weist auf Grenzen des Empowermentkonzeptes hin, die er einerseits dort lokalisiert, wo Menschen aufgrund eines grossen Problem- oder Leidensdruckes nicht mehr über jenes Mass an Handlungs- und Entfaltungsspielraum verfügen, das für den Einstieg in partizipative Verständigungs- und Aushandlungsprozesse notwendig ist. In solchen Situationen regredieren Menschen oft in eine passive Rolle und delegieren die Verantwortung an die Experten. Gerade in der ersten Phase eines Klinikaufenthaltes kann es geschehen, dass Patienten sich in eine kindliche Position begeben und in erster Linie Sicherheit, Geborgenheit und Versorgung suchen. Lenz ist der Ansicht, dass die ‚Zumutung der Empowermentperspektive‘ in einer solchen Situation nur Abwehr und Widerstand erzeugen würde.

Erst wenn diese passiven Bedürfnisse und Wünsche ausreichend verstanden und befriedigt worden sind, ist ein entspre-

chendes Fundament geschaffen, aus dem Empowerment entstehen und wachsen kann (Lenz 2002, S. 16).

Grenzen des Konzeptes ortet Lenz auch dort, wo die physische, soziale oder psychische Integrität der eigenen Person oder auch anderer Personen gefährdet, oder bereits beeinträchtigt ist.

Überall wo Autodestruktivität, Gewalt und Bedrohung vorliegen, also von erheblicher Eigen- und/oder Fremdgefährdung ausgegangen werden muss, greifen keine Empowerment-Strategien mehr und die Praxis mündet in die Notwendigkeit, Grenzen zu setzen, Übergriffe abzuwehren und Schutzräume zu öffnen (Lenz 2002, S. 17).

Empowerment und Selbstkontrolle

Für Foucault (1961) ist der Wahnsinn das Andere der Vernunft. Er zeichnet eine Geschichte der Ausgrenzung des Wahnsinns nach, die er mit dem 17. Jahrhundert beginnen lässt, indem er die sozialen und politischen Praktiken der westlichen Kulturen beschreibt, die mit dieser Ausgrenzung zusammenhängen. Diese Vernichtung des Anderen durch die Vernunft ist nach Foucault tendenziell Selbstvernichtung. Foucault weist darauf hin, dass ein Rückgang offener Repression in der Psychiatrie keineswegs einhergehen muss mit einer Zunahme an Freiheit, in Foucaults Optik bedeutet sie vielmehr eine Vervollkommnung der Disziplinierung (Foucaults 1975).

Im Anschluss an Foucault fordert Quindel (2004) ein Bewusstsein darüber, dass Konzepte wie Empowerment auf Selbstverantwortung setzen und damit Klienten produzieren, die ein höheres Mass an Selbstkontrolle aufweisen als konventionell behandelte Patienten. In der klassischen Anstaltspsychiatrie waren die Patientinnen Objekte von Disziplinartechniken, während der Klient der Sozialpsychiatrie zum Subjekt und damit zur Selbstkontrolle erzogen wird. Quindel be-

tont, dass in der Sozialpsychiatrie Hilfe und Kontrolle zu einer untrennbaren Einheit verschmelzen und stellt sich die Frage:

..., ob innerhalb des sozialpsychiatrischen Diskurses Formen der *Anerkennung der Klienten* als Subjekte zu finden sind. Formen von Anerkennung, die eine Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen ermöglichen, jenseits eines medizinisch oder psychotherapeutisch begründeten Expertentums. Gibt es Wege, die Strukturen und Verstrickungen des sozialpsychiatrischen Feldes so transparent zu machen, dass ein befreiter Blick entsteht, der zu einem solchen veränderten Umgang befähigt (Quindel 2004, S. 10)?

Quindel argumentiert beim Versuch, diese Frage zu beantworten, gegen Lenz, der wie oben gezeigt, Grenzen des Empowerment-Konzeptes formuliert hat und fordert, dass es prinzipiell keine Einschränkungen für Empowerment-Prozesse geben dürfe.

Nur durch die Integration regressiver und destruktiver Anteile kann Empowerment eine Alternative zur Abspaltung und Unterdrückung des psychotischen Erlebens der PatientInnen, wie sie in der medizinischen Behandlungsform durch Psychopharmaka erfolgen, entwickeln. Menschen müssen die Möglichkeit bekommen, die Krise der Psychose auch als Chance, als Teil ihrer selbst zu akzeptieren (Quindel 2004, S. 214).

Quindel beruft sich auf die weit gehend medikamentenfreien, intensiv betreuten Soteria-Projekte (Aebi 1997), die seinem Ansatz am ehesten entsprechen. Im Weiteren fordert Quindel von den Professionellen, dass sie sich mit den eigenen unbewussten Anteilen beschäftigen.

Das empathische Sich-in-die-Gefühlswelt-der-KlientInnen-hineinversetzen gelingt dann, wenn die HelferInnen in Kontakt mit ihren eigenen innerpsychischen Prozessen gehen, die strukturell denen der KlientInnen ähneln (Quindel 2004, S. 204).

1.6.9 Zusammenfassung Empowerment und Gesundheitsförderung in der psychosozialen Arbeit

Die Behandlung psychiatrischer Krankheiten muss heute bei entsprechendem Bedarf ergänzt werden durch gesundheitsfördernde Konzepte (Berger 2002), die die Patientinnen als Subjekte konzipieren, die das Potential haben, selbstverantwortlich und kompetent ihre Interessen zu vertreten.

Empowerment als professionelles Konzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung ist somit ein Aspekt einer so verstandenen psychosozialen Gesundheitsförderung.

Gesundheitsfördernde Ansätze können erst greifen, wenn eine basale Sicherung garantiert ist. Schon diese Sicherung kann, wenn sie Ideen des ‚case management‘ aufgreift, ressourcen-orientiert gestaltet werden.

Auch die psychoedukativen Programme zielen darauf, die Ressourcen der Klienten und ihrer Angehörigen zu fördern und erreichen eine Verbesserung der Compliance und dadurch eine Senkung der Rezidivrate.

Das Konzept der ‚geteilten Information und geteilten Entscheidungsfindung‘ geht einen Schritt weiter, indem es die Idee der Compliance ausweitet zu einem ‚Prozess geteilter Entscheidungsfindung‘, der darauf abzielt, eine für beide Seiten akzeptable Plattform zu kreieren, auf deren Grundlage das weitere Vorgehen festgelegt werden kann. Neuere Forschungen Terzioglus (2004) betonen die Bedeutung dieses Konzeptes, weisen aber auch darauf hin, dass Professionelle be-

reit sein müssen, es temporär aufzugeben und einseitig Verantwortung übernehmen müssen, wenn Klientinnen in ein akutes Stadium ihrer Erkrankung geraten.

Biographiearbeit und Kompetenzdialog sind Konzepte individueller Empowerment-Arbeit, die darauf abzielen, lebensgeschichtlich verschüttete Stärken zu entdecken und das Gefühl von Zugehörigkeit wieder herzustellen.

Auf der kollektiven Ebene zielt Empowerment-Arbeit darauf, Zusammenhänge zu stiften und dadurch die Selbstorganisation zu unterstützen. Dazu ist die Einübung eines ‚Möglichkeitssinnes‘ notwendig, den Musil (1978) gleichberechtigt neben den Wirklichkeitssinn stellt, d.h. die Fähigkeit, sich nicht vom Faktischen hypnotisieren zu lassen, sondern eine andere mögliche Zukunft zu sehen und sie so gestaltbar zu machen.

Professionelle können einen solchen ‚Möglichkeitssinn‘ nur entwickeln, wenn sie selber die Möglichkeit haben, ihren aktiven Beitrag zu gesunden Arbeitsbedingungen zu leisten. Empowerment der Klienten kann also nur gelingen mit einem Fachpersonal, das selber in einen Empowermentprozess einbezogen ist.

Empowerment-Arbeit kann nicht greifen, wenn Klientinnen sich in einer stark regressiven Phase befinden und auch überall dort nicht, wo von einer erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung ausgegangen werden muss. Was aber nicht heisst, dass solche Phasen nicht nachträglich auch im Rahmen eines Empowerment-Prozesses als wichtige Ereignisse reflektiert werden sollen und müssen.

Professionelle im psychosozialen Feld haben immer auch einen gesellschaftlichen Auftrag zu erfüllen, der mit der Kontrolle psychisch erkrankter Menschen zu tun hat. Professionelle, die mit dem Empowerment-Ansatz arbeiten, sind besonders gefordert, diesen Aspekt ihrer Arbeit mitzureflektieren.

1.7 Kontrollüberzeugung und Zukunftserwartung

Oben (Abschnitt 1.4) wurde das Kohärenzgefühl definiert als eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in die Zukunft hat. Giddens (1991) spricht von ontologischer Sicherheit und argumentiert, dass Zutrauen und Vertrauen entscheidende Phänomene in der Persönlichkeitsentwicklung darstellen. Vertrauen ist nach Giddens jener Faktor, der das Individuum vor Gefühlen der Sinnlosigkeit und Paralysisierung schützt und die tägliche Auseinandersetzung bestehen lässt.

1.7.1 Kontrollüberzeugung

Inhaltlich verwandt mit dem Konstrukt Kohärenzgefühl ist der Begriff der Kontrollüberzeugung. Das Konstrukt Kontrollüberzeugung ist aber weniger global definiert, es bezieht sich auf die Wirkungen, die man hat. Flammer (1990, S. 22) schreibt:

Offensichtlich gehört es zu einem befriedigenden Menschenleben, Wirkungen zu haben und auch wahrzunehmen, dass man Wirkungen hat. Menschen sind stolz auf das, was sie können, wiederholen und üben es gerne und zeigen dies auch nach aussen.

Vielleicht noch wichtiger als die tatsächliche Kontrolle ist der Glaube, man habe Kontrolle, ob dieser Glaube gerechtfertigt oder eine Illusion ist. Menschen, die keine Kontrolle haben, fühlen sich hilflos.

Nach Flammer ist der Glaube (oder die Meinung), man habe Kontrolle, entscheidend. Wichtiger noch als der Umstand, dass man tatsächlich Kontrolle hat, sei es, dass man sich Wirkungen zuschreibt (attribuiert).

Dieser meist unbewusste Prozess der Zuschreibung von Wirkung wird mit dem Begriff Kausalattribution (oder Selbstattribution) bezeichnet. Er führt dazu, dass das Individuum eine Kontrollüberzeugung hat.

Krampen (1991) nennt diese individuell differenzierte, relativ stabile Kontrollüberzeugung ‚generalisierte Kontrollüberzeugung‘. Er unterscheidet dabei folgende Dimensionen:

- **Internalität** als die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt.
- **Sozial bedingte Externalität** („powerful others control orientation“) als generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer, mächtiger Personen abhängen.
- **Fatalistische Externalität** („chance control orientation“) als generalisierte Erwartung, dass das Leben und Ereignisse in ihm vom Schicksal, Glück, Pech und dem Zufall abhängen.

Krampen ergänzt diese Variablen der Kontrollüberzeugung durch eine weitere, die er Selbstkonzept eigener Fähigkeiten nennt, die sich auf die Kompetenzerwartung eines Individuums bezieht. Gemeint ist die generalisierte Erwartung, dass in Handlungs- und Lebenssituationen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Auch Flammer unterscheidet internale und externale Dimensionen der Kontrollüberzeugung. Er schreibt (1990, S. 41f):

Einen Erfolg internal zu erklären, heisst, ihn auf hohe Fähigkeiten der betreffenden Person oder auf ihre besondere Anstrengung zurückzuführen. External wird ein Erfolg z.B. erklärt, wenn er auf glückliche Umstände, auf die Hilfe anderer oder auf die geringen Anforderungen der Aufgabe zurückgeführt wird. Internal attribuerter Erfolg wertet auf, external attribuerter Erfolg lässt die Bewertung weitgehend offen (vielleicht hatte die han-

delnde Person keine Chance, vielleicht bedurfte sie der Hilfe), internal attributierter Misserfolg wertet ab, external attributierter Misserfolg lässt die Person ‚ungeschoren‘ davonkommen.

1.7.2 Zukunftserwartung

Neben dem Kohärenzgefühl und der Kontrollüberzeugung haben auch Zukunftserwartungen, die Erwartung, dass dieses oder jenes geschieht oder nicht geschieht, einen Einfluss auf den tatsächlichen Verlauf der Ereignisse. Dauwalder et al. (1984) haben in einer prospektiv-longitudinalen Untersuchung an einer prognostisch ungünstigen und diagnostisch homogenen Population von dauerhospitalisierten schizophrenen Menschen gezeigt,

... dass die Zukunftserwartungen von Betreuern, Angehörigen und zum Teil auch der Patienten bessere prognostische Indikatoren darstellen, als praktisch alle anderen erfassten allgemeinen, situativen und psychopathologischen Variablen (S. 257).

In drei früheren Untersuchungen hatten die Autoren gezeigt, dass die soziale und berufliche Wiedereingliederungsprognose psychiatrischer Langzeitpatienten statistisch in erster Linie mit sozialen und situativen Variablen, namentlich mit den Zukunftserwartungen von Patienten, Pflegern und Angehörigen zusammenhing. Andere Variablen wie Alter und Geschlecht, ja sogar Diagnose und psychopathologischer Status, fielen dabei viel weniger ins Gewicht. Die erwähnte hier referierte Untersuchung war folgendermassen konzipiert:

1. In einer methodenorientierten Vorphase wurde die operationale Erfassung von Zukunftserwartungen psychiatrischer Langzeitpatienten weiter vertieft und danach Verfahren zur positiven Beeinflussung solcher Zukunftserwartungen entwickelt.

2. Darauf wurde in einer einjährigen prospektiv, experimentell-explorativen Verlaufsstudie untersucht, ob eine solche Beeinflussung der Zukunftserwartungen den Rehabilitationserfolg signifikant verbessern würde.
3. In einem letzten Schritt wurde überprüft, ob die, von den Autoren früher bei halbambulantem Rehabilitationspatienten verschiedener Diagnosegruppen, erhobenen Befunde sich auch bei einer prognostisch ungünstigeren Population von dauerhospitalisierten schizophrenen Menschen bestätigen würden.

Die Untersuchung führte zu folgenden Resultaten:

1. Eine Mehrzahl der Befragten erwartete ein Verbleiben in der Klinik, wobei die Betreuer etwas optimistischer waren als die Angehörigen und die Patienten. Die Autoren schreiben:

Insgesamt überwogen negative, vorwiegend als labil, aber auch als realistisch eingestufte, von den Patienten meist als external determiniert erlebte Zukunftserwartungen. Stabilität und Realitätsbezug hingen statistisch stark mit lebensgeschichtlichen Variablen (u.a. präorbider Behinderung, Zivilstand, allgemeiner Kompetenz, Hospitalisationsdauer), die Kausalattribution dagegen mehr mit der aktuellen Situation (subjektive Zufriedenheit, psychopathologischer Status) zusammen (S. 259).

2. Die Versuche zur positiven Beeinflussung der Zukunftserwartungen (fünf durchschnittlich 45-minütige Einzelgespräche, verteilt über drei Monate) führten zu keiner Verbesserung der Zukunftserwartungen. Einzig die Kausalattribution wurde bei den beeinflussten Probanden signifikant verbessert, d.h. von externaler in Richtung internaler Attribution verschoben.
3. Im Unterschied zu den Voruntersuchungen ergab sich, dass weniger die Erwartungen der Patienten selber, als diejenigen der Angehörigen und des Pflegepersonals von Bedeutung waren. Die Autoren schreiben:

Zusätzliche varianzanalytische Berechnungen bestätigen die Vermutung, dass zwischen den Erwartungen der Patienten, Angehörigen und Betreuern sehr enge Wechselwirkungen bestehen; letzteren scheint dabei eine zentrale Position zuzukommen. Insgesamt erscheinen diese Wechselwirkungen als wichtiger als die Einzelerwartungen (S. 261).

Die Zukunftserwartungen der Patienten sind also in einem hohen Mass mit den Erwartungen der Umgebung verknüpft. Die Autoren meinen (S. 263):

Die gefundenen engen Wechselwirkungen zwischen Patienten-, Angehörigen- und insbesondere Betreuererwartungen weisen nämlich darauf hin, dass gerade bei langjährigen Klinikinsassen der wirksamste Hebel zur Beeinflussung der Zukunftserwartungen weniger bei den Patienten selber, als bei ihren wichtigsten Bezugspersonen liegen dürfte. Darüber hinaus sprechen unsere Resultate für die Wichtigkeit eines systematischen Einbezugs der Familien und insbesondere auch der Betreuer in alle rehabilitativen Bemühungen bei chronisch Schizophrenen ...

1.7.3 Kritische Perspektiven

Flammer (1990. S. 41) geht davon aus, dass ein internal erklärter Erfolg impliziert, dass die betreffende Person ihn auf ihre Fähigkeiten bzw. auf ihre besonderen Anstrengungen zurückführt (siehe oben). Eine Untersuchung von Piontkowski (1977) weist allerdings darauf hin, dass internale Kontrollüberzeugung auch in einem anderen Sinn interpretiert werden kann. Piontkowski schreibt im Zusammenhang der Darstellung der Resultate einer von ihr durchgeführten Untersuchung:

Internal kontrollierte Studenten bevorzugen aber nicht – wie zu erwarten wäre – die Attribuierung auf die eigenen Fähigkeiten, sie lehnen lediglich eine Verantwortungszuschreibung auf äussere Umstände ab (S. 323).

1.7.4 Zusammenfassung Kontrollüberzeugung und Zukunftserwartung

Neben dem Kohärenzgefühl, als durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in die Zukunft, bestimmt die Qualität der Kontrollüberzeugung als generalisierte Erwartung das Mass in dem man/frau sich zutraut Handlungsfolgen selbst herbeiführen zu können, oder Opfer einer Situation zu werden.

Auch Zukunftserwartungen haben einen Einfluss auf den tatsächlichen Verlauf der Ereignisse. Die Resultate von Untersuchungen von Dauwalder et al. (1984) zeigen, dass die Zukunftserwartungen schizophrener Patientinnen in hohem Mass mit den Erwartungen der Umgebung verknüpft sind und deuten damit darauf hin, dass den Zukunftserwartungen der Familienmitglieder, und insbesondere jenen der Betreuer, eine grosse Bedeutung in Bezug auf den Rehabilitationserfolg zukommt.

2 Fragestellung

2 Fragestellung

Am Anfang dieser Arbeit stand die Idee, im Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, Basel (PSAG) ein Empowerment-Experiment zu initiieren, das den Teilnehmern und Teilnehmerinnen die Möglichkeit bieten sollte, ein einwöchiges Gruppenprojekt inhaltlich zu bestimmen, vorzubereiten und durchzuführen. Das Fachteam des Tageszentrums sollte dabei nicht bestimmen, sondern den Prozess so weit als nötig als Moderatoren begleiten. Leitende Idee war dabei die Annahme, dass Team und Teilnehmer dabei vielfältige Erfahrungen machen können, die erforscht werden können.

Aus theoretischen Überlegungen ergab sich die Annahme, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls sowohl mit dem Feedback der Teilnehmerinnen auf das Tageszentrum, mit der Offenheit der Teilnehmer für den erwähnten Prozess und auch mit dem retrospektiv zu erhebenden Feedback auf den Prozess korrelieren würde. Ein solcher Zusammenhang wurde auch in Bezug auf die Qualität der Kontrollüberzeugung der Teilnehmerinnen erwartet. Zudem wurde erwartet, dass die Befindlichkeit der Teilnehmer mit den erwähnten Dimensionen positiv korrelieren würde.

Es wurde auch erwartet, dass die Teilnehmer in hohem Mass unterschiedlich auf das Empowerment-Experiment reagieren würden und dass es, aufgrund einer qualitativen Analyse der Daten, möglich sein würde, ‚Empowermenttypen‘ von Teilnehmern zu unterscheiden, die in ihrer Reaktion auf den Prozess neben individuellen, gemeinsame Muster erkennen lassen.

Weiter wurde erwartet, dass aufgrund dieser Empowermenttypen ‚Achsen‘ der Gesundheitsförderung durch Empowerment diskutiert werden können. Diese ‚Achsen‘ wären zentrale Inhalte, auf deren Grundlage sich dieser gesundheitsfördernde Prozess entfalten kann.

Es gibt in der psychosozialen Arbeit verschiedene Ansätze, die alle die Gesundheitsförderung der Klientinnen anstreben. Zu nennen sind der psychotherapeutische, der kunsttherapeutische, der ergotherapeutische und der arbeitstherapeutische Ansatz. In der vorliegenden Arbeit interessierte, zusammenfassend ausgedrückt, die Frage, inwiefern der Empowerment-Ansatz als professionelles

Konzept, das explizit eine Förderung der Selbstbestimmung der Klienten anstrebt, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten vermag.

3 Methode

3 Methode

3.1 Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Basel

Das Tageszentrum PSAG in Basel bietet psychisch beeinträchtigten Menschen ein tagesstrukturierendes Programm an. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist ein privater, staatlich subventionierter Verein und umfasst neben dem Tageszentrum vier weitere Betriebe (Beratungsstelle, Besuchsdienst, Transform (geschützte Arbeitsplätze) und Wohnbegleitung). Das Tageszentrum ist an ca. 250 Tagen pro Jahr geöffnet.

Das Angebot des Tageszentrums umfasst Werkprogramme (Ergotherapie), Kochgruppen, maltherapeutische Angebote, eine Gartengruppe und eine Theatergruppe. Das von der Kochgruppe täglich zubereitete Mittagessen ist integrierender Teil des Programms. Das Angebot ist hochschwellig und setzt neben der Bereitschaft an fünf Halbtagen am Programm teilzunehmen voraus, dass ausserhalb des Zentrums regelmässig eine Psychotherapie absolviert wird.

Die Teilnehmer am Programm des Tageszentrums haben alle ein Mitglied des Fachteams des Tageszentrums als Bezugsperson. Die Bezugsperson hat die Aufgabe, regelmässige Gespräche anzubieten, in denen Fragen der Alltagsbewältigung, der Teilnahme am Programm und der Zukunftsplanung besprochen werden. Mit der Bezugsperson sprechen die Teilnehmer auch ihre kurz- und langfristigen Ziele ab. Die Dauer der Teilnahme am Programm hängt von den Zielen ab, die sich die Teilnehmer setzen. Maximal sind 18 Monate möglich.

Leitgedanke ist, dass die Teilnehmerinnen schrittweise aus der Situation des ‚behandelt werden‘ wieder ins ‚selber handeln‘ kommen und sich die Fähigkeit (wieder-) erwerben, sich selber Ziele zu setzen und zu erreichen, ohne dabei die weiter notwendigen Therapien zu vernachlässigen.

Das Fachteam des Tageszentrums ist interdisziplinär zusammengesetzt und besteht gegenwärtig aus einem Psychologen (Leiter), einer Sozialarbeiterin, zwei Ergotherapeuten, einer Kunst- und einer Ausdruckstherapeutin und einer Psychiatriepflegerin. Alle Teammitglieder sind teilzeitlich beschäftigt (50 – 80%), insgesamt stehen für das Fachteam 475 Stellenprozente zur Verfügung. Zudem

ist im Tageszentrum ein Praktikant beschäftigt. Bei Ferien- und anderen Abwesenheiten können Springerinnen beigezogen werden.

3.2 Teilnehmer

Durchschnittlich sind 22 Teilnehmerinnen im Programm des Tageszentrums (pro Öffnungstag müssen 18 Präsenztage generiert werden). Von den 20 Teilnehmern, die durch die vorliegende Untersuchung erfasst wurden, sind 11 männlichen und 9 weiblichen Geschlechts. Das durchschnittliche Alter beträgt 32.3 Jahre (Minimum = 19 Jahre; Maximum = 54 Jahre). In Bezug auf die Diagnose kann nach ICD 10 folgende Einteilung vorgenommen werden:

Das Krankheitsbild von 4 Teilnehmern entspricht der ICD – Kategorie F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen). Dasjenige von 8 Teilnehmerinnen entspricht der Kategorie F3 (Affektive Störungen). Das Krankheitsbild von 6 Teilnehmern entspricht der Kategorie F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen), jenes von 2 Teilnehmern entspricht der Kategorie F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

3.3 Empowerment-Experiment im Tageszentrum PSAG

Ausgangspunkt des Empowerment-Experimentes war folgende Idee:

Den Teilnehmern sollte Zeit zur Verfügung stehen, um ein Projekt inhaltlich zu bestimmen, vorzubereiten und durchzuführen. Das Fachteam sollte sich dabei auf eine Moderatorenrolle beschränken und den Prozess so weit als nötig strukturieren, um es den Teilnehmerinnen zu ermöglichen, Initiative zu entwickeln.

Dazu legten wir folgende Rahmenbedingungen fest:

1. Umstellung des Programms des Tageszentrums während sechs Wochen, so dass wöchentlich zwei Halbtage für die Wahl und Vorbereitung des Projektes zur Verfügung standen.
2. Das Projekt selber sollte anschliessend durchgeführt werden und eine Woche dauern.
3. Als Finanzen standen zu Beginn CHF 3000 zu Verfügung.

Beim Start des Empowerment-Experimentes waren alle Teilnehmer über das Projekt informiert worden, hatten ein erstes Set Fragebogen ausgefüllt (siehe unten) und waren ein erstes Mal interviewt worden.

Zuerst veranstalteten wir ein Brainstorming, in dem unzensiert alle Ideen für das Projekt geäußert werden konnten. Auf diesem Weg wurde eine grosse Zahl von Ideen generiert.

In einem weiteren Schritt teilten sich die Teilnehmer in Kleingruppen ein, in denen die Ideen besprochen und gewichtet werden konnten. In der Grossgruppe präsentierten die Kleingruppen ihre Resultate. Daraus entwickelte sich in der Grossgruppe eine Auseinandersetzung, die nach mehreren Zwischenschritten zu einem Entscheid führte: Als Projekt sollte eine Ferienwoche auf einem Zeltplatz in Cerneux (Kanton Jura) durchgeführt werden.

Die eigentliche Vorbereitung des Projekts wurde weiter in einem Wechsel von Klein- und Grossgruppenarbeit geleistet. Die Kleingruppen wurden jetzt inhaltlich nach den anstehenden Arbeiten festgelegt. Es bildete sich so eine Programm-, eine Unterkunfts- und eine Finanzgruppe.

Die Programmgruppe besorgte Unterlagen und erarbeitete Vorschläge für das Programm der Ferienwoche und überlegte sich auch ein Alternativprogramm für jene Teilnehmer, die nicht an der Ferienwoche teilnehmen konnten oder wollten.

Die Unterkunftsgruppe nahm mit dem Personal des Zeltplatzes Kontakt auf, handelte die Bedingungen für den Aufenthalt aus und rekonozitierte den Zeltplatz und seine Umgebung.

Die Finanzgruppe schliesslich befasste sich mit der Beschaffung zusätzlicher Mittel und trat dazu mit Stiftungen in Kontakt und organisierte die Teilnahme des Tageszentrums an einem Flohmarkt. Die in den Kleingruppen erarbeiteten Vorschläge wurden in regelmässigen Abständen in der Grossgruppe präsentiert und diskutiert.

Das Projekt selber, die Ferienwoche im Jura, wurde von 9 der 20 von der Studie erfassten Teilnehmerinnen des Tageszentrums die ganze Woche genutzt. Vom Fachteam des Tageszentrums waren abwechselnd immer mindestens zwei Mitglieder in Cerneux anwesend. Das Programm gestaltete sich weitgehend entsprechend der Vorbereitung. Im Tagesablauf war die abendliche Sitzung aller

Beteiligten wichtig, die Gelegenheit bot, auf den Tag Rückschau zu halten und sich auf den nächsten vorzubereiten. Am Dienstag und Donnerstag bestand für die Daheimgebliebenen die Möglichkeit die Gruppe in Cerneux zu besuchen. Sie wurde am Dienstag von zwei und am Donnerstag von keinem Teilnehmer genutzt.

Von den elf Teilnehmern, die die Ferienwoche nicht oder nur teilweise nutzten, waren drei zum Zeitpunkt der Ferienwoche nicht mehr im Programm des Tageszentrums, sieben Teilnehmerinnen gaben an, Ängste hätten sie daran gehindert, die Ferienwoche zu nutzen und ein Teilnehmer gab an, er habe andere Prioritäten gesetzt.

3.4 Begleitforschung

Das Empowerment-Experiment wurde begleitend mit Fragebogen und Interviews erforscht. Vor und nach dem Empowerment-Experiment (Zeitpunkte T1 und T2) wurde mit allen Teilnehmern ein Termin vereinbart, der jeweils dazu diente, ein Interview zu führen und Fragebogen ausfüllen zu lassen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht der eingesetzten Instrumente.

Tabelle 3: Übersicht der eingesetzten Instrumente zu den Zeitpunkten T1 und T2

Zeitpunkt	Eingesetzte Instrumente
T1	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden Interview 1 (siehe Anhang) • Befindlichkeitsskala (Bf-S) von D.V. Zerssen. (Die Skala wurde vor und nach dem Interview 1 eingesetzt.) • Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-L9) von Schumacher et al. (nach dem Interview 1 eingesetzt) • Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung von Krampen (nach dem Interview 1 eingesetzt)
T2	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden Interview 2 (siehe Anhang) • Befindlichkeitsskala (Bf-S) von D.V. Zerssen. (Die Skala wurde vor und nach dem Interview 2 eingesetzt.) • Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-L9) von Schumacher et al. (nach dem Interview 2 eingesetzt) • Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung von Krampen (nach dem Interview 2 eingesetzt)

3.4.1 Fragebogen

Die Befragung mit Fragebogen erfolgte zu den Zeitpunkten T1 und T2. Dabei wurde die Befindlichkeitsskala (Bf-S) jeweils vor und nach den Interviews eingesetzt. Die anderen Fragebogen wurden von den Teilnehmerinnen nur einmal (nach dem Interview) ausgefüllt.

3.4.1.1 Befindlichkeitsskala (Bf-S)

Die Befindlichkeitsskala (Bf-S) (Von Zerssen 1976) liegt in zwei Parallelformen (Bf-S und Bf-S') vor. In der vorliegenden Untersuchung wurde ausschliesslich die Skala Bf-S' eingesetzt.

Die Skala besteht aus einer Reihe von Paaren von Eigenschaftswörtern, die polare Gestimmtheiten ausdrücken (Beispiel: erschöpft – erholt). Die Probandin wird gebeten, ohne lange zu überlegen, jeweils jenes Eigenschaftswort zu markieren, das seiner/ihrer Stimmung eher entspricht. (In Bezug auf das Beispiel hat er/sie sich, ohne lange zu überlegen, zu entscheiden, ob er/sie sich im Moment eher erschöpft oder erholt fühlt.) Es besteht auch die Möglichkeit eine mit ‚weder – noch‘ bezeichnete Spalte zu markieren. In der Instruktion werden die Probanden aber gebeten, das nur zu tun, wenn sie sich gar nicht entscheiden können. Daraus wird ein Testwert ermittelt. V. Zerssen (1976, S. 6) schreibt dazu:

Der Testwert reflektiert den aktuellen subjektiven Befindenzustand in einem ganz globalen Sinne, was mit der Bezeichnung „Befindlichkeit“ zum Ausdruck gebracht wird. Im zeitlichen Querschnitt gibt der Wert die Position eines Probanden ... zwischen den Polen ausgesprochenen Wohlbefindens (Maximalwert) und hochgradigen Missbefindens (Maximalwert) an.; im zeitlichen Längsschnitt dagegen repräsentiert er Grade der Positionsänderungen zwischen diesen Extremen und – bei mehrfach wiederholter Testung in relativ kurzen und regelmässigen Abständen – auch Verlaufscharakteristika der Befindlichkeit.

Reliabilität und Validität der Befindlichkeitsskala (Bf- S):

Zur Reliabilität des Tests schreibt v. Zerssen (1976, S. 16)

Aussagen zur Übereinstimmung des tatsächlich erfassten und des intendierten Sachverhalts – d.h. zur Validität eines Tests – lassen sich aber nicht mit der gleichen Eindeutigkeit machen wie Aussagen zur Genauigkeit, mit der ein Test bestimmt, was tatsächlich von ihm bestimmt wird – d.h. zur Reliabilität ... Diese ist bei der Befindlichkeits-Skala mit Sicherheit sehr hoch, wie sich aus der Paralleltest – Korrelation bei – praktisch – gleichzeitiger Anwendung von Bf-S und Bf-S' an Gesunden (in der Eichstichprobe $r_{tt} = 0.86$) und an psychisch Kranken (Werte aus verschiedenen Untersuchungen bis $r_{tt} = 0,97$) ergibt und durch die innere Konsistenz (mit Werten für Bf-S und Bf-S' um 0,92 bei Gesunden und 0,95 bei psychisch Kranken, für beide Parallelformen zusammen bei 0,95 bzw. 0,97) bestätigt wird. Man kann also von einem Wert um 0,90 sprechen, wenn man die Zuverlässigkeit des Tests meint.

In Bezug auf die externe Validierung (Korrelation des Tests mit Aussenkriterien) berichtet Zerssen (1976, S. 16) von einer Untersuchung an 180 internmedizinischen Fällen (je zur Hälfte Männer und Frauen, jeweils überwiegend Hypertoni-ker). Dabei ergab sich eine Korrelation zwischen den Werten der Befindlichkeits-skala und einer klinischen Schätzskala zur Erfassung depressiver Symptomatik am Beginn und nach vierwöchiger Dauer einer stationären Behandlung von $r = 0,86$ bzw. $r = 0.85$.

Hinsichtlich der internen Validierung (Korrelation des Tests mit validitäts-verwandten Tests) berichtet Zerssen (1976, S. 17) von einer Untersuchung, bei der an 90 Studentinnen die französische Übersetzung des Bf-S und ein Verfahren zur graphischen Selbsteinstufung des momentanen Stimmungszustandes zum Einsatz kamen. Dabei variierten die Koeffizienten zwischen 0,54 und 0,67.

3.4.1.2 Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-L9)

Der Fragebogen zum Kohärenzgefühl SOC-L9 (Schumacher et al. 2000) ist ähnlich konstruiert wie der Originalfragebogen von Antonovsky. Im Unterschied zum Instrument Antonovskys, das 29 Items umfasst, kommt der ‚SOC-L9‘ mit nur 9 Items aus. Beide Instrumente stellen dem Probanden Fragen (Beispiel: Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?). Diese Frage kann durch Markieren einer Zahl von 1 – 7 beantwortet werden. Wobei die Zahl 1 ‚selten oder nie‘ und die Zahl 7 ‚sehr oft‘ bedeutet. Durch die Markierung von dazwischen liegenden Zahlen, kann die Antwort zwischen diesen Polen positioniert werden. Schumacher schreibt zum SOC-L9:

Die unzureichende Trennschärfekoeffizienten einzelner Items, bezogen auf die SOC-29 – Gesamtskala ... sowie die unbefriedigende faktorielle Validität der SOC-29 – Skala ... liessen es uns als sinnvoll erscheinen, eine hinsichtlich ihrer Nützlichkeit (Ökonomie) optimierte SOC – Skala zu konstruieren. Der Forderung nach einer Abdeckung aller drei theoretisch beschreibbaren Subkomponenten des Kohärenzgefühls durch die entsprechenden Iteminhalte konnte damit weitgehend genügt werden. Die hohe Korrelation mit der SOC-29 – Gesamtskala ($r = 0,94$) qualifiziert die SOC-L9 zusätzlich als eine valide Kurzfassung dieser Skala. (Schumacher 2000. S. 472).

Reliabilität und Validität des SOC-L9

Schumacher (2000, S.477) hat für den SOC-L9 eine interne Konsistenz von 0,87 (Cronbachs α) und einen Split–Half–Reliabilitätskoeffizienten (rtt) von 0,86 festgestellt. Weiter hat Schumacher die Interkorrelationen mit dem SOC-29 und dem SOC-13 berechnet (beide Skalen messen wie der SOC-L9 die Ausprägung des Kohärenzgefühls). Beide Interkorrelationen weisen hohe Werte auf (0,94 bzw. 0,89). Auch die Interkorrelationen mit den von Antonovsky postulierten

Faktoren des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) waren hoch (0.78, 0.88 und 0.89).

Um die externe Validität abzuschätzen, berechnete Schumacher (2000, S.479) bivariate Korrelationen mit parallel erhobenen Fragebogen zur Erfassung von Indikatoren des psychischen und physischen Wohlbefindens. Dabei wurde der Giessener Beschwerdebogen (GBB), das Screening für somatoforme Störungen (SOMS) und das Nottingham Health Profile (NHP) eingesetzt. In Bezug auf die SOC-L9 Skala ergaben sich hier durchwegs signifikante ($p < 0.001$), zweiseitige, negative Korrelationen der erhobenen Beschwerden mit dem Kohärenzgefühl (Pearson-Korrelationskoeffizienten von -0.21 bis -0.48). Schumacher schreibt (S. 481):

Zusammenfassend lassen sich die Befunde unserer Studie als Beleg für die Reliabilität und externe Validität der von Antonovsky ... entwickelten SOC-29 – Skala werten. Die faktorielle Validität der SOC-29 erweist sich dagegen als ausgesprochen problematisch, so dass es geraten erscheint, der von Antonovsky ... selbst ausgesprochenen Empfehlung zu folgen und ausschliesslich den Gesamtwert der SOC-29 zu verwenden. Mit der Leipziger Kurzsкала SOC-L9 liegt darüber hinaus eine ökonomisch einsetzbare Kurzsкала zur Messung des Kohärenzgefühls vor. Der Vorteil dieser neuen Skala gegenüber der bisher zumeist verwendeten Kurzsкала SOC-13 liegt jedoch nicht nur in der geringeren Itemzahl sondern auch in der Tatsache, dass sie stärker als die SOC-13 die von Antonovsky als zentrale Komponente des Kohärenzgefühls bezeichnete „Sinnhaftigkeit“ repräsentiert. Die interne Konsistenz der SOC-L9 ist mit $\alpha = 0,87$ zudem besser als die der SOC-13 ($\alpha = 0,85$).

3.4.1.3 Fragebogen zu Kompetenz und Kontrollüberzeugung (FKK)

Dieser Fragebogen besteht aus 32 Items. Der Probandin wird jeweils ein Statement zur Stellungnahme angeboten (Beispiel: Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde, oder nicht.). Die Stellungnahme kann durch Markieren eines von sechs Antwortkästchen vorgenommen werden. So kann ausgedrückt werden, ob die betreffende Aussage für den Probanden sehr falsch/ falsch/ eher falsch/ eher richtig/ richtig oder sehr richtig ist. Der Fragebogen erfasst Folgendes:

1. Primärskalen:

- Das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK)
- Die Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK-I)
- Die sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen („powerful others control“) (FKK-P)
- Die fatalistische Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen („chance control“) (FKK- C)

2. Folgende Sekundärskalen können daraus ermittelt werden:

- Die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (FKK-SKI)
- Die generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-PC)

3. Daraus wiederum kann eine Tertiärskala ermittelt werden:

- Die generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-SKI-PC)

Reliabilität und Validität des Fragebogen zu Kompetenz und Kontrollüberzeugung (FKK)

Krampen (1991, S. 49) berichtet von sechs Studien, in denen die interne Konsistenz des Fragebogens bezogen auf die oben erwähnten Dimensionen (inklusive Sekundär- und Tertiärskalen) berechnet wurden. Dabei ergaben sich hohe Werte von 0,69 bis 0,90 (Cronbachs α). In den erwähnten Studien wurde auch der Split – Half – Reliabilitätskoeffizient (r_{tt}) berechnet. Hier ergaben sich Werte von 0,63 bis 0,87. In Bezug auf die Testwiederholungsreliabilität (Intervalle von 2 Wochen bis 6 Monate), die in drei anderen Studien berechnet wurde, ergaben

sich Werte von 0,58 bis 0,93). Die Reliabilität des Fragebogens ist also durchwegs befriedigend.

Zur Überprüfung der inhaltlichen Validität des Fragebogens wurden 14 Paare beigezogen, die mindestens fünf Jahre zusammenlebten. Alle 28 Probandinnen wurden gebeten, den FKK zu bearbeiten. Zusätzlich wurden sie gebeten, sich selber und ihre Partner in Bezug auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die Internalität, die soziale Externalität und die fatalistische Externalität einzuschätzen. Die Selbsteinschätzungen korrelierten dabei signifikant mit den entsprechenden, durch die Primärskalen erhobenen Werten. Auch die Fremdeinschätzungen korrelierten signifikant, wenn auch der Zusammenhang weniger deutlich war. (Sowohl die Selbsteinschätzung, als auch die Fremdeinschätzung korrelierten aber, bis auf jeweils eine Ausnahme, nicht mit den durch die anderen Skalen erhobenen Werte. Die Ausnahme betraf die inhaltlich verwandten Dimensionen ‚Selbstkonzept eigener Fähigkeiten‘ und ‚Internalität‘) (Krampen 1991 S. 51f).

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität interkorrelierte Krampen die Skalenwerte des FKK von zwei Studien ($n = 258$ bzw. $n = 2028$). Krampen schreibt darüber (S. 53):

Deutlich positiv korreliert sind insbesondere FKK-SK mit FKK-I sowie FKK-P und FKK-C, was einerseits die Sinnhaftigkeit der Zusammenfassung dieser Skalen zu den Sekundärskalen FKK-SKI sowie FKK-PC bestätigt, andererseits natürlich die Frage nach der Angemessenheit der Differenzierung dieser Aspekte generalisierter Kompetenz- und Kontrollüberzeugung provoziert. Dabei ist zu bedenken, dass neben den Skalenkorrelationen auf einer Auswertungsebene die Reliabilitätskennwerte der Einzelskalen für eine Beantwortung dieser Frage relevant sind.

3.4.1.4 Auswertung der Fragebogen

Die Fragebogen wurden gemäss den Anweisungen ausgewertet und die folgenden Analysen wurden durchgeführt:

1. Vergleich mit den Normwerten
2. Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität in Bezug auf die Zeitpunkte T1 und T2 mittels Korrelationsanalyse (Pearson r)
3. Analyse des Verlaufs mit der Hypothese, dass das Empowerment-Experiment (und übrige Unterstützung) die Befindlichkeit, die Kohärenz und die Kontrollüberzeugungen verändert habe (t-Test für abhängige Stichproben).
4. Korrelation mit den Ergebnissen aus den Interviews (Spearman ρ)

3.4.2 Interviews

Es wurden zwei Interviews zu den Zeitpunkten T1 (vor der Durchführung des Empowerment-Experimentes) und T2 (nach der Durchführung des Empowerment-Experimentes) durchgeführt.

3.4.2.1 Konzept der Befragung

Die Leitfäden für die beiden Interviews (siehe Anhang) waren so konzipiert, dass möglichst wenig beeinflusst wurde, dass aber auf der anderen Seite gesichert war, dass die wichtigen Punkte angesprochen wurden. Beide Interviews waren grob in drei Teile gegliedert, deren Inhalte im Folgenden dargestellt werden soll.

1. Vorbereitung der Teilnehmer (in beiden Interviews praktisch identisch)

Die Teilnehmerinnen sollten sich möglichst wohl fühlen und in einer entspannten Atmosphäre antworten können. Daher wurde Wert auf eine sorgfältige Vorbereitung der Teilnehmer auf die Interviews gelegt. Zuerst wurden sie nach ihrem Befinden befragt und gebeten den Befindlichkeitsfragebogen auszufüllen. Darauf

wurden sie befragt, ob sie mit der Aufzeichnung des Gesprächs auf Video einverstanden sind. Bei einem Zögern wurde als Alternative gefragt, ob eine Aufzeichnung auf Tonband möglich sei. Darauf wurden die Teilnehmerinnen noch einmal über den Zweck des Interviews informiert (die Gruppe der Teilnehmer wurde jeweils vor den Interviews als Ganzes informiert). Die Vorbereitung wurde abgeschlossen mit der Information darüber, wie dem Datenschutz Rechnung getragen wird.

2. Inhaltliche Befragung

Das erste Interview erfasste folgende Themen:

1. Ein differenziertes Feedback auf das Angebot des Tageszentrums PSAG.

Hier wurden die Teilnehmer gebeten, sich zuerst in die Zeit vor dem Eintritt ins Tageszentrum zu versetzen um zu erinnern, wie es ihnen damals ging und diesen Zustand zu vergleichen mit dem jetzigen Zustand. Die anschließende Frage: „Was gefällt Ihnen“, bzw. „was gefällt Ihnen nicht im Tageszentrum“, hatte das Ziel, Stärken und Schwächen der Institution von den Teilnehmerinnen gespiegelt zu bekommen und es interessierte auch, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen diesen Antworten und den Antworten auf die Fragen nach dem (bereits angekündigten) Empowerment-Experiment. Die folgende Frage: „Wenn Sie etwas ändern könnten im Tageszentrum, was wäre es?“ bzw. „Was würden Sie nicht ändern wollen?“, hatte neben der Intension, direkte Hinweise zu bekommen, den Sinn, zu vermitteln, dass solche Ideen gefragt sind und sollte so auf das Empowerment-Experiment einstimmen, das nur funktionieren konnte, wenn Ideen der Teilnehmer einfließen würden. Die diesen Teil des ersten Interviews abschliessenden Fragen nach der Zusammenarbeit mit der Bezugsperson hatten den Zweck, etwas über diesen wichtigen Aspekt des Tageszentrums zu erfahren.

2. Die Einstellung zum bevorstehenden Projekt, die damit verbundenen Ängste und die Präferenzen der Teilnehmerinnen in Bezug auf das Projekt.

Diese Fragen wurden gestellt, weil die Vermutung nahe liegt, dass diese Einstellung einen Einfluss hat auf den Nutzen, den die entsprechende Teilnehmerin aus dem Experiment ziehen wird. Die nächste Frage: „Was können ich

oder das Team des Tageszentrums tun, damit es Ihnen damit besser geht?“, wurde nur jenen Teilnehmern gestellt, bei denen Ängste oder Vorbehalte spürbar waren. Die Frage sollte einerseits direkte Hinweise geben und andererseits darauf hinweisen, dass wir den Teilnehmern die Kompetenz zutrauen, herauszufinden, was sie in schwierigen Situationen brauchen und auch die die Kompetenz, uns das mitzuteilen. Die Fragen: „Haben Sie bereits Ideen darüber, zu was Sie Lust haben?“ und „Gibt es etwas, was Sie nicht möchten?“, sollte uns wieder direkte Hinweise geben und es interessierte auch hier die Frage, ob es einen Zusammenhang dieser Fragen gibt zum persönlichen Gewinn, den die entsprechende Teilnehmerin aus dem Projekt zieht oder nicht zieht.

Ziel des zweiten Interviews war es, Folgendes zu erfassen:

1. Ein differenziertes Feedback auf die verschiedenen Phasen des Empowerment-Experimentes.

Auch hier, wie zu Beginn des ersten Interviews, wurden die Teilnehmer gebeten, sich in die Vergangenheit zurückzusetzen und die einzelnen Phasen des Projektes zu erinnern.

2. Den Nutzen oder Schaden des Projektes im Hinblick auf den Alltag der Teilnehmer.
3. Den Einfluss des Projektes auf die Gruppe der Teilnehmerinnen.
4. Eine Einschätzung der Teilnehmer im Hinblick darauf, ob sie durch das Projekt gestärkt oder geschwächt wurden.
5. Eine Einschätzung der Teilnehmerinnen, ob ihr Selbstfindungsprozess durch das Projekt positiv oder negativ beeinflusst wurde.
6. Eine Einschätzung der Teilnehmerinnen, bis zu welchem Grad sie effektiv selber bestimmt haben und an den Arbeiten beteiligt waren.
7. Weiter interessierten die Ideen der Teilnehmer in Bezug auf eventuelle spätere Projekte.

3. Ergänzungen (in beiden Interviews praktisch identisch)

Zum Schluss der Interviews wurde eine sehr offene Frage gestellt („Möchten Sie noch etwas anmerken?“), um es zu ermöglichen, dass Themen zur Sprache kamen, die von den Interviews sonst nicht erfragt wurden und es wurde mit der Bitte: „Wenn Ihnen später noch etwas einfällt, bitte sagen Sie es mir“, eine solche Möglichkeit über den Rahmen der Interviews hinaus eröffnet.

3.4.2.2 Durchführung der Befragung

Vor dem Empowerment-Experiment wurde mit allen im Tageszentrum anwesenden 21 Teilnehmern das erste Interview durchgeführt. Bei einem Teilnehmer musste das Interview abgebrochen werden, da durch die Interviewsituation kriegstraumatische Erlebnisse stark reaktiviert wurden.

Das zweite Interview konnte, da inzwischen drei Teilnehmerinnen aus dem Tageszentrum ausgetreten waren, noch mit 17 Personen geführt werden.

Die meisten Interviews wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmerinnen auf Video aufgezeichnet. Einige Interviewte gaben ‚nur‘ ihr Einverständnis für eine Tonaufnahme.

3.4.2.3 Quantitative Auswertung der Interviews

Die quantitative Auswertung der Interviews erfolgte in folgenden Schritten:

1. Die Interviews wurden in Schriftsprache transkribiert.
2. Es wurde festgelegt, nach welchen Variablen das Interview geratet werden sollte.

Für das erste Interview wurden folgende vier Variablen festgelegt: **‘Entwicklung’**: Einschätzung der eigenen Entwicklung seit dem Eintritt ins Tageszentrum PSAG. (Fragen 1.3 a+b; siehe Leitfaden Interview 1 im

geszentrum PSAG. (Fragen 1.3 a + b; siehe Leitfaden Interview 1 im Anhang)

'Feedback TZ': das Feedback, das die Teilnehmer für das Tageszentrum gaben. (Fragen 1.3 c-f)

'Bezugsperson': das Feedback, das die Teilnehmerinnen in Bezug auf ihre Zusammenarbeit mit der Bezugsperson gaben. (Fragen 1.3 g –i)

'Aufgeschlossenheit': die Aufgeschlossenheit gegenüber dem geplanten Empowermentprojekt. (Fragen 1.4 a-d)

Für das zweite Interview wurden 12 Variablen festgelegt:

'Information': Feedback auf die erste Information zum geplanten Empowerment-Experiment (Fragen 2.2 a-d) (Weil der Frageteil, der diese Dimension betrifft von keinem Befragten beantwortet wurde, wurde sie im Folgenden fallengelassen.)

'Vorbereitung': Feedback auf die Projekt - Vorbereitungszeit. (Fragen 2.2 a-d)

'Flohmarkt': Feedback auf den Flohmarkt, der zur Mittelbeschaffung durchgeführt wurde. (Fragen 2.2 a-d)

'Projektwoche': Feedback auf die (Ferien-) Projektwoche. (Fragen 2.2 a-d)

'Vorbereitung Fest': Feedback auf die Vorbereitung des Festes, das nach Abschluss der Projektwoche durchgeführt wurde. (Fragen 2.2 a-d)

'Fest': Feedback auf das Fest. (Fragen 2.2 a-d)

'Projekt generell': Feedback auf das ganze Projekt (= Empowerment-Experiment). (Fragen 2.2 a-d + l-m)

'Nutzen/Schaden': Einschätzung des Nutzens bzw. Schadens des Projekts in Bezug auf den Alltag der Teilnehmer. (Fragen 2.2 e-f)

'Einfluss der Gruppe': Einschätzung des positiven bzw. negativen Einflusses des Projektes auf die Gruppe der Teilnehmerinnen. (Fragen 2.2 g-h)

'Stärkung': Einschätzung der (eigenen) Stärkung bzw. Schwächung durch das Projekt. (Fragen 2.2 i)

'Selbstfindung': Einschätzung des Beitrags des Projektes zur (eigenen) Selbstfindung. (Fragen 2.2 j)

'Beitrag': Einschätzung des Ausmasses des Beitrags der Teilnehmer am Projekt. (Fragen 2.2 k)

3. Auf der Grundlage der Transkripte wurden die Interviews von zwei Ratern unabhängig geratet. Die Antworten wurden dabei danach beurteilt, in welchem Ausmass die entsprechenden Fragen positiv oder negativ beantwortet wurden. (+3 = sehr positiv; +2 = positiv; +1 = eher positiv; 0 = neutral; -1 = eher negativ; -2 = negativ; -3 = sehr negativ)
4. Die von den Ratern ermittelten Werte wurden in ein entsprechend programmiertes Excel – File eingetragen. Zur weiteren Verwendung der Daten mussten die beiden Beurteilungen zusammengefasst werden. Bis zu einer Abweichung zwischen den beiden Ratern von maximal einer Stufe wurde der Mittelwert automatisch ermittelt und der so ermittelte Wert weiterverwendet. Bei einer Abweichung von mehr als einem Zähler einigten sich die beiden Rater auf der Grundlage der Transkripte auf einen Konsenswert.
5. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden Intraclasscorrelations (ICC) der ursprünglichen Ratings gerechnet. Dieses Mass berücksichtigt nicht nur die korrelativen Zusammenhänge, sondern auch die absoluten Differenzen zwischen den Einschätzungen. Da das Rating für alle Fälle durch zwei identische Personen erfolgte, wird die Methode des „two way mixed model“ verwendet. (McGraw, K. O., et al. 1996). Da alle Situationen von zwei Ratern eingeschätzt wurden, konnten die „Average Measures“ verwendet werden. (siehe auch 4. Kapitel Resultate)
6. In einem nächsten Schritt wurden für die beiden Interviews je eine Korrelationsmatrix errechnet, aus denen ersichtlich ist, wie die Variablen der beiden Interviews miteinander korrelieren. Aufgrund dieser Zusammenhänge und auf dem Hintergrund theoretischer Überlegungen wurden aus den Variablen Subdimensionen und Dimensionen gebildet. Aufgrund des zu kleinen N musste jedoch auf eine Faktorenanalyse verzichtet werden.

7. Darauf wurde untersucht, ob sich die einzelnen Variablen bzw. Subdimensionen der Interviews voneinander unterscheiden.
8. In einem letzten Schritt wurde überprüft, welche Zusammenhänge zwischen den Fragebogen und den Interviews bestehen.
9. Neben deskriptiver Statistik wurden parametrische (Pearson) und nonparametrische (Spearman) Korrelationen und t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Zum Vergleich mehrerer Variablen wurden Varianzanalysen für abhängige Stichproben verwendet. Die Beurteilerübereinstimmung wurde mittels Intraclasskorrelationen überprüft. Zur Berechnung der internen Konsistenz der Skalen wurde Cronbach Alpha verwendet. Alle Analysen wurden mit dem Statistikpaket SPSS 11.5 durchgeführt.

3.4.2.4 Qualitative Auswertung der Interviews

Leitlinie für die qualitative Auswertung der Interviews war ein Verfahren von Lamnek. Es umfasst im Wesentlichen folgende Schritte: (Lamnek, 1995, S. 108f).

1. Aus den Transkripts werden nur die prägnantesten Textstellen entnommen. So entsteht ein neuer, stark gekürzter und konzentrierter Text (Interviewkonzentrat).
2. Dieser Text ist darauf, unter Berücksichtigung der Gesamtheit der zur Verfügung stehenden Informationen (auch des vollständigen Transkripts), die Grundlage für eine bewusst wertende Charakterisierung des betreffenden Interviews, besonders prägnante Stellen werden wörtlich zitiert.
3. Darauf blickt man über das einzelne Interview hinaus und sucht nach Gemeinsamkeiten, die in allen oder einzelnen Interviews aufgetreten sind.

4. Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben bei der weiteren Analyse möglicherweise Syndrome oder Grundtendenzen, die für einige oder alle Befragten typisch erscheinen.
5. Erhält man auf diesem Weg unterschiedliche Typen von Befragten, so werden diese unter Bezugnahme auf die konkreten Einzelfälle dargestellt und interpretiert.
6. Kontrolle: Um Verkürzungen und Fehlinterpretationen zu vermeiden, zieht man immer wieder die Gesamtheit der zur Verfügung stehenden Informationen zu Rate.

Es wurden nur die Interviews jener Teilnehmerinnen qualitativ ausgewertet, mit denen auch das zweite Interview geführt werden konnte ($n = 17$) und zwar in folgenden Schritten:

1. Zuerst wurde eine Gruppe von Teilnehmern identifiziert, die nicht vom Empowerment-Experiment profitiert hatte („Nichtprofitierende“ $n = 3$).
2. Darauf wurde eine Gruppe identifiziert, deren Ambivalenz dem Projekt gegenüber in den Interviews deutlich hervortrat („Ambivalente“ $n = 3$).
3. Die restlichen 11 Teilnehmerinnen gaben im zweiten Interview deutlich an, vom Projekt profitiert zu haben („Profitierende“ $n = 11$).
4. Darauf wurde diese Gruppe der Profitierenden nach dem Verfahren von Lamnek analysiert. Auf diesem Weg konnten drei Empowermenttypen unterschieden werden (siehe Kapitel 4 Resultate).

4 Resultate

4. Resultate

Folgende Resultate werden hier dargestellt:

- die Resultate der Auswertung der verwendeten Fragebogen (4.1),
- die Resultate der Untersuchung des Ratings der Interviews (4.2),
- die Resultate der quantitativen Untersuchung der Interviews (4.3),
- und die Resultate der qualitativen Untersuchung der Interviews (4.4).

4.1 Fragebogen

4.1.1 Befindlichkeit

Die Befindlichkeitsskala (Bf-S) (von Zerssen 1976) wurde von den Teilnehmern vor und nach dem ersten Interview (vor dem Empowermentprozess zum Zeitpunkt T1) und vor und nach dem zweiten Interview (nach dem Empowermentprozess zum Zeitpunkt T2) ausgefüllt. Die Resultate der Untersuchung sind in Tabelle 4 dargestellt. Tiefe Werte bedeuten eine gute, hohe Werte eine schlechte Befindlichkeit.

Tabelle 4: Befindlichkeit zu den Zeitpunkten T1 und T2

		Bf-S T1 vor	Bf-S T1 nach	Bf-S T1 MW	Bf-S T2 vor	Bf-S T2 nach	Bf-S T2 MW
N = 20	gültig	19	19	19	16	15	16
	fehlend	1	1	1	4	5	4
Mittelwert		28.42	23.11	25.76	29.75	25.93	28.56
Median		27.00	22.00	25.50	27.50	26.00	22.50
Standardabweichung		13.14	12.58	12.32	14.79	14.89	14.31
Minimum		10	6	8	8	6	7
Maximum		48	46	46	54	52	53

Die Befindlichkeit wurde vier Mal erhoben: vor und nach dem ersten Interview (Zeitpunkt T1) und vor und nach dem zweiten Interview (Zeitpunkt T2).

Bf-S = Befindlichkeitsskala von Zerssen (von Zerssen 1976)

MW = Mittelwert der Untersuchungen zum jeweiligen Zeitpunkt

4.1.1.1 Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit mit Normwerten

Von Zerssen (1976) hat Normwerte aus einer repräsentativen Stichprobe erwachsener, gesunder Deutscher im Alter von 20 – 64 Jahren erhoben (ohne Fälle von verbal – IQ unter 80 und/oder missing Data über 10 %), $n = 1771$ (773 Männer und 998 Frauen). Dabei ergab sich ein Mittelwert von 12.2 und eine Standardabweichung von 9.3.

Bei einer Stichprobe von 82 schizophrenen Menschen ermittelte von Zerssen (1976) einen Mittelwert von 27.4 und eine Standardabweichung von 14.8.

Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Werte (siehe Tabelle 4) heben sich deutlich von den an gesunden Menschen erhobenen Werten ab und liegen im Bereich der Werte, die an schizophrenen Menschen erhoben wurden.

4.1.1.2 Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit zu den Zeitpunkten T1 und T2

Die Befindlichkeitsmittelwerte waren zum Zeitpunkt T2 höher als zum Zeitpunkt T1 (siehe Tabelle 4). Der Unterschied ist aber nicht signifikant (siehe Tabelle 10).

4.1.1.3 Vergleich der Ausprägung der Befindlichkeit vor und nach den Interviews 1 bzw. 2

Die Befindlichkeitsmittelwerte waren sowohl in Bezug auf das Interview 1 als auch in Bezug auf das Interview 2 jeweils nach dem Interview tiefer als vor dem Interview (siehe Tabelle 4). Dieser Unterschied ist aber nur in Bezug auf die Untersuchungen vor und nach dem Interview 1 signifikant (siehe Tabelle 10). Das Befinden der Teilnehmerinnen war also nach dem ersten Interview signifikant besser als vor dem Interview.

4.1.2 Kohärenzgefühl

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls wurde mit dem SOC-L9 gemessen. Der SOC-L9 wurde von Schuhmacher et al. (2000) entwickelt. Es handelt sich um ein Instrument zur Ermittlung des „sense of coherence“ (SOC) des Kohärenzgefühls, das mit nur 9 Items auskommt. Die Teilnehmer des im Tageszentrum PSAG durchgeführten Empowermentprozesses wurden zum Zeitpunkt T1 und T2 (vor und nach dem Empowermentprozess) mit dem SOC-L9 befragt. Die Resultate dieser Erhebung sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 5: Kohärenzgefühl zu den Zeitpunkten T1 und T2

		SOC-L9 (T1)	SOC-L9 (T2)
n = 20	gültig	19	16
	fehlend	1	4
Mittelwert		34.47	35.00
Median		34.00	35.50
Standardabweichung		9.17	8.65
Minimum		23	23
Maximum		52	49

Das Kohärenzgefühl wurde zweimal erhoben: Vor der Intervention (Zeitpunkt T1) und nach der Intervention (Zeitpunkt T2).

SOC = sense of coherence (Kohärenzgefühl)

SOC-L9 = Leibziger Kurzsкала zur Messung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher et al. 2000)

4.1.2.1 Vergleich der Ausprägung des Kohärenzgefühls mit Normwerten

Schuhmacher et al. (2000) hat bei einer Untersuchungspopulation (n = 2005) von West- und Ostdeutschen einen Mittelwert von 50.03 ermittelt. Die im Tageszentrum PSAG gemessenen Mittelwerte von 34.47 und 35.00 liegen deutlich darunter, was wegen der psychischen Beeinträchtigung der Teilnehmer erwartet werden musste.

4.1.2.2 Vergleich der Ausprägung des Kohärenzgefühls zu den Zeitpunkten T1 und T2

Der Mittelwert des Kohärenzgefühls war zum Zeitpunkt T2 leicht höher als zum Zeitpunkt T1 (Tabelle 5). Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant (Tabelle 10).

4.1.3 Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

In den Tabellen 6 (Zeitpunkt T1) und 8 (Zeitpunkt T2) sind die Resultate der Untersuchungen der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung dargestellt.

Tabelle 6: Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zum Zeitpunkt T1 vor der Intervention

		FKK-SK T1	FKK-I T1	FKK-P T1	FKK-C T1	FKK-SKI T1	FKK-PC T1	FKK-SKI-PC T1
N = 20	gültig	18	18	18	18	18	18	18
	fehlend	2	2	2	2	2	2	2
Mittelwert		38.28	44.11	57.67	53.17	39.94	56.22	42.06
Prozentrang*		12	27	79	58	16	76	24
Median		36.50	43.00	56.00	54.00	38.50	57.00	39.00
Standardabweichung		7.53	10.25	7.64	8.48	8.68	8.07	9.30
Minimum		27	28	45	36	28	45	28
Maximum		55	65	72	67	55	74	58

*Die ausgewiesenen Prozentränge beziehen sich auf die Mittelwerte und wurden aus Normtabellen (Erwachsene ab 18 Jahren; n = 2028) entnommen (Krampen 1991).

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991)

FKK-SK = Skala ‚Selbstkonzept eigener Fähigkeiten‘

FKK-I = Skala ‚Internalität‘

FKK-P = Skala ‚Soziale Externalität‘ („powerfull other controll“)

FKK-C = Skala ‚Fatalistische Externalität‘ („chance controll“)

FKK-SKI = Sekundärskala ‚Selbstwirksamkeit‘

FKK-PC = Sekundärskala ‚Externalität‘

FKK-SKI-PC = Tertiärskala ‚Internalität versus Externalität‘

Tabelle 7: Kompetenz und Kontrollüberzeugung zum Zeitpunkt T2 nach der Intervention

		FKK SK T2	FKK I T2	FKK P T2	FKK C T2	FKK SKI T2	FKK PC T2	FKK Ski-PC T2
N = 20	gültig	15	15	15	15	15	15	15
	fehlend	5	5	5	5	5	5	5
Mittelwert		38.40	45.00	52.93	52.53	40.27	52.27	43.93
Prozentrang*		12	27	58	58	16	54	24
Median		34.00	41.00	48.00	52.00	37.00	51.00	43.00
Standard- abweichung		12.19	9.54	12.24	7.58	8.80	10.43	9.22
Minimum		29	34	34	40	32	34	31
Maximum		77	63	77	71	58	71	60

*Die ausgewiesenen Prozentränge beziehen sich auf die Mittelwerte und wurden aus Normtabellen (Erwachsene ab 18 Jahren; n = 2028) entnommen (Krampen 1991).

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991)

FKK-SK = Skala ‚Selbstkonzept eigener Fähigkeiten‘

FKK-I = Skala ‚Internalität‘

FKK-P = Skala ‚Soziale Externalität‘ („powerfull other controll“)

FKK-C = Skala ‚Fatalistische Externalität‘ („chance controll“)

FKK-SKI = Sekundärskala ‚Selbstwirksamkeit‘

FKK-PC = Sekundärskala ‚Externalität‘

FKK-SKI-PC = Tertiärskala ‚Internalität versus Externalität‘

4.1.3.1 Vergleich der Ausprägung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung mit Normwerten

Der Vergleich mit einer repräsentativen Stichprobe von Erwachsenen ab 18 Jahren (n = 2028) (Krampen 1991) ergibt für die untersuchten Teilnehmerinnen des Tageszentrums PSAG folgendes Bild:

- Die Mittelwerte FKK-SK zum Zeitpunkt T1 (38.28) und T2 (38.40) entsprechen beide einem Prozentrang von 12, was einem unterdurchschnittlichen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten gleichkommt.
- Die Mittelwerte FKK-I zum Zeitpunkt T1 (44.11) und T2 (45.00) entsprechen beide einem Prozentrang von 27. Eigene Handlungen werden also als wenig effektiv erlebt.
- Die Mittelwerte FKK-P zum Zeitpunkt T1 (57.67) und T2 (52.93) entsprechen einem Prozentrang von 79 bzw. 58. Es wird also eine überdurchschnittliche Abhängigkeit von anderen Menschen erlebt.

- Die Mittelwerte FKK-C zum Zeitpunkt T1 (53.17) und T2 (52.53) entsprechen beide einem Prozentrang von 58. Dies deutet auf eine leicht überdurchschnittliche Schicksalsgläubigkeit hin.
- Die Mittelwerte FKK-SKI (Sekundärskala) zum Zeitpunkt T1 (39.94) und T2 (40.27) entsprechen beide einem Prozentrang von 16, was einem geringen Selbstbewusstsein und einer passiv abwartenden Haltung entspricht.
- Die Mittelwerte FKK-PC (Sekundärskala) zum Zeitpunkt T1 (56.22) und T2 (52.27) entsprechen einem Prozentrang von 76 bzw. 54, was darauf hindeutet, dass die Teilnehmergruppe eher sozial konform und sozial abhängig ist.
- Die Mittelwerte FKK-SKI- PC (Tertiärskala) zum Zeitpunkt T1 (42.06) und T2 (43.93) entsprechen beide einem Prozentrang von 24, was einer eher passiv abwartenden externalen Kontrollüberzeugung entspricht.

4.1.3.2 Vergleich der Ausprägung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zu den Zeitpunkten T1 und T2

Die aus den Untersuchungen der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung der Teilnehmer des Tageszentrums zu den Zeitpunkten T1 und T2 errechneten Werte der Tertiärskala FKK Ski-PC (Tabellen 6 & 7) unterscheiden sich nicht signifikant (Tabelle 10).

4.1.4 Verlaufsanalyse der Fragebogendimensionen

Die Fragebogenuntersuchungen wurden paarweise analysiert. Dazu wurden folgende Paare gebildet:

- Paar 1: Die Untersuchungen mit dem Befindlichkeitsfragebogen von v. Zerssen (Bf-S) vor und nach dem Interview 1 (Zeitpunkt T1).
- Paar 2: Die Untersuchungen mit dem Befindlichkeitsfragebogen von v. Zerssen (Bf-S) vor und nach dem Interview 2 (Zeitpunkt T2).
- Paar 3: Die Mittelwerte der Untersuchungen mit dem Befindlichkeitsfragebogen von v. Zerssen (Bf-S) vor und nach dem Interview 1 (Zeitpunkt T1) und die Mittelwerte der Untersuchungen mit dem Befindlichkeitsfragebogen von v. Zerssen (Bf-S) vor und nach dem Interview 2 (Zeitpunkt T2).

- Paar 4: Die Untersuchungen mit der Leibziger Kurzsкала zur Messung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher 2000) (SOC L-9) zu den Zeitpunkten T1 und T2.
- Paar 5: Die Untersuchungen mit Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991) (FKK) zu den Zeitpunkten T1 und T2.

In der folgenden Tabelle sind die statistischen Kennzahlen der Fragebogen-Untersuchungen paarweise dargestellt.

Tabelle 8: Statistische Kennzahlen der Resultate der Fragebogenuntersuchung paarweise dargestellt

		Mittelwerte	N	Standard- abweichung	Mittelwert Standardfehler
Paar 1	Bf-S (T1) vor	28.42	19	13.14	3.01
	Bf-S (T1) nach	23.11	19	12.58	2.89
Paar 2	Bf-S (T2) vor	28.47	15	14.35	3.71
	Bf-S (T2) nach	25.93	15	14.89	3.84
Paar 3	Bf-S (T1) MW	27.53	16	12.66	3.17
	Bf-S (T2) MW	28.56	16	14.31	3.58
Paar 4	SOC L9 (T1)	35.50	16	9.32	2.33
	SOC L9 (T2)	35.00	16	8.65	2.16
Paar 5	FKK SKI-PC (T1)	42.00	15	9.37	2.42
	FKK SKI-PC (T2)	43.93	15	9.22	2.38

Bf-S = Befindlichkeitsskala nach v. Zerssen (von Zerssen 1976)

SOC-L9 = Leibziger Kurzsкала zur Messung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher 2000)

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991)

FKK-SKI-PC = Tertiärsкала („Internalität versus Externalität“) des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

MW = Mittelwert der Untersuchungen zum jeweiligen Zeitpunkt

T1 = Zeitpunkt vor der Intervention; T2 = Zeitpunkt nach der Intervention

vor = vor dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2; nach = nach dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2

Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, wie die Resultate der Fragebogenuntersuchung paarweise korrelieren. Entsprechend der Erwartung korrelieren die Paare signifikant miteinander.

Tabelle 9: Paarweise Korrelation der Resultate der Fragebogen-Untersuchung

	Fragebogen- Untersuchung	N	Korrelation	Signifikanz
Paar 1	Bf-S (T1) vor Bf-S (T1) nach	19	0.84	0.000**
Paar 2	Bf-S (T2) vor Bf-S (T2) nach	15	0.76	0.001**
Paar 3	Bf-S (T1) MW Bf-S (T2) MW	16	0.90	0.000**
Paar 4	SOC (T1) SOC (T2)	16	0.66	0.006**
Paar 5	FKK SKI-PC (T1) FKK SKI-PC (T2)	15	0.63	0.012*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Bf-S = Befindlichkeitsskala nach Zerssen (von Zerssen 1976)

SOC-L9 = Leiziger Kurzskala zur Messung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher 2000)

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991)

FKK-SKI-PC = Tertiärskala („Internalität versus Externalität“) des Fragebogens zu Kompetenz und Kontrollüberzeugung

MW = Mittelwert der Untersuchungen zum jeweiligen Zeitpunkt

T1 = Zeitpunkt vor der Intervention; T2 = Zeitpunkt nach der Intervention

vor = vor dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2; nach = nach dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2

Zur Untersuchung des Verlaufs der Fragebogendimensionen wurde ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Tabelle 10 zeigt das Resultat des t-Tests.

Tabelle 10: Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben der Hauptdimensionen der verwendeten Fragebogen

	Fragebogen- Untersuchung	Mittelwert	Standard- fehler	Mittelwert Standardfehler	t	df	Signifikanz (zweiseitig)
Paar 1	Bf-S (T1) vor Bf-S (T1) nach	5.32	7.39	1.70	3.13	18	0.006**
Paar 2	Bf-S (T2) vor Bf-S (T2) nach	2.53	10.24	2.64	0.96	14	0.354
Paar 3	Bf-S (T1) MW Bf-S (T2) MW	-1.03	6.34	1.58	-0.65	15	0.525
Paar 4	SOC (T1) SOC (T2)	0.50	7.46	1.86	0.27	15	0.792
Paar 5	FKK SKI-PC (T1) FKK SKI-PC (T2)	-1.93	8.01	2.07	-0.93	14	0.366

** $p < 0.01$

Bf-S = Befindlichkeitsskala nach Zerssen (von Zerssen 1976)

SOC-L9 = Leiziger Kurzskala zur Messung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher 2000)

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991)

FKK-SKI-PC = Tertiärskala („Internalität versus Externalität“) des Fragebogens zu Kompetenz und Kontrollüberzeugung

MW = Mittelwert der Untersuchungen zum jeweiligen Zeitpunkt

T1 = Zeitpunkt vor der Intervention; T2 = Zeitpunkt nach der Intervention

vor = vor dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2; nach = nach dem Interview zum Zeitpunkt T1 bzw. T2

t = T - Wert

df = Freiheitsgrade

Aus Tabelle 10 wird ersichtlich, dass sich nur beim Paar 1 (Bf-S vor und nach dem ersten Interview) die Befindlichkeit signifikant verbessert hat ($t = 3.13$; $p < 0.01$). Was mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Einfluss, den das Interview 1 auf die Teilnehmerinnen hatte, zusammenhängt. Alle andern Vergleiche unterscheiden sich nicht signifikant.

Ein signifikanter Unterschied konnte nur in Bezug auf die Paare 1 und 2 erwartet werden, weil die entsprechenden Untersuchungen kurz nacheinander durchgeführt wurden (jeweils vor und nach dem Interview 1 bzw. 2) und zwischen ihnen eine Intervention (das jeweilige Interview) stattfand, das einen Einfluss haben konnte. Die anderen Paare beruhen auf Untersuchungen zum Zeitpunkt T1 bzw. T2, zwischen ihnen lag also ein zeitlicher Abstand von mehreren Wochen. Ein etwaiger signifikanter Unterschied hätte auch nicht mit dem Empowerment-Experiment erklärt werden können, weil die untersuchten Teilnehmerinnen in der Zeit zwischen T1 und T2 auch vielen anderen Einflüssen ausgesetzt waren.

4.2 Rating der Interviews

Zur Bestimmung der Beurteiler-Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität, Objektivität) wurden Intraclass - Korrelationen gerechnet. Dieses Mass berücksichtigt nicht nur die korrelativen Zusammenhänge, sondern auch die absoluten Differenzen zwischen den Einschätzungen.

Da das Rating für alle Fälle durch zwei identische Personen erfolgte, wird die Methode des „two way mixed model“ verwendet. (McGraw, K. O., et al. 1996). Da alle Situationen von zwei Ratern eingeschätzt wurden, darf die Methode der „Average Measures“ verwendet werden.

In den Tabellen 11 und 12 sind die Interclass – Korrelations – Koeffizienten (ICC) der einzelnen Variablen ersichtlich. Zum Vergleich sind auch noch die Korrelationskoeffizienten (r) dargestellt.

Tabelle 11: Intraclass–Korrelations–Koeffizienten (ICC) und Korrelationskoeffizienten (r) in Bezug auf das Interview 1

	Variable	ICC	r (Pearson)
Interview 1	Entwicklung	.91	.84
	Tageszentrum	.86	.76
	Bezugsperson	.78	.66
	Aufgeschlossenheit	.82	.74
	Gesamt Interview 1	.87	.79

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Variablen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67)

Tabelle 12: Intraclass – Korrelations - Koeffizienten (ICC) und Korrelationskoeffizienten (r) in Bezug auf das Interview 2

	Variable	ICC	r (Pearson)
Interview 2	Vorbereitung	.80	.72
	Flohmarkt	.96	.93
	Projektwoche	.91	.83
	Vorbereitung Fest	.96	.95
	Fest	.77	.63
	Projekt generell	.87	.82
	Nutzen / Schaden	.90	.82
	Einfluss Gruppe	.92	.85
	Stärkung	.95	.91
	Selbstfindung	.74	.59
	Beitrag	.29	.17
	Aktivitäten Interview 2	.86	.79
	Subjektiv Interview 2	.89	.81
	Gesamt Interview 2	.90	.82

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 2‘ wurden die Mittelwerte aller 11 ausgewerteten Variablen des Interviews 2 gerechnet (Cronbach Alpha = .98)

Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet (Diese Variablen korrelieren hoch miteinander - Cronbach Alpha = .96)

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74)

Intraclass – Korrelations - Koeffizienten (ICC) unter 0.4 gelten als ungenügend, solche zwischen 0.4 und 0.7 als genügend bis gut, und diejenigen darüber als sehr gut. (Rosner 1996). Bis auf die Variable ‚Beitrag‘ sind also durchwegs sehr gute Intraclass – Korrelations - Koeffizienten erzielt worden.

4.3 Quantitative Auswertung der Interviews

4.3.1 Korrelation der Interviewvariablen

Tabelle 13 und 14 zeigen die Korrelationen der durch das Rating ermittelten Variablen des ersten bzw. zweiten Interviews und deren Korrelation mit den gesamten Interviews. Zum grossen Teil sind diese Korrelationen signifikant.

Tabelle 13: Korrelationsmatrix der Variablen des Interviews 1

		Entwicklung	Tageszentrum	Bezugsperson	Aufgeschlossenheit	Gesamt Interview 1
Entwicklung	r p n	1 . 20				
Tageszentrum	r p n	0.638** 0.002 20	1 . 20			
Bezugsperson	r p n	0.019 0.935 20	0.141 0.552 20	1 . 20		
Aufgeschlossenheit	r p n	0.700** 0.001 20	0.349 0.132 20	-0.061 0.798 20	1 . 20	
Gesamt Interview 1	r p n	0.907** 0.000 20	0.745** 0.000 20	0.273 0.244 20	0.796** 0 20	1 . 20

** $p < 0.01$

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Dimensionen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67).

r = Korrelationskoeffizient (Pearson)

p = Signifikanz

n = Anzahl Probanden

Aus Tabelle 13 ist ersichtlich, dass Teilnehmerinnen, die ihre Entwicklung seit dem Eintritt ins Tageszentrum PSAG positiv schildern, auch dem Tageszentrum ein positives Feedback geben, dem geplanten Empowermentprojekt gegenüber aufgeschlossen sind und im Interview 1 insgesamt ein positives Feedback geben. Diese Zusammenhänge konnten erwartet werden, es erscheint logisch, dass ein Teilnehmer, der seine Entwicklung seit dem Eintritt ins Tageszentrum positiv ein-

schätzt, dem Tageszentrum auch eher ein gutes Feedback gibt und sich auch eher dem Empowerment-Experiment gegenüber aufgeschlossen ist.

Eher unerwartet korreliert die Variable Entwicklung aber nicht mit dem Feedback für die Bezugsperson (Mitarbeiterin des Tageszentrums). Unerwartet ist auch, dass die Variable ‚Bezugsperson‘ sogar schwach negativ mit der Aufgeschlossenheit dem Projekt gegenüber korreliert. Als einzige Variable korreliert die Variable ‚Bezugsperson‘ auch nicht mit dem gesamten Interview 1.

Es ist hier allerdings zu bedenken, dass mit den entsprechenden Fragen des Interviews 1 (siehe Anhang) eine Beziehung angesprochen wurde und nicht ein Feedback und auch nicht eine Selbsteinschätzung erfragt wurde. Es ist zu erwarten, dass die Teilnehmerinnen, die ihre Entwicklung seit dem Eintritt ins Tageszentrum positiv einschätzen, diese Fortschritte auch in einer intensiveren Psychotherapie erarbeitet haben. (Die Teilnahme am Programm des Tageszentrums PSAG setzt eine therapeutische Begleitung ausserhalb des Tageszentrums voraus.) Eine intensive Therapie ist aber nur möglich, wenn sich auch eine intensive Beziehung zum Therapeuten entwickelt. Es könnte daher sein, dass die Teilnehmerinnen, die ihre Entwicklung besser einschätzen, ihre Beziehung zur Bezugsperson im Tageszentrum auch besser vergleichen können (mit ihrer Beziehung zum Therapeuten) und für sie darum die Beziehung zur Bezugsperson im Tageszentrum als weniger wichtig erlebt wird.

Tabelle 14: Korrelationsmatrix der Variablen des Interviews 2

		Vorbereitung	Flohmarkt	Projektwoche	Vorbereitung Fest	Fest	Projekt	Nutzen / Schaden	Einfluss Gruppe	Stärkung	Selbstfindung	Beitrag	Aktivitäten Interview 2	Subjektiv Interview 2	Gesamt Interview 2
Vorbereitung	r	1													
	p	.													
	N	16													
Flohmarkt	r	-0.004	1												
	p	0.99	.												
	N	12	12												
Projektwoche	r	0.202	-0.296	1											
	p	0.551	0.476	.											
	N	11	8	12											
Vorbereitung Fest	r	0.643	0.358	0.705	1										
	p	0.062	0.384	0.118	.										
	N	9	8	6	10										
Fest	r	0.116	0.702*	-0.057	0.850*	1									
	p	0.705	0.024	0.883	0.032	.									
	N	13	10	9	6	13									
Projekt generell	r	0.600*	0.000	0.652*	0.739*	0.181	1								
	p	0.014	1.000	0.022	0.015	0.555	.								
	N	16	12	12	10	13	17								
Nutzen / Schaden	r	0.344	0.593	0.561	0.704*	0.435	0.466	1							
	p	0.209	0.054	0.073	0.034	0.158	0.069	.							
	N	15	11	11	9	12	16	16							
Einfluss Gruppe	r	0.269	-0.510	0.813**	0.017	-0.521	0.363	-0.062	1						
	p	0.332	0.109	0.002	0.965	0.082	0.167	0.820	.						
	N	15	11	11	9	12	16	16	16						
Stärkung	r	0.204	-0.113	0.772**	0.734*	0.070	0.503	0.517*	0.236	1					
	p	0.484	0.741	0.005	0.024	0.837	0.056	0.048	0.397	.					
	N	14	11	11	9	11	15	15	15	15					
Selbstfindung	r	-0.244	0.456	0.370	0.128	0.166	0.068	0.673*	0.377	0.365	1				
	p	0.445	0.186	0.292	0.742	0.646	0.826	0.016	0.227	0.244	.				
	N	12	10	10	9	10	13	12	12	12	13				
Beitrag	r	0.149	0.147	0.148	0.547	0.076	0.321	0.414	0.148	-0.009	0.365	1			
	p	0.597	0.667	0.664	0.127	0.815	0.226	0.110	0.584	0.974	0.243	.			
	N	15	11	11	9	12	16	16	16	15	12	16			
Aktivitäten Interview 2	r	0.652**	0.692*	0.304	0.953**	0.709**	0.658**	0.607*	0.011	0.269	0.035	0.276	1		
	p	0.006	0.013	0.337	0.000	0.007	0.004	0.013	0.967	0.332	0.909	0.300	.		
	N	16	12	12	10	13	17	16	16	15	13	16	17		
Subjektiv Interview 2	r	0.292	0.267	0.705*	0.608	0.235	0.516*	0.901**	0.083	0.807**	0.782**	0.329	0.441	1	
	p	0.273	0.401	0.010	0.062	0.439	0.034	0.000	0.759	0.000	0.002	0.213	0.076	.	
	N	16	12	12	10	13	17	16	16	15	13	16	17	17	
Gesamt Interview 2	r	0.573*	0.424	0.685*	0.915**	0.377	0.787**	0.848**	0.233	0.668**	0.407	0.384	0.820**	0.836**	1
	p	0.020	0.170	0.014	0.000	0.204	0.000	0.000	0.385	0.007	0.168	0.142	0.000	0.000	.
	N	16	12	12	10	13	17	16	16	15	13	16	17	17	17

* p < 0.05 ** p < 0.01

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 2‘ wurden die Mittelwerte aller 11 ausgewerteten Variablen des Interviews 2 gerechnet (Cronbach Alpha = .98)

Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet (Diese Variablen korrelieren hoch miteinander; Cronbach Alpha = .96)

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74)

r = Korrelationskoeffizient (Pearson)

p = Signifikanz

N = Anzahl Probanden

Das Interview 2 war ganz darauf ausgerichtet, ein Feedback der Teilnehmerinnen in Bezug auf das Empowermentprojekt zu bekommen. Die signifikante Korrelation der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘, ‚Projekt‘, ‚Nutzen/Schaden‘ und ‚Stärkung‘ (Tabelle 14) entsprach daher der Erwartung.

Eher unerwartet ist, dass die Variablen ‚Flohmarkt‘, ‚Fest‘, ‚Einfluss Gruppe‘, ‚Selbstfindung‘ und ‚Beitrag‘ nicht mit der Variablen ‚Gesamt Interview 2‘ korrelieren. Es ist hier aber zu bedenken, dass die Teilnahme an einem Flohmarkt und auch das Fest zwar im Zusammenhang mit dem Empowerment-Experiment standen, dass sie aber kleine Projekte in einem grösseren waren und eine gewisse Eigendynamik entwickelten und auch nur zum Teil von jenen Teilnehmern getragen wurden, die sich sonst im Projekt stark engagiert haben.

Es ist auch nicht selbstverständlich, dass die Teilnehmerinnen, die dem Projekt insgesamt ein positives Feedback geben, auch dessen Einfluss auf die Gruppe der Teilnehmer höher einschätzen. Es könnte sein, dass die Teilnehmer, die weniger am Projekt teilnehmen wollten oder konnten, die Rückkehr jener Teilnehmer, die an den Ferien in Cerneux teilgenommen hatten, erlebten und ihre (positiven) Berichte hörten, darum den Einfluss des Projektes auf die Gruppe der Teilnehmer höher einschätzten als jene die effektiv teilgenommen hatten und ev. ein realistischeres Bild dieses Einflusses hatten.

Es ist auch möglich, dass die eher ausgeschlossenen Teilnehmer, den Einfluss des Projektes auf die Selbstfindung, aus der beschriebenen Dynamik heraus, eher höher einschätzten.

Auf der anderen Seite könnte es sein, dass die stärker engagierten Teilnehmerinnen, weil sie auch zeitlich länger am Projekt teilnahmen, eher wahrnehmen konnten, dass das Team des Tageszentrums z.B. während der erwähnten Ferienwoche doch stärker Verantwortung übernahm, als es ursprünglich vorgesehen war.

4.3.2 Korrelation der Interviews 1 und 2

Aus der Tabelle 15 ist ersichtlich, wie die beiden Interviews als Ganzes korrelieren und wie die zusammenfassenden Dimensionen ‚Aktivitäten Interview 2‘ und ‚Subjektiv Interview 2‘ mit dem ersten Interview korrelieren. Dieser Zusammenhang ist in den Abbildungen 2 – 4 graphisch dargestellt.

Tabelle 15: Korrelationen der Interviews 1 und 2

		Aktivitäten Interview 2	Subjektiv Interview 2	Gesamt Interview 2
	r	0.579*	0.536*	0.651**
Gesamt Interview 1	Sig. (2-tailed)	0.015	0.026	0.005
	N	17	17	17

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 2‘ wurden die Mittelwerte aller 11 ausgewerteten Variablen des Interviews 2 gerechnet (Cronbach Alpha = .98)

Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet (Diese Variablen korrelieren hoch miteinander- Cronbach Alpha = .96)

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74)

r = Korrelationskoeffizient (Pearson)

Sig. (2-tailed) = Signifikanz zweiseitig

N = Anzahl Probanden

In den folgenden Abbildungen (2-4) sind diese Zusammenhänge graphisch dargestellt.

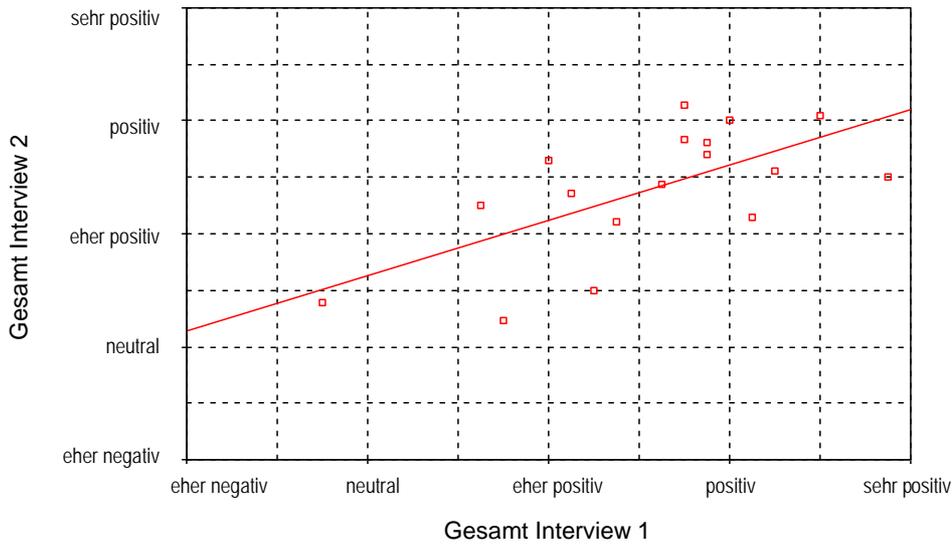


Abbildung 2. Zusammenhang zwischen den Dimensionen ‚Gesamt Interview 1‘ und ‚Gesamt Interview 2‘

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Dimensionen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67).
 Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 2‘ wurden die Mittelwerte aller 11 ausgewerteten Variablen des Interviews 2 gerechnet. (Cronbach Alpha = .98)
 Die 17 Probanden sind in Bezug auf die Mittelwerte des Ratings ihrer Antworten in den Interviews 1 und 2 als kleine Quadrate dargestellt. Die Linie stellt die Regressionsgerade dar.

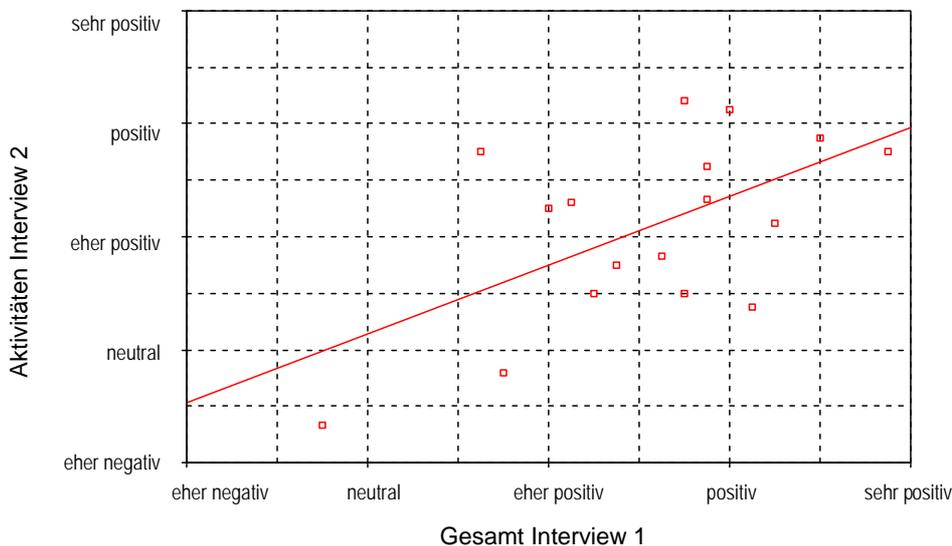


Abbildung 3. Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem ersten Interview (Gesamt Interview 1) und der Dimension ‚Aktivitäten Interview 2‘

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Dimensionen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67).
 Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet (Diese Variablen korrelieren hoch miteinander- Cronbach Alpha = .96)
 Die 17 Probanden sind in Bezug auf die Mittelwerte des Ratings ihrer Antworten im Interview 1 (x – Achse) und der Dimension ‚Aktivitäten Interview 2‘ (y – Achse) als kleine Quadrate dargestellt. Die Linie stellt die Regressionsgerade dar.

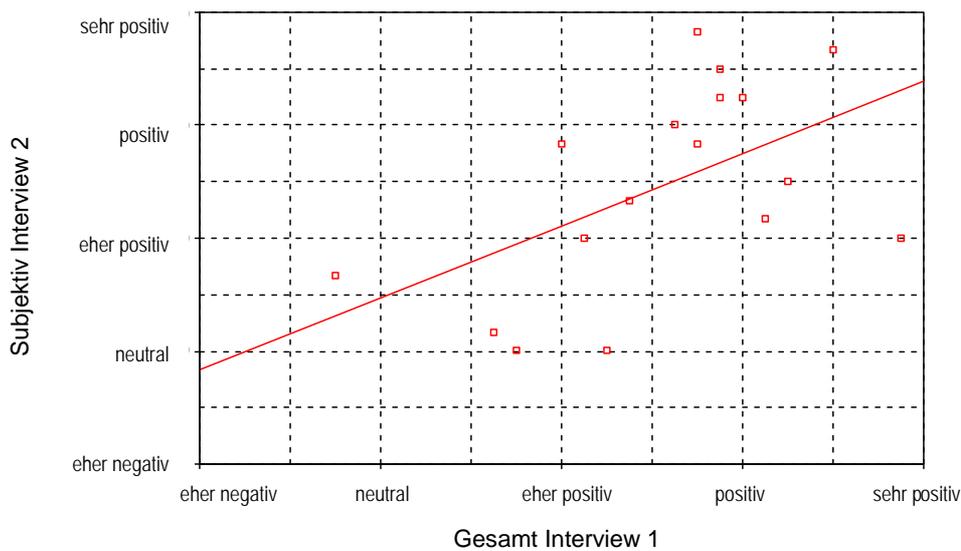


Abbildung 4: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem ersten Interview (Gesamt Interview 1) und der zusammenfassenden Dimension ‚Subjektiv Interview 2‘

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Dimensionen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67).

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74)

Die 17 Probanden sind in Bezug auf die Mittelwerte des Ratings ihrer Antworten im Interview 1 (x – Achse) und der Dimension ‚Subjektiv Interview 2‘ (y – Achse) als kleine Quadrate dargestellt. Die Linie stellt die Regressionsgerade dar.

Die signifikante Korrelation zwischen den beiden Interviews konnte erwartet werden, da in beiden Interviews v. a. Feedbacks erfragt wurden. Im ersten Interview bezogen sie sich auf das Tageszentrum PSAG als Ganzes und im zweiten Interview auf das Empowerment-Experiment. Es ist nachvollziehbar, dass Teilnehmer, die dem Tageszentrum ein gutes Feedback geben, auch dem Empowerment-Experiment des Tageszentrums ein eher gutes Feedback geben. Es erscheint auch nachvollziehbar, dass ein solcher Zusammenhang besteht zwischen dem Feedback auf die Aktivitäten, die während dem Projekt statt fanden, (‚Aktivitäten Interview 2‘) bzw. dem subjektiv erlebten und berichteten Gewinn, der aus dem Projekt gezogen wurde (‚subjektiv Interview 2‘) und dem Interview 1, das ein Feedback für das Tageszentrum und die Einstellung in Bezug auf das Projekt erfragte.

4.3.3 Feedback für das Tageszentrum und den Empowermentprozess

In der Tabelle 16 sind die Kennwerte der Variablen des ersten Interviews aufgeführt.

Tabelle 16: Kennwerte der Variablen des Interviews 1

		Entwick- lung	Tages- zentrum	Bezugs- person	Aufgeschlos- senheit	Gesamt Interview1
N = 20	gültig	20	20	20	20	20
	fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		0.83	1.83	1.75	1.53	1.48
Median		0.75	2.00	2.00	2.00	1.69
Standardabw.		1.33	0.91	0.77	1.26	0.77
Minimum		-1.50	-1.00	-0.50	-2.00	-0.25
Maximum		3.00	3.00	3.00	3.00	2.88

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 1‘ wurden die Mittelwerte der 4 Dimensionen des Interviews 1 gerechnet (Cronbach Alpha = .67).

N = Anzahl Probanden

Die Mittelwerte der Variablen ‚Tageszentrum‘ und ‚Bezugsperson‘ (1.83 bzw. 1.75) sagen aus, dass die TeilnehmerInnen dem Tageszentrum bzw. ihrer Bezugsperson ein positives Feedback geben. Die Rater haben die Antworten der TeilnehmerInnen in Bezug auf ihre Aufgeschlossenheit dem Empowerment-Experiment gegenüber durchschnittlich etwas weniger positiv eingeschätzt (Mittelwert 1.53). Die Aufgeschlossenheit wurde also durchschnittlich bewertet mit ‚eher positiv‘ bis ‚positiv‘. Der Mittelwert Einschätzung der eigenen Entwicklung fällt dem gegenüber deutlich ab (0.83). Sie wird aber durchschnittlich auch knapp als ‚eher positiv‘ bezeichnet. Der Mittelwert der Variablen ‚Gesamt Interview 1‘ (1.48) bedeutet, dass sich die TeilnehmerInnen insgesamt im Interview 1 so geäußert haben, dass die Rater die Antworten durchschnittlich als zwischen den Stufen ‚eher positiv‘ und ‚positiv‘ positioniert eingeschätzt haben.

In der folgenden Abbildung 5 sind die Mittelwerte der Variablen des ersten Interviews graphisch dargestellt. Zusätzlich sind Vertrauensintervalle dargestellt, die anschaulich zeigen, in welchem Bereich (mit 95% Sicherheit) der entsprechende ‚wahre Wert‘ erwartet werden kann. (Das Vertrauensintervall wird grösser bei grösserer Streuung und bei kleinerem N).

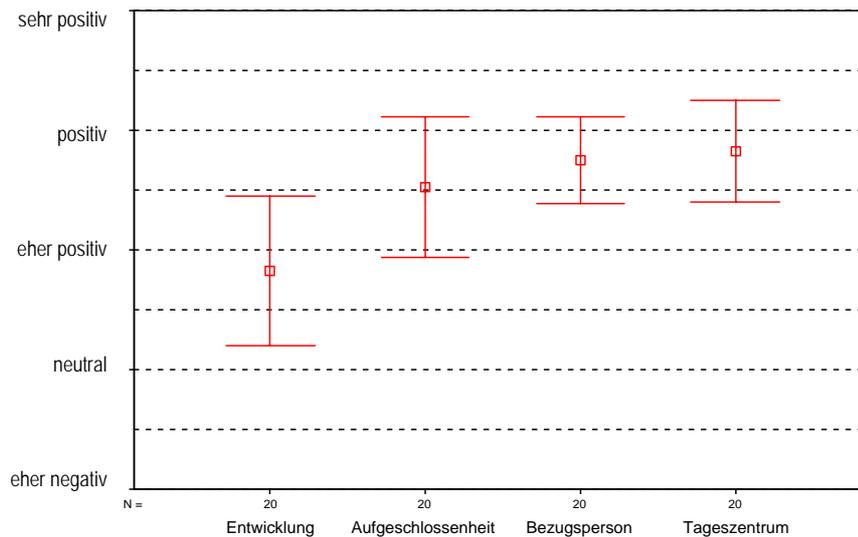


Abbildung 5: Darstellung der Mittelwerte und Vertrauensintervalle (95%) der Variablen des Interviews 1 (ansteigend geordnet).

N = Anzahl Probanden

Es wurde mittels Varianzanalyse für gepaarte Stichproben überprüft, ob sich die Mittelwerte der vier Variablen aus dem Interview 1 voneinander unterscheiden. Das Resultat dieser Überprüfung ist in Tabelle 17 dargestellt. Die Unterschiede sind gesamthaft signifikant.

Tabelle 17: Varianzanalyse für abhängige Stichproben zwischen den Variablen des Interviews 1

Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadratrate	F-Wert	Signifikanz
12.46	3	4.15	5.23	.003

Hier wurde das übliche varianzanalytische Berechnungsschema (Sphärizität angenommen für ANOVA mit Messwiederholung) verwendet.

Die Tabelle sagt aus, dass sich die Mittelwerte der vier untersuchten Variablen gesamthaft signifikant voneinander unterscheiden.

df = Anzahl Freiheitsgrade

In den Einzelvergleichen (Tabelle 18) zeigt sich, dass sich die Variable ‚Entwicklung‘ von allen andern Variablen signifikant unterscheidet, während sich die übrigen Variablen nicht unterscheiden.

Tabelle 18: Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben der Variablen Interview 1

		Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert Standardfehler	t	df	Signifikanz (2-seitig)
Paar 1	Entwicklung Tageszentrum	-1.00	1.03	0.23	-4.36	19	0.000**
Paar 2	Entwicklung Bezugsperson	-0.93	1.52	0.34	-2.71	19	0.014**
Paar 3	Entwicklung Aufgeschlossenheit	-0.70	1.01	0.22	-3.11	19	0.006***
Paar 4	Tageszentrum Bezugsperson	0.08	1.10	0.25	0.30	19	0.764
Paar 5	Tageszentrum Aufgeschlossenheit	0.30	1.27	0.28	1.06	19	0.304
Paar 6	Bezugsperson Aufgeschlossenheit	0.23	1.52	0.34	0.66	19	0.515

** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

SPSS stellt keine post hoc Analyse für abhängige Stichproben zur Verfügung. Aus diesem Grund wurden paarweise t-Tests ohne Bonferroni-Korrektur verwendet.

Die Tabelle zeigt auf, welche Variablen sich im paarweisen Vergleich signifikant voneinander unterscheiden.

t = t-Wert

df = Anzahl Freiheitsgrade

Die Eigenständigkeit der Variablen Entwicklung könnte damit zusammenhängen, dass die entsprechenden Fragen des Interviews 1 als einzige klar auf eine Selbsteinschätzung abzielten, während die anderen Fragen eher die Beurteilung eines Objektes ausserhalb der eigenen Person erfragten.

In der Tabelle 19 sind die Kennwerte der Variablen des zweiten Interviews aufgeführt.

Tabelle 19: Kennwerte der Variablen des Interviews 2

		Vorbereitung	Flohmarkt	Projektwoche	Vorber. Fest	Fest	Projekt generell	Nutzen/Schaden
N	gültig	16	12	12	10	13	17	16
	fehlend	4	8	8	10	7	3	4
Mittelwert		0.41	1.17	1.83	1.15	1.27	1.91	1.63
Median		0.75	1.50	1.75	1.75	1.50	2.00	2.00
Standardabw.		1.28	1.47	0.86	1.36	1.11	0.62	1.22
Minimum		-1.50	-1.00	0.50	-1.50	-1.00	1.00	-0.50
Maximum		2.50	3.00	3.00	2.50	2.50	3.00	3.00

		Einfluss Gruppe	Stärkung/Schwächung	Selbstfindung	Beitrag	Aktivitäten Interview 2	Subjektiv Interview 2	Gesamt Interview 2
N	gültig	16	15	13	16	17	17	17
	fehlend	4	5	7	4	3	3	3
Mittelwert		1.31	1.47	1.42	1.81	1.08	1.47	1.39
Median		1.75	2.00	1.50	2.00	1.25	1.50	1.50
Standardabw.		1.00	1.16	0.81	0.48	0.80	0.91	0.57
Minimum		-1.00	-1.00	-0.50	1.00	-0.67	0.00	0.23
Maximum		2.50	3.00	2.50	2.50	2.20	2.83	2.14

Unter der Bezeichnung ‚Gesamt Interview 2‘ wurden die Mittelwerte aller 11 ausgewerteten Variablen des Interviews 2 gerechnet (Cronbach Alpha = .98)

Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet. Diese Variablen korrelieren hoch miteinander (Cronbach Alpha = .96)

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74)

N = Anzahl Probanden

Tabelle 19 zeigt, dass die TeilnehmerInnen des Tageszentrums auch im Interview 2, das ganz auf das Empowermentprojekt bezogen war, Antworten gegeben haben, die, bis auf eine Ausnahme, von den Ratern so eingeschätzt wurden, dass sich Mittelwerte zwischen den 1.15 (‚Vorbereitung Fest‘) und 1.91. (‚Projekt generell‘) ergaben. In Worten ausgedrückt bewegen sich die Werte also durchschnittlich zwischen den Stufen ‚eher positiv‘ und ‚positiv‘. Daraus ergibt sich für das gesamte Interview 2 ein Wert von 1.39. Die Mittelwerte der die entsprechenden Variablen zusammenfassende Dimensionen ‚Aktivitäten Interview 2‘ und ‚Subjektiv Interview 2‘ (1.08 bzw. 1.47) zeigen, dass der subjektive Ge-

winn, der aus dem Projekt gezogen wurde, deutlich höher eingeschätzt wurde als die Aktivitäten selber.

Die Variable ‚Vorbereitung‘ fällt demgegenüber deutlich ab (Mittelwert = 0.41). Die Antworten in Bezug auf die Vorbereitungsphase des Empowerment-Projektes wurden also von den Ratern deutlich negativer eingeschätzt. (Sie liegt zwischen den Stufen ‚neutral‘ und ‚eher positiv‘.)

In der Abbildung 6 sind die Mittelwerte und Vertrauensintervalle der 11 Variablen des zweiten Interviews graphisch dargestellt.

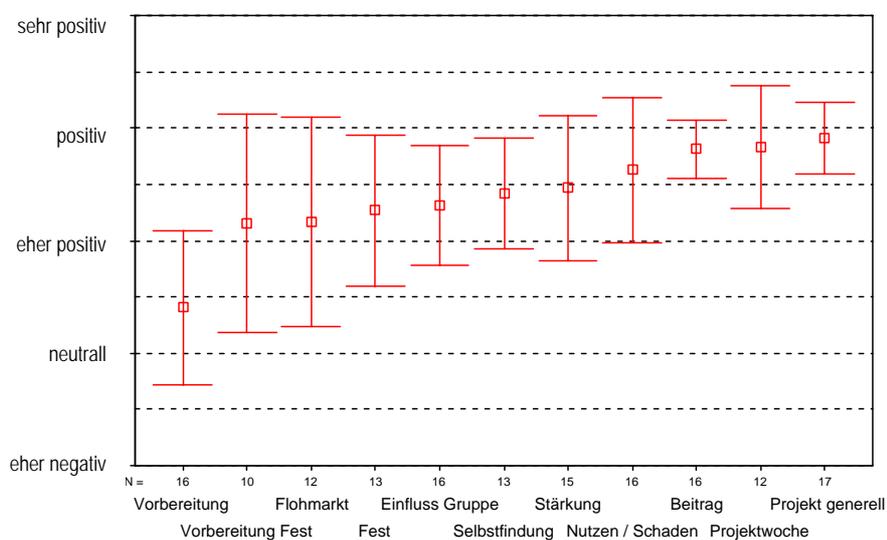


Abbildung 6. Darstellung der Mittelwerte und Vertrauensintervalle (95%) der 11 Variablen des Interviews 2 (ansteigend geordnet)

N = Anzahl Probanden

Aus der Abbildung 6 sind deutlich die hohen Zufriedenheitswerte zu erkennen, die sich aus der Auswertung der Antworten der Teilnehmer ergeben haben. Entsprechend den Ergebnissen der Zufriedenheits-Forschung (Leimkühler 1996), die aufzeigen, dass gerade im psychosozialen Bereich bei Befragungen generell hohe Zufriedenheit angegeben werden, (auch bei objektiv ungenügenden Bedingungen) dürfen solche Werte nicht zum Nennwert genommen werden. Viel wichtiger als die absoluten Werte, sind die Unterschiede in der Ausprägung der Variablen. So ist z. B. hier das im Vergleich deutlich schlechtere Feedback für die Vorbereitungszeit des Projektes von hohem Interesse (siehe Kapitel 6, Diskussion).

In der Tabelle 20 wurde mittels Varianzanalyse für gepaarte Stichproben überprüft, ob sich die Mittelwerte der elf Variablen des Interviews 2 voneinander unterscheiden. Diese Unterschiede sind gesamthaft signifikant.

Tabelle 20: Varianzanalyse für abhängige Stichproben zwischen den Variablen des Interviews 2

Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	Signifikanz
28.15	10	2.82	3.83	.000

Hier wurde das übliche varianzanalytische Berechnungsschema (Sphärizität angenommen für ANOVA mit Messwiederholung) verwendet.

Die Tabelle sagt aus, dass sich die Mittelwerte der elf untersuchten Variablen gesamthaft signifikant voneinander unterscheiden.

df = Anzahl Freiheitsgrade

In der Tabelle 21 wurden die beiden zusammenfassenden Dimensionen ‚Aktivitäten Interview 2‘ und ‚Subjektiv Interview 2‘ miteinander verglichen. Dabei zeigt sich, dass die Dimension ‚Subjektiv Interview 2‘ mit einem Mittelwert von 1.47 tendenziell besser beurteilt wird als die Dimension ‚Aktivitäten Interview 2‘ mit einem Mittelwert von 1.08. Es ergab sich aber kein signifikanter Unterschied. Diese Tendenz konnte nicht unbedingt erwartet werden. Weil im ersten Interview die eigene Entwicklung gegenüber den anderen Dimensionen des Interviews am schwächsten beurteilt worden war, hätte man erwarten können, dass auch im zweiten Interview, Variablen, die auf eine Beurteilung der eigenen Entwicklung hinausliefen, eher schwächer ausgeprägt sein würden, als andere, die ein Feedback erfragten. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese Abweichung mit einer (leichten) Euphorie zusammenhängt, die bei den Teilnehmerinnen in der ersten Zeit nach dem Projekt spürbar war.

Tabelle 21: Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben zwischen den Unterdimensionen des Interviews 2

		Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert Standardfehler	t	df	Signifikanz (2-seitig)
Paar 1	Aktivitäten Interview 2 Subjektiv Interview 2	-0.39	0.91	0.22	-1.75	16	0.099 ^t

^t p < 0. 1

Unter der Bezeichnung ‚Aktivitäten Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Vorbereitung‘, ‚Flohmarkt‘, ‚Projektwoche‘, ‚Vorbereitung Fest‘ und ‚Fest‘ gerechnet. Diese Variablen korrelieren hoch miteinander (Cronbach Alpha = .96).

Unter der Bezeichnung ‚Subjektiv Interview 2‘ wurden die Mittelwerte der Variablen ‚Nutzen / Schaden‘, ‚Stärkung‘ und ‚Selbstfindung‘ gerechnet (Cronbach Alpha = .74).

Aufgrund des kleinen N macht es keinen Sinn, alle Variablen einzeln miteinander zu vergleichen – zufällig signifikante Ergebnisse wären dabei zu erwarten. Hingegen lassen sich die Mittelwerte der beiden „Dimensionen“ „Aktivitäten“ und „Subjektiv“ miteinander vergleichen.

t = t-Wert

df = Anzahl Freiheitsgrade

4.3.4 Zusammenhang Fragebogen / Interviews

Es wurde geprüft, ob die Resultate der Fragebogenuntersuchung signifikant mit den zum gleichen Zeitpunkt durchgeführten Interviews korrelieren. Um Extremwerte in den Fragebogen nicht zu stark zu gewichten wurden nonparametrische Korrelationen nach Spearman gerechnet.

In Tabelle 22 sind die Resultate dieser Berechnung dargestellt.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Interview 1 und 2 und den Fragebogen Bf-S, SOC-L9 und FKK

	Befindlichkeit (Bf-S)	Kohärenzgefühl (SOC-L9)	Kompetenz und Kontrollüber- zeugung (FKK)
Interview 1	-.23	.62 **	.30
Interview 2	-.47^t	.61 *	-.45^t

Spearman rho ^t p<0.1 * p<0.05 **p<0.01

Bf-S = Befindlichkeitsfragebogen nach Zerssen (von Zerssen 1976). Es wurde der Mittelwert der beiden Befragungen zum jeweiligen Zeitpunkt in die Berechnung einbezogen

SOC-L9 = Fragebogen zur Ermittlung des Kohärenzgefühls (Schuhmacher et al. 2000).

FKK = Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (Krampen 1991). Es wurde die Tertiärskala (FKK SKI-PC) in die Berechnung einbezogen.

Interview 1: Die Mittelwerte der 4 Variablen des ersten Interviews wurden in die Berechnung einbezogen. (Cronbach Alpha = .67).

Interview 2: Die Mittelwerte der 11 Variablen des zweiten Interviews wurden in die Berechnung einbezogen (Cronbach Alpha = .98).

Beim Interview 2 gibt es einen tendenziellen Zusammenhang mit der Befindlichkeit ($r_{h0} = -.47$; $p < 0.1$). Je höher die Zufriedenheit mit dem Empowermentprojekt ist, desto besser ist auch die Befindlichkeit. Dieser schwache Zusammenhang könnte sich ev. daraus erklären, dass sich Teilnehmerinnen, die eine generell bessere Befindlichkeit haben, sich auch eher auf das Empowerment-Projekt haben einlassen können und darum damit auch eher zufrieden waren, oder es wäre möglich, dass sich die Zufriedenheit mit dem Projekt auf die Befindlichkeit ausgewirkt hat.

Beide Interviews korrelieren signifikant mit dem Kohärenzgefühl, das mit dem Fragebogen SOC – L9 ermittelt wurde ($\rho = 0.62$; $p < 0.01$ bzw. $\rho = 0.61$; $p < 0.05$). Das bedeutet in Bezug auf das Interview 1, dass Teilnehmer mit relativ hoch ausgeprägtem Kohärenzgefühl ihren Entwicklungsfortschritt höher einschätzen, ihr Feedback für das Tageszentrum ist besser, sie sind eher zufrieden mit ihrer Bezugsperson und sie erwarten mehr vom Empowerment-Projekt. Dieser Zusammenhang ist nachvollziehbar, weil es einleuchten kann, dass Teilnehmer, die eher von der Sinnhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit ihrer Lebenszusammenhänge überzeugt sind, auch eher positiv über das Programm, in das sie täglich involviert sind, urteilen und auch eher positiv über ein Projekt, das ihnen angekündigt wird.

Dass auch das Feedback dieser Teilnehmerinnen für das Empowerment-Projekt, nachdem es stattgefunden hat, eher positiv ist (Interview 2), kann ebenso einleuchten.

Das zweite Interview korreliert tendenziell negativ ($p < 0.1$, keine Signifikanz) mit der Tertiärskala des Fragebogens zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK). Hier hätte man eher einen umgekehrten Zusammenhang erwartet. Es hätte einleuchten können, dass Teilnehmer, die eine eher internale Kontrollüberzeugung haben, relativ unabhängig sind von Zufallseinflüssen, eine geringere Fremdbestimmung, eine relativ hohe Autonomie haben und eher aktiv, handlungsorientiert sind (Beschreibungen für einen hohen Wert in der Tertiärskala des FKK), auch eher vom Empowerment-Experiment des Tageszentrums profitiert hätten und sich darum auch eher zufrieden im Interview 2 geäußert hätten.

4.4 Qualitative Auswertung der Interviews

Die Resultate der qualitativen Analyse der Interviews werden in den folgenden Abschnitten nach folgendem Muster dargestellt:

Einer Beschreibung der Kriterien, die für die Zuteilung in die Gruppe wesentlich sind, folgen wörtliche Zitate aus den Interviews, die sie in Bezug auf das Thema Empowerment charakterisieren.

Die Darstellung wird jeweils abgeschlossen mit einer Vignette, die die Gruppe prototypisch charakterisiert.

4.4.1 ‚Nichtprofitierende‘

Die dieser Gruppe zugerechneten Teilnehmer (n = 3) hatten im zweiten Interview angegeben, dass sie vom Empowermentprozess nicht oder kaum profitiert hätten. Alle Mitglieder dieser Gruppe sind Männer, zwei sind Türken, einer ist Schweizer. (Diskussion der Bedeutung der Herkunft in diesem Zusammenhang: siehe Abschnitt 5.2.3.1). Alle sind in einem ähnlichen Alter (Spanne 47 bis 53 Jahre).

Die beiden türkischen Teilnehmer gaben an, sie hätten kaum Ideen einbringen können:

Mir und einigen anderen Teilnehmern ging es schlecht. Anderen ging es gut. Sie haben Vorschläge gemacht. (Herr F)

Während der Vorbereitung habe ich nicht viel gemacht. Ich habe nur eine Idee hinein gegeben im Bezug auf den Flohmarkt. (Herr S)

Beide türkischen Teilnehmer hatten Angst davor, mit der Gruppe in die Ferien zu fahren.

Herr C, der ‚nichtprofitierende‘ schweizer Teilnehmer wird durch das Projekt an seinen letzten Arbeitsplatz erinnert:

Mir macht es Mühe, in einem Plenum zu arbeiten. Es macht mir auch Mühe (vielleicht hat das mit der Firma zu tun, wo ich zuletzt gearbeitet habe, wo wir das auf tausend und zurück gemacht haben), Dinge ausdiskutieren, wenn es hin und her geht und es nie eine Entscheidung gibt. Es macht mir auch Mühe, in einer Arbeitsgruppe in die Rolle desjenigen gedrängt zu werden, der die Initiative ergreift. ... Es ist mir auch unangenehm, wenn nichts läuft und man nicht vorwärts kommt und man zu keinen Entscheidungen kommt.

Herr C kann dem Empowermentprozess aber auch positive Seiten abgewinnen:

Bei mir hat das Projekt Grenzen aufgezeigt. Ich habe (vorher) gedacht, dass ich gewisse Dinge lockerer nehmen kann, als ich es dann tatsächlich konnte. Gut, das war eine eher negative Erfahrung. Es war aber eine Standortbestimmung, die durchaus sinnvoll für die Wahl und das Tempo der weiteren Schritte sein kann.

Auf die Frage, wie ein nächstes Projekt aussehen könnte, sagt Herr C:

Die Teilnehmer sollten wählen können, was gemacht wird (in einem vom Team gegebenen Rahmen). Man sollte aber ganz genau schauen, wer welche Ängste und Bedenken hat und darauf reagieren.

Vignette ‚Nichtprofitierende‘ (Herr F):

Herr F ist 47 Jahre alt. Er ist in der Türkei aufgewachsen und musste als Achtjähriger die Schule verlassen, um als Strassenverkäufer Geld zu verdienen. Herr F wurde zwangsverheiratet. Später wollte er sich von seiner Frau scheiden lassen. Dadurch geriet er in einen so brutalen Konflikt mit der Familie seiner Frau und seinen Kindern, dass er in die Schweiz flüchten musste.

In der Schweiz arbeitete Herr F 13 Jahre als Hilfsarbeiter und später als Maschinenführer und Qualitätskontrolleur. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch führten zu einer Leberentzündung. Im Jahr 2000 kam es in Zusammenhang mit einem geplatzten Magengeschwür zu einem Zusammenbruch und in der Folge, wegen Suizidalität, zu stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken.

Im Tageszentrum fällt sein schlechter körperlicher Zustand und seine oft depressive Gemütsstimmung auf. Trotzdem engagiert sich Herr F im Tageszentrum PSAG entsprechend seinen Möglichkeiten meist in einem konstruktiven Sinn. Er macht allerdings auch jüngeren Frauen im Tageszentrum Geschenke und problematische Beziehungsangebote, die uns veranlassen zu intervenieren.

In Gesprächen, während den Interviews und beim Ausfüllen der Fragebogen, fällt auf, dass Herr F sich trotz nicht existierender Schulbildung und in fremder Sprache, sicher ausdrücken kann und auch komplexe schriftliche Anweisungen versteht.

Schon im ersten Interview sagt Herr F deutlich, dass er lieber das normale Programm haben möchte. Er sagt, er sei zwar offen für Verschiedenes, er habe aber keine gute Idee.

Nach dem Projekt sagt Herr F:

Mir und einigen anderen Teilnehmern ging es schlecht. Anderen ging es gut, sie haben Vorschläge gemacht. ... Ich hätte auch Ferien machen wollen, aber ich hatte zu viel Angst und konnte deshalb nicht mitkommen.

Herr F unterscheidet diejenigen, „die Vorschläge machen“ grundsätzlich von den anderen, zu denen er gehört, die keine machen. Dies zeigt deutlich, dass ihn die An-

forderung, in einer nicht begleiteten Gruppe Ideen zu generieren, überfordert hat. Herr F verliert den Anschluss und zieht sich resigniert zurück.

4.4.2 Ambivalente

Zwei Frauen und ein Mann (Altersspanne 22 – 44 Jahre), die dieser Gruppe zugeordnet wurden, reagierten schon auf die Ankündigung des Projektes ambivalent:

Es tönt gut, ich trete aber vorher aus. (Herr P)

Es fällt mir schwer, mich darauf einzulassen, weil ich ganz neu im Tageszentrum bin. (Frau N)

Alle ‚Ambivalenten‘ haben grosse Mühe mit der Vorbereitungsphase des Empowermentprojektes:

Die Besprechungen waren für mich sehr anstrengend. Es war für mich anstrengend, dass so viele Leute im Raum waren und jeder ‚seinen Senf dazu gab‘. Das war mühsam. In den Kleingruppen ging es einigermaßen. (Herr P)

Es gab immer wieder Wechsel in den Meinungen über die Themen, die bearbeitet wurden. Die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe war unterschiedlich. Es gab Tage, an denen jemand strukturierte und ordnete und andere Tage, wo das nicht passierte. Ich hatte dann das Gefühl, ich müsse einspringen, das war sehr anstrengend. (Frau N)

Alle sprechen aber auch von einem persönlichen Gewinn:

Die Projektwoche selber hat mir sehr gefallen. Nach der Woche hatte ich dann ‚lange Zeit‘, ich fand es schade, dass es schon fertig war. Ich wäre gerne länger geblieben. ... Wichtig war die Erfah-

rung, dass es noch geht in einer Gruppe und dass es auch schön sein kann und nicht nur mühsam, wie früher in der Schule. (Herr P)

Zum Teil habe ich meine Grenzen besser gespürt. Ich habe mich auch getraut, nicht einfach automatisch Dinge zu übernehmen und ein wenig passiv zu sein. Im Alltag spüre ich besser, wo ich etwas heute tun muss und wo ich es auf einen anderen Tag verschieben muss. (Frau N)

Vignette ‚Ambivalente‘ (Frau U):

Frau U ist 29 Jahre alt. Sie wurde in Südamerika geboren und im Alter von fünf Jahren von Schweizer Eltern adoptiert. Frau U durchlief die Schulen bis zur 10. Klasse in der Schweiz und liess sich anschliessend in einer zweijährigen Lehre zur Hotelfachassistentin ausbilden. Sie besuchte bisher zweimal ihre Ursprungsfamilie. Beim ersten Besuch vor sechs Jahren kam es zum ersten Ausbruch ihrer psychischen Krankheit, die heute als bipolare affektive Psychose diagnostiziert ist. Frau U musste sich bisher fünfmal in einer psychiatrischen Klinik stationär behandeln lassen. Vor der letzten Hospitalisierung arbeitete sie ganztägig in einem Hotel. Schon im ersten Interview äussert Frau U sich skeptisch zum Projekt:

Ich denke, dass es mir zu viel wäre, wenn beschlossen würde, dass alle zusammen weggehen. Ich würde dann Ferien nehmen.

Frau U kann sich andererseits durchaus vorstellen, sich in einem Teilbereich zu engagieren:

Ich könnte mir vorstellen, die Gruppe, die zusammen fortgeht, tagsüber zu besuchen. Ich kann mir aber nicht vorstellen, dort zu übernachten. ... Ich hätte Lust bei einem Flohmarkt und bei einem Gartenfest mitzumachen. Ich fände es auch toll, wenn eine Band zustande käme. Mitmachen möchte ich aber nicht bei einer Band.

Im zweiten Interview sagt sie auf die Frage, wie sie die Phasen des Projektes erlebt hat:

Es kam mir recht lang vor. Die Vorbereitungsphase hat mich manchmal fast ein wenig ‚heruntergeschlagen‘. Ich denke, wir haben einfach zu viel gewollt.

Auf die Frage, ob sie in der Projektzeit Höhepunkte erlebt habe, sagt Frau U:

Der Tag im Jura war für mich nicht ein Höhepunkt, aber es war einmal etwas anderes. Auch der Flohmarkt war eine Abwechslung.

Auf die Gegenfrage nach Tiefpunkten sagt sie:

Die Vorbereitungszeit war für mich ein Tiefpunkt. Sie war für mich zu lang. Auch die Vorbereitung des Festes war für mich ein Tiefpunkt, weil sie zu hektisch war.

Auf die Frage, ob es aus ihrer Sicht ‚Dinge‘ gegeben habe, die einen positiven Einfluss auf die Gruppe der Teilnehmerinnen hatte, gibt Frau U folgende Antwort:

Ja, dass man in Gruppen gearbeitet hat. Ich denke, dass jene, die in Cerneux waren, auch ein positives Gruppenerlebnis hatten. Während des Fests, war es auch nicht schlecht, auch für mich. Wenn ich ehrlich bin, hätte für mich sowieso alles beim Alten bleiben können. Für mich fing das zu schnell an, nach meiner Klinikzeit. Es stand auch die meiste Zeit meines (zweiten) Aufenthalts im Tageszentrum im Mittelpunkt, das war mir zu viel.

Auf die Frage, ob der Empowermentprozess zu ihrer Selbstfindung beigetragen habe, sagt Frau U:

Ja, teilweise. Manchmal übernehme ich in Gruppen das Szepter. Ich habe gemerkt, dass es keinen Spass macht, wenn man passiv bleibt. Ich denke, dass es jenen, die voll dabei waren, besser ging als jenen, die passiv blieben.

Auf die Frage, ob die Teilnehmerinnen selber bestimmt hätten, was gemacht wird, sagt Frau U:

Mir wäre es aber lieber gewesen, wenn das Team bestimmt hätte, was gemacht wird.

Auf die Frage, wie sie das Projekt als Ganzes beurteile, sagt Frau U:

Rückblickend war das Projekt für mich eine Erfahrung. Ich kam an meine Grenzen. Sie hat mir aber nicht geschadet. Positiv war für mich, dass ich mein Limit kennen lernte. Ich habe ja nicht nur Mühsames, sondern auch Positives erlebt.

Und auf die abschliessende Frage, was in einem künftigen Projekt anders gemacht werden müsste, sagt sie:

Das Team müsste mehr ‚mitauswählen‘. Das Team sollte aus den Erfahrungen lernen und Erfahrungen ein nächstes Mal einbringen, sagen, was sich das letzte Mal eher bewährt oder nicht bewährt hat. Die neue Gruppe sollte aber schon wählen können. ... Es sollte ein nächstes Mal eine intensive kurze Vorbereitung geben, zwei Wochen, während derer man jeden Tag am Projekt arbeitet. Die lange Vorbereitungszeit, während der nur zweimal pro Woche am Projekt gearbeitet wurde, war nicht günstig. ... Das Team sollte eine aktivere Rolle spielen und auch mehr schauen, dass die Arbeiten besser verteilt werden, damit sie nicht an einzelnen hängen bleiben.

Trotzdem Frau U zeitweise durch das Projekt stark überfordert wurde, gibt sie ein sehr differenziertes Feedback. Sie stellt sich eine viel kompaktere und auch enger betreute Vorbereitungszeit vor. Grundsätzlich ist sie an der Idee der Mitsprache interessiert und auch der Gruppenarbeit gegenüber ist sie aufgeschlossen. Frau U hat während des Projekts auch tatkräftig mitgearbeitet und sich dann aber teilweise überfordert. In einem künftigen Projekt bräuchte Frau U eine noch intensivere individuelle Begleitung.

4.4.3 Empowermenttypen

Die Gruppe der Profitierenden (N = 11) kann weiter in folgende Empowermenttypen unterteilt werden:

4.4.3.1 ‚Entwickler‘

Die Teilnehmer, die dieser Gruppe (n = 4) zugeteilt wurden, gaben an, sie hätten vom Empowermentprozess profitiert. Aus ihren Angaben war zudem ersichtlich, dass der Schwerpunkt ihres Gewinns im Entwickeln des Projektes lag. Die Gruppe setzt sich aus zwei Frauen und zwei Männern zusammen (Altersspanne 19 – 36 Jahre). Sie sind schon im ersten Interview dem Projekt gegenüber aufgeschlossen (wenn auch in sehr unterschiedlichem Mass):

Gut, das Projekt gibt mir Energie. Ich habe Ideen. Ich habe total Freude, dass man ein wenig selber bestimmen kann. Ich finde es eine total gute Übung, etwas selber auf die Beine zu stellen, weil ich das noch nie gemacht habe. (Frau D)

Ich finde es schön, dass wir alle zusammen etwas machen. (Herr E)

Es tönt für mich gut. (Frau H)

Die Idee, viel Verantwortung an die Teilnehmerinnen abzugeben, finde ich mutig. (Herr Y)

Sehr unterschiedlich sind die Statements in Bezug auf den persönlichen Profit aus der Entwicklung des Projektes:

Ja sicher, in einer Gruppe eine Arbeit machen, das habe ich sehr selten gemacht in meinem Leben. Die Erfahrung, dass man andere respektieren muss und dass man nicht immer seine eigenen Sachen umgesetzt haben muss. (Frau D als Antwort auf die Frage, ob sie im Projekt Erfahrungen gemacht habe, die ihr im Alltag irgendwie genützt haben.)

Doch, als ich hier bei dir im Büro an den PC durfte (lacht). Ich fand das toll, dass du mir den SBB – Fahrplan im Internet gezeigt hast. ... Ja, ich hatte keine Ahnung, wie man ein Fest vorbereitet. Jetzt weiss ich es ein wenig. (Herr E als Antwort auf verschiedene Fragen)

Ich habe gemerkt, ich kann etwas. Ich getraue mich. Telefonate an Stiftungen zu führen ist sonst nicht meine Art. Ich habe mich kompetent gefühlt. Ein weiterer Höhepunkt war das Fest und der Umstand, dass meine Drinks geschmeckt haben. ... Ich kann jetzt telefonieren, ganz egal wie viele Leute herum sind. Ich habe nicht mehr so stark Angst ‚an höhere Stellen‘ zu telefonieren und ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich für etwas fähig bin. Dass ich meine Fähigkeiten habe, das nehme ich sonst nicht so wahr. Das tönt jetzt vielleicht überheblich ... Ich habe viel gelernt. Ich habe am Telefon nicht gestottert oder peinlich getan, wie es mir sonst passiert. Ich habe einfach geplaudert so wie mir der Schnabel gewachsen ist und blieb dabei anständig. ... Ich habe herausgefunden, dass ich nicht schlecht in einer Führungsposition wäre, weil alle auf mich zugekommen sind und gesagt haben: Frau H! Frau H! Frau H!. Ich hatte Angst zu sagen, wie man etwas machen soll.

Mit der Zeit habe ich einfach gesagt, was ich denke. (Frau H als Antwort auf verschiedene Fragen)

Die Gruppe (ausgenommen Herr E) ist dem Empowermentprozess gegenüber aber auch kritisch eingestellt:

Wenn der Rahmen verändert wird, dann entwickelt man eine andere Persönlichkeit, dann wird man vielleicht nicht mehr akzeptiert. ... ich könnte die werden, die immer kritisiert...Ich könnte in eine neue Rolle kommen und nicht mehr akzeptiert werden, das macht mir Angst. (Frau D)

Vorbereitungszeit kürzen, und daran festhalten, dass wir nur diese Zeit haben. In dieser Zeit soll alles erledigt werden. (Frau H)

Eine offene Frage ist für mich, ob die Teilnehmer diese Arbeiten immer übernehmen wollten. Es waren immer nur einige, die etwas übernommen haben. ... Es müsste einfach gestrafft werden. Der Anfang und der Schluss waren gut. Der Mittelteil hing durch. In der Mitte hätte man einen aktiven Teil anregen sollen. Z.B. hätte man sich über die Dinge, die vorgeschlagen wurden, informieren können. Z.B. hätte man aktiv Unterlagen holen können. Hier hätte das Team Impulse geben sollen. (Herr Y)

Vignette ‚Entwickler‘ (Herr Y):

Herr Y ist 36 Jahre alt. Er nimmt zum zweiten Mal am Programm des Tageszentrums teil. Vor seinem ersten Eintritt war Herr Y in seiner Einzimmerwohnung weitgehend isoliert. Seine Unfähigkeit, sich beruflich zu etablieren, seine Asthmaerkrankung, sein Übergewicht, seine Cannabisabhängigkeit und (damit verbunden) seine desolate finanzielle Situation haben zu einer depressiven Entwicklung geführt, die Herrn Y verzweifeln lässt und ihn schon mehrmals in die Nähe eines Suizids geführt hat.

Schon bei seiner ersten Teilnahme nutzte Herr Y seine Zeit im Tageszentrum, um sich intensiv kreativ zu betätigen. Andererseits blieb er in seiner Sucht stecken, obwohl ihm klar war, dass er aufhören musste, weil er durch die Sucht seine Entwicklung blockierte und seine Gesundheit zusätzlich schwächte. Herr Y war unzufrieden mit sich und der Welt und liess es seine Umgebung spüren. Er beklagte sich über fast alles in einem hysterischen Ton.

Nach seinem ersten Austritt machte Herr Y einen stationären Cannabisentzug. Herr Y ist seither clean. Er arbeitete in der Folge an verschiedenen geschützten Arbeitsplätzen und bewarb sich darauf wieder im Tageszentrum. Wir (Team Tageszentrum PSAG) waren zuerst skeptisch. Sein erfolgreicher Drogenentzug überzeugte uns aber. Als Ziel vereinbarten wir die Vorbereitung auf einen bereits zugesicherten geschützten Arbeitsplatz. Herr Y plante auch, seine Bilder auszustellen. Wir sicherten ihm unsere Unterstützung zu.

Im ersten Interview, ca. einen Monat nach seinem zweiten Eintritt (die Vorbereitung hatte schon begonnen), sagt Herr Y zum Projekt:

Die Idee, viel Verantwortung an die Teilnehmer abzugeben, finde ich mutig.

Er grenzt sich aber auch klar ab:

Letzte Woche hatte ich das Gefühl auf drei Hochzeiten zu tanzen ... Ich muss Prioritäten setzen. Die Ausstellung ist auch etwas sehr Persönliches und ich habe einen Vertrag, den ich erfüllen muss.

Herrn Y wäre es eigentlich lieber, bei uns zu malen. Er hat aber die Flexibilität sich aktiv auf die Vorbereitung des Projektes einzulassen. Er sagt:

Wenn ich nichts tue und einfach nur dabei sitze ist es für mich mühsamer, als wenn ich aktiv bin. Ich versuche auch, das Projekt in eine realistische Bahn hinein zu bringen. Wenn ich das tue, habe

ich mehr davon. ... Es ist mir wichtig, Einfluss zu nehmen, auch wenn ich nicht gerne der Chef bin.

Im zweiten Interview (nach dem Projekt) gibt Y ein differenziertes Feedback.

Es war für mich interessant zu merken, dass ich mit anderen Leuten (auch mit solchen, die ich noch nicht lange kenne) etwas durchführen kann. Ich traue mir hier mehr zu als vor dem Projekt. Ich habe auch gemerkt, dass ich besser organisieren kann als ich es meinte. Ich habe auch gemerkt, dass man ein Projekt sehr schnell auf den Punkt bringen muss. Eine negative Erfahrung wurde hier schliesslich zu einer positiven.

Auf die Frage, ob das Projekt einen Beitrag zur Selbstfindung der Teilnehmer geleistet habe, sagt Herr Y:

Ich denke, dass jene, die aktiv waren, einen Schritt in diese Richtung gemacht haben. Bei mir war das der Fall, indem ich merkte, ich kann organisieren und ich kann telefonieren und um einen finanziellen Beitrag bitten. Ich und Frau H hatten zuerst Angst, das zu tun; aber es ging dann. ... Ich traue mir mehr zu als vor dem Projekt. Ich habe gemerkt, dass ich besser organisieren kann, als ich selber meinte.

Zum Projekt als Ganzes sagt Herr Y:

Ich finde die Idee sehr gut. Es müsste einfach gestrafft werden. Der Anfang und der Schluss waren gut. Der Mittelteil hing durch. In der Mitte hätte man einen aktiven Teil anregen sollen. Z.B. hätte man sich über die Dinge, die vorgeschlagen wurden, informieren können. Z.B. hätte man aktiv Unterlagen holen können. Hier hätte das Team Impulse geben sollen. Es war zum Beispiel eine gute Idee, den Zeltplatz zu besichtigen (vor dem Projekt) ... Die Idee der

Selbstorganisation finde ich gut. ... Die Gruppen wurden aber zu stark allein gelassen ... Man müsste den Leuten ein wenig mehr Unterstützung geben.

Mit seinem Entzug und seiner Drogenfreiheit, hat Herr Y zweifellos ohne direkte Unterstützung des Tageszentrums den wichtigsten Schritt für seine Rehabilitation getan. Das Interview mit ihm zeigt aber deutlich, in welchem Ausmass er nach diesem Schritt vom Projekt profitieren kann, obwohl er an der Projektwoche selber gar nicht teilgenommen hat. (Dass er sich abgegrenzt hat und klar seiner Ausstellung Priorität gegeben hat, war sicher eine Voraussetzung dafür.) Es ist auch eindrücklich, wie er den Empowermentgedanken aufgreift und differenziert wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Ideen gibt.

4.4.3.2 ‚Nutzer‘

Auch die Nutzer (N = 4) gaben an, sie hätten vom Empowermentprozess profitiert. Bei ihnen lag der Schwerpunkt des Profits aber im Nutzen des entwickelten Angebots, der Ferienwoche:

Die Ferienwoche war ein Höhepunkt. ... Die Dinge, die wir zusammen unternommen haben, das Kanufahren und die Feuer im Tipi. ... Der Umstand, dass wir als Gruppe zusammen waren, hat mich gestärkt. (Herr A)

Das Wichtigste war für mich das ‚Kämpfen mit dem Wasser‘. ... Ich fand es auch schön, dass wir einander in den Wohnwagen besucht haben. ... Ich war in der Natur und geschützt. Das war sehr schön. (Frau O)

Ich konnte wieder Hoffnung schöpfen. Ich habe Dinge getan, die ich sonst nie gemacht hätte. Z.B. habe ich zusammen mit anderen gefrühstückt und ich habe am Tagesprogramm teilgenommen. Es

war für mich eine gute Erfahrung, aktiv zu sein. ... Die Erfahrung in einer Gruppe etwas zu unternehmen war für mich wichtig. Das mache ich sonst nicht. ...Seither gehe ich viel mehr spazieren und ich habe auch mehr Freude am Leben, wegen der Erfahrung, dass man mit Leuten zusammen etwas erreichen kann. (Herr R)

Vignette Nutzerinnen (Frau T):

Frau T ist 20 Jahre alt. In ihrem 7. Lebensjahr trennten sich die Eltern. Frau T sagt, dass sie sehr darunter gelitten habe. Als Kind sei sie sehr angepasst und ruhig gewesen. Sie sei in der Schule auch eine Aussenseiterin gewesen und habe wenig Kontakt gehabt.

Im 10. Schuljahr kam es zu einer heftigen Krise. Frau T hat sich in ihr Zimmer zurückgezogen und weigerte sich, in die Schule zu gehen. Ein Klinikeintritt wurde notwendig. In der Klinik, va. in der Rehabilitationsstation, in die sie verlegt wurde, veränderte sich das Verhalten von Frau T stark. Sie wurde laut und äusserte sich oft in einem abfälligem Ton. Ihr Verhalten wirkte unreflektiert und läppisch. Diagnostisch wurde der Verdacht einer hebephrenen Schizophrenie formuliert.

Zu Beginn ihrer Teilnahme am Programm des Tageszentrums PSAG war dieses spontane, aber auch vorlaute, provozierende Verhalten bei Frau T dominant. Sie schäkerte auch hemmungslos und zum Teil übergriffig mit den meisten männlichen Teilnehmern. In Einzelgesprächen und klar Themen bezogenen Gruppengesprächen konnte sie sich aber auch ernsthaft und reflektiert beteiligen und war sogar fähig, sinnvolle, adäquate Ratschläge an andere Teilnehmerinnen zu geben. Ihr zum Teil läppisches Verhalten wurde von uns (Team) daher eher als Kompensation einer überangepassten Jugendzeit, denn als krankhaftes Verhalten gesehen.

Im ersten Interview sagt sie über ihre Teilnahme im Tageszentrum:

Ich habe hier gemerkt, dass viele mich gut mögen. Das habe ich in der Schule nicht so erlebt. Vor allem habe ich nicht so viel erlebt, dass ich akzeptiert werde. Hier fühle ich mich wohl. Ich werde akzeptiert.

In Bezug auf das Empowermentprojekt äussert sie sich offen und unbeschwert:

Ich finde das gut. Ich lasse es auf mich zukommen.

Im zweiten Interview sagt sie auf die Frage, wie sie die Phasen des Projektes erlebt hat:

Die Vorbereitungszeit dauerte zu lange. ... Die Projektwoche selber hat mir sehr gut gefallen. Sie hat mir Freude gemacht, trotzdem ich zeitweise krank war. Die Stimmung am Abend fand ich toll. Nur eines hat mich gestört, dass alle im Sanitärgebäude duschen mussten. Es hatte dort Glasbausteine die lichtdurchlässig sind. Das gab mir beim Duschen zuwenig Schutz.

Auf die Frage, ob es ‚Dinge‘ gegeben habe, die einen positiven Einfluss auf die Gruppe hatten, sagt Frau T:

Ja, die gute Stimmung hatte einen positiven Einfluss. Es war auch positiv, dass wir uns gegenseitig in den Wohnwagen besucht haben, um zusammen zu sprechen und zusammen Musik zu hören. Wir haben auch über unsere Krankheiten gesprochen und darüber, wie sie sich unterschiedlich auswirken. Auch über die Vergangenheit, z.B. über die Schulzeit, haben wir gesprochen. Wir hatten mehr Zeit dafür, als wir es im Alltag haben.

Auf die Frage, ob das Projekt einen stärkenden Einfluss gehabt habe, sagt Frau T:

Ja, alle waren anders, zuvorkommender und freundlicher als sonst. Da hat man gemerkt, dass man nicht allein ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich nicht allein bin mit meinen Sorgen oder Krankheiten. Wir waren für einander da und haben einander geholfen. Es ist wichtig, dass man sich um einander kümmert.

Auf die Frage, ob das Projekt etwas zu ihrer Selbstfindung beigetragen habe, sagt Frau T:

Ja. Y hat mir z.B. von seinen Problemen erzählt und ich habe ihm von mir erzählt. So habe ich etwas über mich, über meine Stärken und Schwächen herausgefunden.

Auf die Frage, ob aus ihrer Sicht während des Projekts wirklich die Teilnehmer bestimmt hätten, was gemacht wird, sagt sie:

Ja. Ich habe aber die anderen sprechen lassen und mich überraschen lassen. Ich hatte das Gefühl, dass das Team und die Teilnehmer gemeinsam bestimmen, was gemacht wird. Auch in Bezug auf die Arbeit, hatte ich das Gefühl, dass sie vom Team und den Teilnehmern gemeinsam gemacht wird. Die Teilnehmer mussten aber doch das meiste machen.

Auf die Frage, was in einem späteren Projekt anders gemacht werden müsste, sagt Frau T:

„Die Vorbereitungszeit müsste kürzer sein. Auch das Ideensammeln müsste kürzer sein und es sollte dann schneller in Arbeitsgruppen gearbeitet werden.“

Frau T gibt ein differenziertes Feedback auf das Empowermentprojekt des Tageszentrums. Auch für sie war die Vorbereitungszeit zu lang und zu wenig dynamisch. Sie ist diesbezüglich aber auch erstaunlich gelassen. Wichtig war ihr vor allem die Ferienwoche selber.

4.4.2.3 ‚Entwickler/Nutzer‘

Dieser Gruppe (N = 3) profitiert ungefähr gleichmässig vom Entwickeln als auch vom Nutzen des Projekts. Bereits im ersten Interview ist diese Gruppe unbeschwert positiv eingestellt. Die Entwickler/Nutzerinnen definieren sich bereits in dieser Phase als (potentiell) Handelnde.

Ich denke, wir werden nachher zufrieden sein, dass wir etwas geschafft haben. ... Mir ist es wichtig, ein handfestes Resultat vom Projekt zu haben. (Herr Q)

Etwas zusammen machen ist immer gut. ... Wir müssen schauen, was möglich ist mit so vielen Leuten. (Herr Z)

Alle Entwickler/Nutzerinnen geben im zweiten Interview ein mehr oder weniger differenziertes Feedback in Bezug auf den Nutzen, den sie aus dem Projekt gezogen haben:

Es kann sein, dass mein Vertrauen ein wenig gewachsen ist. ... Wir haben uns viel vorgenommen und haben alles erreicht. (Herr Q)

Die Vorbereitung war spannend. Ich hätte nie erwartet, dass so etwas herauskommt. Es war für mich überraschend, dass sich durch Sitzungen, durch verschiedene Ideen so etwas ergibt, das war für mich überraschend. ... Es hat mir Power gegeben. Es war wie eine Erholung, weil es so toll war. (Herr Z)

Es fällt auf, dass in dieser Gruppe nur Männer sind, deren psychische Erkrankung durch eine massive sekundäre Störung begleitet wird. Herr Z hat über lange Zeit illegale Drogen konsumiert, Herr K ist eine Zeitlang mit Sachbeschädigungen auffällig geworden und Herr Q hatte zum Zeitpunkt der Interviews ein Alkoholproblem. Diese nur an drei Teilnehmern gemachte Beobachtung lässt sich natürlich nicht generalisieren, sie könnte aber doch darauf hinweisen, dass möglicherwei-

se im Sinne einer ‚Doppeldiagnose‘, belastete Menschen auch von anderen, ähnlich gelagerten Projekten profitieren könnten.

Alle drei Teilnehmer dieser Gruppe sind während der ganzen Zeit des Projektes aktiv und sind, viel stärker als sonst, in die Gruppe integriert. Am stärksten fällt das bei Herrn K auf, der durch das Projekt gar eine Zeitlang in das Zentrum der Gruppe katapultiert wurde (siehe unten). Aber auch Herr Q ist während des Projekts viel aktiver als sonst. Seine, ihn in anderen Zusammenhängen stark einschränkende, Sozialphobie, hinderte ihn nicht daran, sich während der Projektzeit überdurchschnittlich zu engagieren. Nach dem Projekt zog sich Herr Q allerdings bald wieder immer mehr zurück. Auch Herr Z ist während des Projekts überdurchschnittlich initiativ:

Es hat mir Power gegeben. Es war wie eine Erholung, weil es so toll war. ... Mir ging es gut und ich war motiviert weiterzumachen.

Vignette ‚Entwickler/Nutzerinnen‘ (Herr K):

Herr K ist 25 Jahre alt. Er musste kurz vor dem Abschluss die Handelsschule abbrechen und konnte sich wegen einer psychotischen Erkrankung bisher nicht in eine weitere Ausbildung integrieren. In seiner schlimmsten Krise hat Herr K seiner Not durch Sachbeschädigungen Ausdruck gegeben.

In der ersten Zeit im Tagszentrum war er am Morgen ausserordentlich müde. Er kam oft zu spät und musste sich während des Programms hinlegen. Dabei ist Herr K sportlich. Er nimmt an Volksläufen teil. Sein berufliches Interesse gilt Tieren und der Tierpflege. Durch seine ruhige, zurückgezogene Art war Herr K zu Beginn im Tagszentrum von den anderen Teilnehmern zwar gut gelitten, aber eher am Rand der Gruppe.

Durch den Empowermentprozess rückte er unerwartet ins Zentrum des Interesses, weil sein Vorschlag (Ferienwoche in Cerneux im Jura) die Mehrheit der Teilnehmergruppe fand und weil er sich kompetent an den Vorbereitungen beteiligte. Seine Müdigkeit ging zurück, so dass eine regelmässige Teilnahme am Programm des Ta-

geszentrums möglich wurde. Vier Monate nach dem Projekt organisierte sich Herr K aus eigenem Antrieb eine Volontariatsstelle im zoologischen Garten. Es gelang ihm, dieses dreiwöchige Vollzeit-Volontariat durchzuhalten und er meldete positive Eindrücke und Erfahrungen zurück.

Im ersten Interview sagt er:

Ich würde gern irgendwo hingehen, wo ich noch nie war, am liebsten nach Australien. ... Schauspielern kann ich nicht. Ich müsste einen Schauspielkurs machen, bevor ich auf der Bühne auftreten würde.

Und im zweiten Interview:

Schwierig war es, in Cerneux anzurufen, so etwas habe ich vorher noch nie gemacht. ... Es tat der Gruppe gut, dass wir in Cerneux waren. Man hat sich besser kennen gelernt. ... Ich fand es gut, dass die Teilnehmer selber bestimmen konnten, was gemacht wird.“

Für Herrn K war der Empowermentprozess ein Glücksfall. Im ersten Interview fällt seine grosse Offenheit auf und die Art, wie er zwar Vorbehalte gegen ein Theaterprojekt anmeldet, aber gleichzeitig weiss, wie er diese Vorbehalte überwinden könnte. Herr K blüht während der Vorbereitungsarbeiten förmlich auf. Er macht Werbung für den Zeltplatz in Cerneux, den er kennt, weil er dort ein halbes Jahr im Team mitgearbeitet hat. Er übernimmt es kompetent, mit Cerneux Kontakt aufzunehmen und die relevanten Informationen zu erfragen. Durch das Projekt hat sich Herr K in der Teilnehmergruppe nachhaltig profilieren können.

5 Diskussion

5 Diskussion

5.1 Methodische Diskussion

Der Kern der vorliegenden Studie, das in Abschnitt 3.3 beschriebene Empowermentprojekt, kann als qualitatives Feldexperiment (Mayring 1996, S. 39ff) bezeichnet werden. In gezielt veränderten Rahmenbedingungen hatten die Teilnehmerinnen des Tageszentrums PSAG die Gelegenheit, ein Projekt vorzubereiten und durchzuführen. Als Leiter des Tageszentrums war ich an diesem Prozess unmittelbar beteiligt und führte auch die Begleitforschung durch. Dieses Design hat Vor- und Nachteile.

Ein positiver Aspekt war der Umstand, dass sich, abgesehen von der Intervention, im Tageszentrum wenig änderte. Zudem kannte ich alle Teilnehmer aus der täglichen Arbeit und die Interviews wurden in einer vertrauten Umgebung durchgeführt. Allgemein kann gesagt werden, dass die Intervention optimal in den Alltag der Teilnehmerinnen eingebettet war.

Andererseits ist es natürlich auch ein Vorteil, wenn Forscherinnen von aussen beigezogen werden können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Abhängigkeitsverhältnis, das zwischen mir und den Teilnehmern besteht, die Interviews beeinflusst hat. Aussenstehende Forscher hätten möglicherweise Kritischeres über das Tageszentrum und über das Empowermentprojekt erfahren. Allerdings zeigen Studien zur Patientenzufriedenheit (Leimkühler 1996), dass Patientinnen auch externen Forscherinnen, unabhängig von den tatsächlichen Verhältnissen, konstant berichten, sie seien zufrieden. Das Konstrukt ‚Patientenzufriedenheit‘ muss also, unabhängig vom Verhältnis des Forschers zu den Patienten, kritisch hinterfragt werden, vor allem wenn es global und nicht differenziert erhoben worden ist.

Die befragten Teilnehmer wussten zudem, dass die Idee des Projektes von mir kam. Sie konnten auch annehmen, dass mir das Projekt wichtig war. Dies mag einen Einfluss auf die Antworten auf die Interviewfragen gehabt haben. Die vielen kritischen Antworten zur Vorbereitungsphase des Projektes zeigen aller-

dings, dass ein solcher Einfluss kritische Stellungnahmen nicht grundsätzlich verhindert hat.

Auf einer anderen Ebene hat die Tatsache, dass das Team des Tageszentrums PSAG mit dem Empowermentprojekt erste Erfahrungen mit dem Empowermentansatz gesammelt hat, möglicherweise die Antworten zum Projekt beeinflusst (für das Team ging nur eine kurze Einführung in den Ansatz voraus). Ein in dieser Hinsicht erfahreneres Team hätte wahrscheinlich die Vorbereitungsphase des Projektes anders gestaltet.

Die quantitative Auswertung der Interviews ermöglichte es, die Interviews in Beziehung zu den Resultaten der Fragebogenerhebung zu bringen. Inhaltlich ergiebiger war natürlich die qualitative Auswertung der Interviews (Kapitel 4.4). Die Antworten auf die Interviewfragen mögen aus den erwähnten Gründen zwar positiv gefärbt sein, sie sind aber inhaltlich meist differenziert. Man erfährt die Gründe für positive und negative Bewertungen. Diese Gründe nicht ernst zu nehmen, hiesse, die befragten Teilnehmer nicht ernst zu nehmen.

5.2 Inhaltliche Diskussion

5.2.1 Diskussion der Resultate der Fragebogenerhebung

Befindlichkeit

Die Befindlichkeit der Teilnehmerinnen wurde jeweils vor und nach den Interviews erhoben. Nach dem ersten Interview war die Befindlichkeit signifikant verbessert (Tabelle 10). Dies hat sich wahrscheinlich positiv auf die Qualität der Antworten ausgewirkt.

In Bezug auf das zweite Interview ergab sich ein schwacher Zusammenhang ($p < 0.1$) zwischen der Befindlichkeit und den Antworten auf die Interviewfragen (Tabelle 22). Teilnehmer mit besserer Befindlichkeit gaben also Antworten, die von den Ratern tendenziell positiver bewertet wurden, als jene mit schlechterer Befindlichkeit. Diese Tendenz könnte darauf hinweisen, dass jene

Teilnehmer, die zum Zeitpunkt des zweiten Interviews eine bessere Befindlichkeit aufwiesen, generell eine bessere Befindlichkeit hatten und daher auch besser vom Empowermentprojekt profitieren konnten.

Kohärenzgefühl

Interessant ist, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls (SOC = Sense of coherence) signifikant mit den Antworten des ersten und des zweiten Interviews korrelieren (Tabelle 22). Wer also eher die Tendenz hat, einen Sinn im Leben zu sehen, beurteilt das Tageszentrum positiver und ist aufgeschlossener in Bezug auf das Empowermentprojekt (Interview 1).

Wer im Leben eher einen Sinn sieht, profitiert aber auch eher vom Empowermentprojekt (Interview 2). Dieses Profitieren lässt sich auf zwei Arten erklären:

1. Die Teilnehmer mit einer höheren Ausprägung des Kohärenzgefühls sind gesünder und profitieren, weil sie gesünder sind, eher vom Empowermentprojekt. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit ist empirisch gut belegt. (Bengel 2001, S. 87). Menschen mit einem hohen SOC sind z.B. weniger ängstlich und weniger depressiv als solche mit einem niedrigen SOC. (Im Gegensatz zu Antonovskys Aussagen ist ein solcher Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit viel weniger eindeutig.)
2. Teilnehmerinnen mit hohem SOC profitieren eher vom Projekt, weil sie es eher als Herausforderung, denn als Belastung ansehen. Auch der Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Kohärenzgefühls und der Neigung, Ereignisse und Anforderungen eher als Herausforderung und weniger als Belastung wahrzunehmen, ist empirisch gut belegt (Bengel 2001, S. 87) Diese zweite Erklärung würde viel deutlicher als die erste darauf hinweisen, dass der Sinndimension in der psychosozialen Rehabilitation ein hoher Stellenwert zukommt.

Die vorliegende Studie kann zwar nicht nachweisen, dass, wer dem Empowermentprojekt gegenüber aufgeschlossen gegenübersteht und von ihm profitiert, generell in Bezug auf seine Rehabilitation erfolgreicher ist. Ein solcher Schluss ist aber naheliegend, weil das Projekt Anforderungen stellte, die sich auch stellen, wenn Schritte in Richtung Rehabilitation unternommen werden. Zu nennen sind hier folgende Herausforderungen:

- sich einem Neuen, Unbekannten aussetzen
- Frustrationen aushalten
- Unklarheiten aushalten
- sich mit einer (nicht begleiteten) Gruppe auseinandersetzen
- in einer Gruppe von Peers eine Rolle finden und diese aushalten oder verändern
- sich einbringen vs. sich zurückhalten

Vorausgesetzt, dass sich der hier vermutete Zusammenhang zwischen ‚Sinnfindung‘ und ‚erfolgreicher Rehabilitation‘ bestätigt, ergibt sich für die mit psychosozialer Rehabilitation befassten Institutionen die Forderung, die Klientinnen in diesem Bereich konsequent und gleichzeitig freilassend zu unterstützen.

Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

Der Vergleich der beiden Interviews mit der Ausprägung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung ergab keinen eindeutigen Zusammenhang (Tabelle 22). Die Tertiärskala des Konstruktes korrelierte zwar schwach negativ ($p < 0.1$) mit dem zweiten Interview, dieser Zusammenhang war aber in Bezug auf das erste Interview nicht gegeben. Das erste Interview korrelierte sogar positiv (ohne Signifikanz) mit dieser Skala. Wegen der inhaltlichen Verwandtschaft der beiden Interviews wäre hier ein gleich gerichteter Zusammenhang zu erwarten gewesen. Auch die Untersuchung der einzelnen Dimensionen des Fragebogens, in Bezug

auf einen Zusammenhang mit den Interviews, führte zu keinem positiven Ergebnis. Die vorliegende Studie kann also keinen Zusammenhang zwischen der Qualität der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung und den Interviews nachweisen.

Dieser Befund könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass das Empowermentprojekt des Tageszentrums PSAG darauf angelegt war, Empowerment auf der kollektiven Ebene (und nicht in Einzelsettings) zu fördern. In zahlreichen Interviews wird die Bedeutung der kollektiven Ebene der Erfahrungen, die während des Projekts gemacht wurden, deutlich hervorgehoben. Das Konstrukt Kompetenz- und Kontrollüberzeugung bezieht sich aber auf die individuelle Ebene. Einen Erfolg internal zu erklären, heisst z.B., ihn auf die eigenen Fähigkeiten zurückzuführen.

Der individuelle Profit des Projektes ergab sich aber für die Teilnehmer vor allem aus der Gruppenerfahrung. Entscheidend war ob man/frau es schaffte oder nicht schaffte, sich in mindestens eine der Arbeitsgruppen oder in die Gesamtgruppe zu integrieren. Diese entscheidenden Gruppenerfahrungen werden wahrscheinlich durch das erwähnte Konstrukt, eben weil es stark auf die individuelle Ebene fokussiert, kaum gespiegelt.

Das Konstrukt Kohärenzsinn hingegen misst, in welchem Ausmass man Vertrauen hat, dass das Leben vorhersehbar und erklärbar ist. Damit transzendiert es in viel stärkerem Mass als das Konstrukt Kontrollüberzeugung das Individuum. Die Suche nach dem Sinn weist über den Einzelnen hinaus (Frankl 2002). Es geht um die Bedeutung des Einzelnen für andere.

5.2.2 Diskussion der quantitativen Auswertung der Interviews

In den Abbildungen 5 und 6 sind die Mittelwerte und Vertrauensintervalle des Feedbacks der Teilnehmer in Bezug auf die Variablen des ersten bzw. des zweiten Interviews graphisch dargestellt. Die hohen Zufriedenheitswerte, die in den Abbildungen dargestellt sind, dürfen aber nicht unkritisch hingenommen werden. Leimkühler (1996, S. 766) schreibt in Bezug auf Psychiatrie-Patienten:

Unabhängig von Diagnose und Gesundheitssystem ergibt sich bei Befragungen der globalen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung/dem Klinikaufenthalt durchgängig eine hohe Zufriedenheit der Patienten, wobei die Zufriedenheitsraten kaum unter 90 % liegen.

Die Unterschiede der Mittelwerte geben aber wichtige Hinweise. So ist in Bezug auf das erste Interview der Mittelwert der Variablen ‚Entwicklung‘ deutlich niedriger als die übrigen Werte (Abbildung 5). Die eigene Entwicklung seit dem Eintritt ins Tageszentrum wird also deutlich schlechter eingeschätzt als die eigene Aufgeschlossenheit für das Projekt, schlechter auch als die Qualität der Zusammenarbeit mit der Bezugsperson und schlechter als die Qualität des Programms des Tageszentrums. Dies könnte einen Befund bestätigen, der sich aus der Befragung mit dem Kompetenz- und Kontrollfragebogen ergab, der auf ein unterdurchschnittliches Selbstvertrauen der untersuchten Teilnehmerinnen des Tageszentrums hindeutet (Kapitel 4.1.3.1).

In Bezug auf das zweite Interview fällt die Variable ‚Vorbereitung‘ deutlich ab (Abbildung 6). Die sechswöchige Vorbereitungszeit der Ferienwoche wird also relativ schlecht bewertet. In dieser Phase arbeitete das Team, mehr noch als in der Ferienwoche selber, nicht im gewohnten Rahmen, sondern beschränkte sich, wo möglich, auf eine Moderatorenrolle.

Dieses Feedback auf die Vorbereitungszeit gibt einen Hinweis darauf, dass diese neue Art der Zusammenarbeit mit den Teilnehmern sorgfältig weiterentwickelt werden muss. Die vielen relativ kritischen Äusserungen zur Vorbereitungszeit (Abbildung 6) zeigen auch, dass die Teilnehmerinnen durchaus zu differenziert kritischer Stellungnahme fähig sind. Dieses Resultat steht in einem gewissen Widerspruch zum oben stehenden Zitat von Leimkühler. Leimkühler hat allerdings hauptsächlich die aus den USA stammende Forschung zur Patientenzufriedenheit untersucht, die sich an der marktwirtschaftlichen Konsumentenforschung orientiert (Leimkühler 1996, S. 765). Wenn Psychatriepatienten nicht einfach befragt werden, sondern sich in Interviews persönlich äussern können, ergibt sich ein differenziertes Feedback auf psychosoziale Angebote, die durch-

aus nicht einseitig positiv ausfallen. Auch in der Arbeit von Baer et al. (2003) wird dies auf eine eindrückliche Art deutlich.

Dass auf der anderen Seite im zweiten Interview die Variable ‚Projekt generell‘ die höchste Ausprägung aufweist, dass also das Projekt als Ganzes sehr positiv beurteilt wurde, lässt darauf schliessen, dass die Teilnehmerinnen trotz diesen Schwierigkeiten in der Vorbereitungszeit, die Stossrichtung des Projektes begrüßen.

5.2.3 Diskussion der qualitativen Auswertung der Interviews

Aus der qualitativen Auswertung der Interviews zeigt sich, dass ein relativ grosse Gruppe von Teilnehmerinnen nicht vom Empowerment-Experiment profitiert oder ambivalent darauf reagiert. Ihnen ist bei ähnlich gelagerten Projekten spezielle Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist wichtig, sie zu identifizieren und ihnen gegebenenfalls Alternativen anzubieten, ohne sie vom Projekt auszuschliessen. Generell sollten Empowerment-Projekte den ‚Eigensinn‘ der Klienten (Bock 2004) respektieren und nach Möglichkeit fördern.

In Bezug auf die vom Projekt profitierenden Teilnehmerinnen lassen sich, wenn man gleichsam ‚einen Schritt zurück tritt‘, unabhängig von den Empowermenttypen (Kapitel 4.4.3) vier ‚Achsen der Gesundheitsförderung durch Empowerment‘ bestimmen, die diese Typen transzendieren.

1. Achse: Erfahrungen in einer Gruppe von Peers machen:

‚Man hat sich gegenseitig respektiert‘.

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass viele Teilnehmerinnen den Erfahrungen, die sie in der Gruppe von Peers machen konnten, einen grossen Stellenwert beimessen. Dies kann mit vielen Interviewäusserungen belegt werden, einige seien zitiert:

Es war für mich ein gutes Gefühl, längere Zeit mit Leuten zusammen zu sein. Man hat sich gegenseitig respektiert (Herr Q).

Da hat man gemerkt, dass man nicht allein ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich nicht allein bin mit meinen Sorgen oder Krankheiten. Wir waren füreinander da und haben einander geholfen. Es ist wichtig, dass man sich um einander kümmert (Frau T).

Ich habe schnell Psychosenängste. Ich spüre dann, dass es kommt. Ich habe Angst, ich könnte in einer Psychose landen. Weil Leute dabei waren, konnte ich es besser ertragen, als alleine (Herr Z).

Ich habe aber gemerkt, dass es mir in einer Gruppe nicht nur schlecht gehen muss (Herr P).

Die Erfahrung, in der Gruppe aktiv zu sein, hat jenen, die die Ressource hatten, sie zu nutzen, auf unterschiedlichen Ebenen profitieren lassen. Der gegenseitige Respekt scheint sich in einem solchen Setting deutlich intensivieren zu können. Auch die Erfahrung, nicht allein zu sein mit seiner Krankheit, wird durch die Zusammenarbeit mit Peers intensiv erfahren. Herr Z erwähnt sogar, dass ihm das Zusammensein mit anderen hilft, mit einem drohenden psychotischen Schub besser fertig zu werden.

Andere Teilnehmer erwähnen auch Ängste und Schwierigkeiten, die sie mit Gruppensituationen haben.

Manchmal wurde es mir in der Gruppe auch zuviel. Ich musste mich dann zurückziehen (Herr P).

Es war wirklich die Gruppe, die bestimmte. Ich hatte aber Mühe mit der Situation (Frau D).

Trotz diesen Einschränkungen (die eine Herausforderung sein können für das beteiligte Fachpersonal und die Gruppe der Peers) zeigt sich hier ein grosses Potential psychosozialer Arbeit.

In Bezug auf die Empowermenttypen fällt auf, dass die ‚Entwickler‘ vor allem Arbeitsbeziehungen positiv erwähnen. Am meisten wird die Arbeit in Zweiergruppen als effektiv und bereichernd hervorgehoben. Die Gespräche, die sich in diesem Rahmen entwickelten, werden als wichtig bezeichnet. Aus ihnen entwickeln sich Einsichten und durch sie werden Gemeinsamkeiten entdeckt.

Die ‚Nutzer‘ hingegen geniessen das Zusammensein in der Grossgruppe. Sie sind viel stärker an Beziehungen interessiert als daran, gemeinsam Ziele zu erreichen. Entsprechend betonen sie die Qualität des Zusammenseins. Das gemeinsame Erlebnis und der Gedankenaustausch, mit mehreren Leuten gleichzeitig, ist für sie bedeutungsvoll.

Die dritte Gruppe der Profitierenden, die ‚Entwickler/Nutzer‘, haben die Fähigkeit, sich auf beide dieser Möglichkeiten, positive Erfahrungen mit Peers zu machen, einzulassen und von ihnen zu profitieren.

2. Achse: Fähigkeiten (wieder-) entdecken:

‚Ich habe gemerkt, ich kann etwas‘

In den Interviews lassen sich viele Berichte von Entdeckungen oder Wiederentdeckungen von Fähigkeiten finden. Einige Beispiele:

Ja, ich hatte keine Ahnung, wie man ein Fest vorbereitet. Jetzt weiss ich es ein wenig (Herr E).

Ich und C. hatten zuerst Angst, das zu tun; aber es ging dann (Herr Y).

Es war für mich interessant zu merken, dass ich mit anderen Leuten (auch mit solchen, die ich noch nicht lange kenne) etwas durchfüh-

ren kann. Ich traue mir hier mehr zu als vor dem Projekt. Ich habe auch gemerkt, dass ich besser organisieren kann, als ich es meinte. Ich habe auch gemerkt, dass man ein Projekt sehr schnell auf den Punkt bringen muss (Herr Y).

Ich habe gemerkt, ich kann etwas. Ich getraue mich. Telefonate an Stiftungen zu führen ist sonst nicht meine Art. Ich habe mich kompetent gefühlt (Frau H).

Ja, die Erfahrung mit einer Gruppe zusammen irgendwo hin zu gehen. Das fand ich gut. Seit sechs Jahren habe ich das nicht mehr gemacht. Wichtig war die Erfahrung, dass es noch geht in einer Gruppe und dass es auch schön sein kann und nicht nur mühsam, wie früher in der Schule (Herr P).

Ich habe das daran gemerkt, dass ich Kontakte knüpfen konnte (Herr P auf die Frage, ob ihn das Projekt gestärkt oder geschwächt habe.)

Ich habe Dinge getan, die ich sonst nie gemacht hätte. Zum Beispiel habe ich zusammen mit anderen gefrühstückt und ich habe am Tagesprogramm teilgenommen (Herr R).

Es war für mich eine gute Erfahrung, aktiv zu sein. ... Die Erfahrung, in einer Gruppe etwas zu unternehmen, war für mich wichtig. Das mache ich sonst nicht (Herr R).

Auch hier sind die ‚Entwickler‘ ganz auf eine Tätigkeit oder ein Ziel hin orientiert und betonen, dass sie auf diesem Weg Fähigkeiten bei sich neu entdecken, während die ‚Nutzer‘ von Fähigkeiten sprechen, die sich auf das ‚Sein in der Gruppe‘ beziehen. Sie entdecken, dass sie sich in einer Gruppe (zeitweise) wohl fühlen können und dass sie respektiert werden.

3. Achse: Selbsterkenntnis gewinnen:

„Ich habe Erfahrungen gemacht, an denen ich ein wenig arbeiten kann.“

Durch das ungewohnte Setting und die intensivere Zusammenarbeit mit Peers machen die Teilnehmerinnen neue Erfahrungen, die ihnen teilweise auch neue Erkenntnisse über sich selber ermöglichen. Das Feedback der Peers scheint dabei eine besondere Rolle zu spielen.

Mit der Zeit habe ich einfach gesagt, was ich denke. Viele haben wahrgenommen, was ich kann und was ich nicht so kann (Frau H).

Zum Teil habe ich meine Grenzen besser gespürt. Ich habe mich auch getraut, nicht einfach automatisch Dinge zu übernehmen und ein wenig passiv zu sein. Im Alltag spüre ich besser, wo ich etwas heute tun muss und wo ich es auf einen anderen Tag verschieben muss (Frau N).

Ich fand es eine gute Erfahrung, sich in einer anderen Situation kennen zu lernen. Ich hatte aber Mühe damit, dass ich mit der Situation nicht zu Rande kam (Frau D).

4. Achse: Kritisches Bewusstsein schärfen:

„Das müsste man das nächste Mal straffen.“

Die Teilnehmer wurden während des Empowerment-Projekts in Brainstormings und den Interviews mehrmals zu ihren Ideen und zu ihren Einschätzungen befragt. Dies mag zur Schärfung ihres kritischen Bewusstseins beigetragen haben, die in vielen Äusserungen zum Ausdruck kam:

Die Vorbereitungszeit fand ich zu lange, das hat mich genervt. Mit der Zeit hatte ich überhaupt keine Lust mehr. Ich habe in meiner Gruppe zusammen mit Y praktisch alles allein erledigt. Plötzlich hatte ich genug und ich habe gesagt, so jetzt macht ihr einmal etwas. Dann hatte ich ein schlechtes Gewissen und nahm ein Stück weit die Sache wieder in die Hand. Vorbereitungszeit kürzen und daran festhalten, dass wir nur diese Zeit haben. In dieser Zeit soll alles erledigt werden. Sonst war es sehr gut, dass wir herausgefordert wurden (Frau H).

Es müsste einfach gestrafft werden. Der Anfang und der Schluss waren gut. Der Mittelteil hing durch. In der Mitte hätte man einen aktiven Teil anregen sollen. Z.B. hätte man sich über die Dinge, die vorgeschlagen wurden, informieren können. Z.B. hätte man aktiv Unterlagen holen können. Hier hätte das Team Impulse geben sollen. Es war z.B. eine gute Idee, den Zeltplatz zu besichtigen vor dem Projekt (Herr Y).

Es gibt im psychosozialen Bereich verschiedene Wege der Gesundheitsförderung. Neben den Programmen psychotherapeutischer ausgerichteter Institutionen sind hier die Kunsttherapie und die arbeitstherapeutischen Programme zu nennen. Der Empowerment-orientierte Ansatz, der in dieser Arbeit beschrieben wird, hat Schwerpunkte in den oben beschriebenen ‚Achsen‘. Nicht alle Klientinnen profitieren von ihm und jene, die profitieren, tun es als differenzierte ‚Empowerment-typen‘ auf unterschiedliche Art (Kapitel 4.4). Dabei hat es sich gezeigt, dass Empowerment auch bedeuten kann, sich zwar in Teilbereichen des Projektes zu engagieren, sich aber gegen andere Teilbereiche abzugrenzen. Gerade auch jene Teilnehmer des Tageszentrums, die sich erfolgreich dagegen abgegrenzt haben, am Ferienprojekt teilzunehmen, berichten teilweise von grossen Fortschritten, die sie während der Entwicklung des Projektes gemacht haben (Kapitel 4.4.3.1).

5.3 Auswirkungen des Empowerment-Experimentes und der Studie

5.3.1 Auswirkungen auf das Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

Den Abschluss des Empowerment-Projektes feierten wir einige Tage nach der Ferienwoche mit einem Fest, das die Teilnehmer vorbereiteten und gestalteten. Nachher war im Tageszentrum einerseits zu spüren, dass es von den Teilnehmern geschätzt wurde, dass der Alltag wieder einkehrte. Es war aber auch eine Aufbruchstimmung zu spüren, die es auszunützen galt.

Etwa zu gleicher Zeit kam als wichtiger Impuls vom damaligen Geschäftsleiter der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) die Idee, den bis dahin bestehenden Freizeitbereich des Tageszentrums, der nur noch wenig genutzt wurde, zu schliessen und ein Hearing zum Thema ‚Freizeit und psychische Beeinträchtigung‘ zu organisieren. Zum Hearing luden wir Klientinnen und Fachleute aus Institutionen und Vertreter der kantonalen Verwaltung ein. Im ersten Teil des Hearings trugen Fachleute kurze Statements zum Thema vor. Darauf regten wir an, in gemischten Kleingruppen zu diskutieren. Die Kleingruppen trugen darauf das Resultat ihrer Diskussion der Gesamtgruppe vor. Auf diesem Weg kamen viele interessante Ideen und Vorschläge zusammen.

Bei der Auswertung des Hearings kristallisierte sich für das Team des Tageszentrums heraus, dass wir eine dieser Ideen, die von einem der beiden Ergotherapeuten des Tageszentrums während des Hearings formuliert worden war, weiterverfolgen wollten. Sie bestand im Wesentlichen darin, ein ‚Freizeithaus‘ zu schaffen, in dem Freizeit- und Wellnessangebote von Klientinnen kreiert und angeboten werden sollten.

In der Folge organisierte ich für das Team des Tageszentrums eine mehrtägige Klausur. Dort reflektierten wir unsere Arbeit grundsätzlich unter dem Aspekt Empowerment, verdichteten die erwähnte Idee zu einem Projektentwurf und überlegten uns, wie das neu entworfene Projekt, dem wir den Namen ‚Free-job‘ gaben, mit dem Tageszentrum zusammen funktionieren könnte.

Nach der Klausur zeigte es sich in der Diskussion mit dem Geschäftsleiter der PSAG, dass unser Projektentwurf, der die Schaffung von sechs geschützten Arbeitsplätzen umfasste, v. a. aus finanziellen und organisatorischen Gründen, redimensioniert werden musste.

Im darauf kreierte neuen Entwurf („Freejob light“, siehe Anhang) stellten wir die Idee, geschützte Arbeitsplätze zu schaffen, zurück und schlugen vor, das neue Projekt ins Tageszentrum zu integrieren. Interessierte Teilnehmerinnen des Tageszentrums sollten die Gelegenheit haben, an zwei Morgen pro Woche während zweieinhalb Stunden Freizeitprojekte zu entwickeln und zu planen. Die Arbeitssequenzen sollten von jeweils zwei Teammitgliedern des Tageszentrums moderiert werden. Dieser Vorschlag hatte folgende Vorteile:

- Weil wir an den „Freejob - Morgen“ auch noch andere Programme anboten, hatten die Teilnehmer die Wahl, am neuen Programm teilzunehmen oder nicht teilzunehmen. Damit reagierten wir auf die Erkenntnis aus dem Projekt, dass nicht alle Teilnehmerinnen von Empowerment-Angeboten profitieren. Es wurde so auch möglich, mit der Teilnahme am Freejob - Programm zuzuwarten und dann einzusteigen, wenn man/frau bereit war.
- Das Programm des Tageszentrums wurde dadurch vielfältiger und eher geeignet, verschiedenen Fähigkeiten und Ansprüchen gerecht zu werden.
- Der Aufwand für die PSAG hielt sich in Grenzen, da keine neuen Pensen bewilligt werden mussten. Nötig war es allerdings, einen zusätzlichen Raum zu mieten, ein Kostendach für die Einrichtung festzulegen und ein (geringes) Betriebsbudget für das neue Projekt zu bewilligen.

Nachdem der Vorstand der PSAG dem zugestimmt hatte, ging es darum, ein Konzept für die Einrichtung des Raumes zu entwerfen, das es ermöglichen sollte, den Raum mehrfach zu nutzen (als Arbeitsraum, als Raum für Veranstaltungen und Ausstellungen und als Raum für die Theatergruppe und die Gesprächsgruppe des Tageszentrums), und es ging darum, mit den interessierten Teilnehmern Aufnahmegespräche zu führen.

Nach diesen Vorbereitungen konnte Freejob die Arbeit aufnehmen. Seither ist ein vielfältiges Angebot entwickelt worden, das von Filmvorführungen über eine Biographiewerkstatt bis zu Ausflügen reicht. Einige Teilnehmer des Tageszentrums nahmen zudem die Gelegenheit wahr, eine Ausstellung anzuregen, um ihre künstlerischen Arbeiten zeigen zu können. Wir zeigten auch eine Ausstellung zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung, die von einem Rahmenprogramm mit einer Filmvorführung und Podiumsdiskussion begleitet wurde. Wir versenden vierteljährlich einen Prospekt, um auf das Programm von Freejob hinzuweisen, das inzwischen (gut ein Jahr nach dem Start von Freejob) ein wöchentliches Angebot aufweist.

Zurzeit sind wir dabei, ‚Freejob light‘ zu evaluieren. Dabei zeichnen sich folgende Themen und Problemfelder ab:

1. **Anliegen der ‚Freejobber‘**

Die Teilnehmerinnen, die sich im Freejob-Programm engagierten, zeigten sich kurz nach dem Start des Projektes oft unzufrieden mit den Arbeitsvormittagen. Aus ihrer Sicht waren sie zu theoretisch. Es gab ein grosses Bedürfnis, konkret aktiv zu werden und Vorschläge in kurzer Zeit umzusetzen. Es wurde auch kritisiert, dass das Fachteam zu schwerfällig reagierte, wenn es darum ging, für geplante Aktivitäten eine (Fachteam-) Begleitung zuzusagen. Es wurde moniert, dass durch diese Verzögerung die Energie abflache. Die vom Fachteam vorgegebene Bedingung, dass alle Freejob – Aktivitäten auch vom Fachteam begleitet werden müssen, wurde auch grundsätzlich in Frage gestellt.

2. **Rolle des Fachteams**

Das Projekt verlangt vom Fachteam ein hohes Mass an Flexibilität, sowohl bei der Begleitung der Freejob – Arbeitsvormittage, als auch bei der Begleitung der Freejob – Angebote. Zu Beginn legte das Fachteam grossen Wert auf den Teambildungsprozess der ‚Freejobber‘. Dies führte zu der erwähnten Kritik der ‚Theorielastigkeit‘. Das Fachteam reagierte darauf, in-

dem eher theoretische Programmteile, die der Reflexion und Vorbereitung dienten, viel kürzer gehalten wurden und die Arbeitsvormittage jedes Mal Gelegenheit zu konkreter Arbeit boten, die in Arbeitsgruppen angepackt wurde. Das Fachteam gab es auch nach recht kurzer Zeit auf, sich auf die Moderatorenrolle zu beschränken und beteiligte sich zunehmend in den Arbeitsgruppen an der konkreten Arbeit. Das Aufgeben dieser Zurückhaltung förderte den Empowermentprozess sehr.

3. **Unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf den Auftritt nach aussen**

Das Fachteam des Tageszentrums ging davon aus, dass Freejob sich in einer modernen, ‚leichten‘ und ‚beweglichen‘ Art präsentieren sollte. Diese Ideen schlugen sich im Raumkonzept nieder, nach dem wir den zugemieteten ‚Freejobraum‘ umbauen liessen und einrichteten. Wir hatten aber auch entsprechende Ideen in Bezug auf die Gestaltung der Drucksachen, mit denen wir auf Freejob aufmerksam machen wollten. Hier ergaben sich Konflikte mit den ‚Freejobern‘, die daran interessiert waren, ein Projekt sofort durchzuziehen und zu Beginn teilweise wenig darauf gaben, ein Projekt sorgfältig vorzubereiten und auch wenig darauf, einen Flyer ansprechend zu gestalten. Hier, wie in vielen anderen Zusammenhängen, waren Gespräche und eine gemeinsame Entwicklungsarbeit nötig, um auf einen Nenner zu kommen, der beide Seiten befriedigte.

4. **Rollenkonflikte**

Einzelne Angebote von Freejob, wie z.B. ein Nichtraucherkurs, erwiesen sich als problematisch. Wie alle Angebote von Freejob wurde auch er von einer Vertreterin des Fachteams des Tageszentrums begleitet, die selber daran dachte, mit dem Rauchen aufzuhören. Der Kurs wurde von einer aussenstehenden Fachperson geleitet. Diese Konstellation erwies sich als sehr problematisch, weil die Vertreterin des Fachteams zugleich Kursteilnehmerin war. Dieser Rollenkonflikt führte zu Unklarheiten, die sowohl die Arbeit mit den anderen Kursteilnehmern temporär beeinträchtigte, als auch zu einem Konflikt mit der aussenstehenden Fachperson führte.

5.3.2 Auswirkungen auf den Arbeitsansatz des Fachteams

Das Empowerment-Projekt des Tageszentrums bewirkte keine direkte grundlegende Änderung des Arbeitansatzes des Fachteams. Mit Freejob steht aber ein Programm zur Verfügung, in dem geeignete Teilnehmerinnen Erfahrungen machen können, die sie vorher im Rahmen des Tageszentrums nicht hätten machen können. Dadurch können Potentiale und Schwächen der Teilnehmer umfassender wahrgenommen werden.

Die Vertreter des Fachteams, die direkt im Freejob-Programm arbeiten, verstehen sich als Prozessbegleiter und versuchen Projektarbeit zu unterstützen und anzuregen. Leitlinien dabei sind die oben dargestellten ‚Achsen der Empowermentarbeit‘. Das bedeutet, dass wir im Freejob-Programm v. a. Gruppenarbeiten anregen, die (Wieder-) Entdeckung von Fähigkeiten unterstützen, der Selbstreflexion Raum geben und stark Feedback-orientiert arbeiten. Für die Klientinnen, die nicht an Freejob interessiert sind, bieten wir gleichzeitig Programme an, die nicht explizit einen Empowerment-Schwerpunkt setzen.

5.3.3 Auswirkungen auf die Teilnehmer des Tageszentrums

Weil die Teilnehmerinnen, die durch die vorliegende Studie erfasst wurden, in der Zeit, als das Empowerment-Experiment des Tageszentrums PSAG stattfand, auch vielen anderen Einflüssen ausgesetzt waren, können hier keine objektiven Aussagen über die Auswirkungen des Experimentes auf die Teilnehmer gemacht werden. Im Folgenden möchte ich aber einige subjektive Eindrücke festhalten:

- Die involvierten Teilnehmerinnen des Tageszentrums haben durch das Empowerment-Projekt und durch das Programm ‚Freejob‘, neben der Möglichkeit, sich zum Beispiel in der Ergotherapie oder in der Kunsttherapie handwerklich oder künstlerisch auszudrücken, eine zusätzliche Möglichkeit gewonnen, ihren Fähigkeiten und Interessen Ausdruck zu geben.

- Die Befürchtung, es könnte durch den Umstand, dass sie nur teilweise in das Programm ‚Freejob‘ involviert sind, zu einer Spaltung der Teilnehmer kommen, hat sich nicht bestätigt.
- Es ist seit dem Start der Projekte einfacher, auch psychisch erkrankte Studenten, in das Programm des Tageszentrums zu integrieren. Sie zeigen ein überdurchschnittliches Interesse für das Programm Freejob.
- Es ist seit ca. einem Jahr bei einer Minderheit der Teilnehmer zu beobachten, dass sie die Erfahrung, die sie im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung gemacht haben, prononcierter, als es in meiner Wahrnehmung vorher zu beobachten war, als zwar schmerzliche und einschränkende, aber doch auch als wertvolle Erfahrung beurteilen. Diese Teilnehmerinnen beginnen auch damit, sich als Expertinnen in Bezug auf ihre Erkrankung zu definieren. Ob diese Veränderung einfach Ausdruck einer gesellschaftlichen Entwicklung ist, oder ob sie durch die Projekte im Tageszentrum zusätzlich gefördert werden konnte, kann hier nicht bestimmt werden.
- In meiner Wahrnehmung hat sich die Beziehung zwischen dem Team und der Gruppe der Teilnehmerinnen so verändert, dass dem partnerschaftlichen Aspekt dieser Beziehung mehr Gewicht zukommt. Neben dem Projekt ‚Freejob‘, das möglicherweise in dieser Richtung wirkt, haben wir im Tageszentrum ‚Foren‘ eingerichtet. Die Foren finden in unregelmässigen Abständen statt. Sie dauern ca. 2½ Stunden und sind so strukturiert, dass Anliegen des Teams und der Teilnehmer eingebracht werden können und diskutiert werden.

5.3.4 Auswirkungen auf die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

Der Verfasser dieser Arbeit wurde vom Vorstand der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) beauftragt, nach deren Abschluss ein Konzept zu erarbeiten, das die Implementierung des Empowerment-Ansatzes in der ganzen PSAG ermöglichen soll. Dieses Konzept liegt noch nicht vor.

5.3.5 Auswirkungen auf psychosoziale Institutionen

Psychosoziale Institutionen sind heute flächendeckend in Qualitätssysteme integriert, die (leider) oft die Tendenz haben, sich auf die pure Erfüllung formaler Kriterien und die Optimierung administrativer Abläufe zu beschränken (Seckinger et al. 2000).

Die Qualität psychosozialer Institutionen hängt aber mit den Inhalten der Arbeit zusammen, die ihre Mitarbeiterinnen und Klienten leisten. Diese Inhalte müssen sich entfalten können, wenn wirkliche Qualitätsverbesserungen erreicht werden sollen. Verbesserte administrative Abläufe können allenfalls die Konzentration auf diese Inhalte fördern, ein (zu) aufwändiges, formal orientiertes Qualitätssystem kann aber gerade von diesen Inhalten ablenken.

Je nach dem psychotherapeutischen, kunst-, ergo- oder arbeitstherapeutischen Schwerpunkt einer Institution ergibt sich ein breites Spektrum dieser Inhalte.

Der Empowerment-Ansatz kann gesehen werden als einer von verschiedenen Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit der inhaltlichen Qualität psychosozialer Arbeit, der zudem auf ganz unterschiedliche Art umgesetzt werden kann (Kapitel 1.5).

Empowerment kann nicht verordnet werden, sondern muss sich entwickeln können. Psychosozial arbeitende Teams, die den Ansatz in ihre inhaltlichen Überlegungen einbeziehen, sind gefordert, ihren ‚individuellen‘ Weg zu gehen. Die Erfahrungen anderer können dabei Anregung, nicht aber Rezept sein.

5.4 Schlussfolgerungen

5.4.1 Schlussfolgerungen für die Ebene der Klienten

Die psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung psychisch erkrankter Menschen sollte heute bei entsprechendem Bedarf durch Angebote ergänzt werden, die zusätzlich gesundheitsfördernd wirken.

Gesundheitsförderung kann nur auf der Grundlage einer basalen Sicherung greifen. Gesundheitsförderung in diesem Sinn findet dort ihre Grenzen, wo Patientinnen sich (noch) in einer stark regressiven Phase befinden und auch dort, wo von einer erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung ausgegangen werden muss.

Empowerment-orientierte Gesundheitsförderung kann viele Wege gehen. Zu nennen sind psychoedukative Programme, die durch gezielte Information zur (pharmakologischen) Behandlung und andere vertrauensbildende Massnahmen die Compliance fördert, um die Rezidivrate zu senken.

Einen Schritt weiter geht das Konzept der ‚geteilten Information und geteilten Entscheidungsfindung‘. Professionelle, die nach diesem Konzept arbeiten, versuchen eine für beide Seiten akzeptable Plattform zu finden, auf deren Grundlage das Vorgehen festgelegt werden kann. Neuere Forschungen (Terzioglu 2004) betonen den Wert dieses Konzeptes, weisen aber auch darauf hin, dass es temporär aufgegeben werden muss, und professionelle Verantwortung übernehmen müssen, wenn Klienten in ein akutes Stadium ihrer Krankheit geraten.

Biographiearbeit und Kompetenzdialog sind Konzepte individueller Empowerment-Arbeit, die darauf abzielen, lebensgeschichtlich verschüttete Stärken zu entdecken und das Gefühl von Zugehörigkeit wieder herzustellen.

Auf der kollektiven Ebene zielt Empowerment u. a. darauf, Zusammenhänge zu stiften und dadurch die Selbstorganisation zu stützen.

Die vorliegende Arbeit konnte nachweisen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Ausprägung des Kohärenzgefühls (SOC = sense of coherence) und dem Feedback auf das Empowerment-Experiment, das wir im Tageszentrum der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) durchgeführt haben (Tabelle 22). Dieses Resultat weist auf die Bedeutung des Kohärenzgefühls hin und damit auf die Bedeutung eines ‚durchdringenden, andauernden und dennoch dynamischen Vertrauens darauf, dass die Stimuli, die sich aus dem Leben ergeben, verstehbar sind, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen ausreichend sind, um diese Anforderungen zu bestehen und dass es sich lohnt, sich diesen Anforderungen zu stellen‘ (vergleiche Antonovsky 1997, S. 36).

Wenn man davon ausgeht, dass das erwähnte Empowerment-Experiment an die Teilnehmerinnen des Tageszentrums ähnliche Anforderungen stellte, wie der Prozess der Rehabilitation aus einer psychischen Krankheit an sich (Kapitel 5.2.1), so muss man annehmen, dass dem Kohärenzgefühl und damit dem grundlegenden Gefühl, dass das Leben Sinn macht, eine zentrale Bedeutung für diese Rehabilitation zukommt. Daraus kann abgeleitet werden, dass es darauf ankommt, ob psychosoziale Arbeit einen Beitrag leistet zur Entfaltung des Kohärenzgefühls, oder ob sie einen solchen Beitrag nicht leistet, oder diese Entfaltung gar behindert.

Es ist zu vermuten, dass es eine grosse Zahl von Interventionen gibt, die potentiell mindestens temporär (Kapitel 5.6.2) einen Einfluss auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls der Klienten psychosozialer Institutionen haben. Es ist wahrscheinlich, dass z.B. das Verhalten der Professionellen in Bezug auf die Spiritualität der Klientinnen einen positiven oder negativen Einfluss hat. Denkbar ist weiter, dass eine nachhaltige Förderung der Vernetzung einen positiven Einfluss hat und dass das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung, wenn es flexibel umgesetzt wird, sich positiv auswirkt. Weiter ist anzunehmen, dass eine konsequente Ressourcenorientierung der Arbeit sich in diesem Sinn unterstützend auswirkt.

Die qualitative Auswertung der Interviews (Kapitel 4.4), die nach dem Empowerment-Experiment durchgeführt wurde (Interview 2), hat es ermöglicht, entsprechend dem Profit, der aus dem Experiment gezogen wurde, ‚Empowerment-typen‘ zu bestimmen. Die ‚Entwickler‘ profitierten hauptsächlich vom Entwickeln eines Projektes (einer Ferienwoche), die ‚Nutzer‘ profitierten v. a. von dessen Nutzung. Eine gemischte Gruppe ‚Entwickler/Nutzer‘ hat ungefähr gleichmässig vom Entwickeln und Nutzen des Projektes profitiert. Es wurde auch eine Gruppe von Teilnehmerinnen identifiziert, die nicht vom Experiment profitiert hat und eine andere, die ambivalent auf es reagiert hat.

In einem weiteren Schritt der Analyse konnten ‚Achsen der Gesundheitsförderung durch Empowerment‘ diskutiert werden (Kapitel 5.3). Diese ‚Achsen‘ bezeichnen die Inhalte, um die sich Empowerment in der vorliegenden Untersuchung entfaltet. Sie können mit folgenden Stichworten bezeichnet werden:

1. Erfahrungen in einer Gruppe von Peers machen
2. Fähigkeiten (wieder-) entdecken
3. Selbsterkenntnisse gewinnen
4. (Kritisches) Bewusstsein schärfen

Diese ‚Achsen‘ einer Empowerment-orientierten, primär auf das Kollektiv der Klienten fokussierenden, psychosozialen Gesundheitsförderung, können wie folgt genauer gefasst werden:

Die Auswertung des entsprechenden Interviews (Kapitel 4.4) hat gezeigt, dass eine Mehrzahl der untersuchten Klienten positive Erfahrungen in einer Gruppe von Peers machen kann, auf deren Grundlage sie eigene Fähigkeiten (wieder-) entdecken oder Fähigkeiten entwickeln können. Die erwähnten Erfahrungen können aber auch, teilweise auch wenn sie als ‚schwierig‘ erlebt werden, Grundlage sein einer (vertieften) Selbstreflexion, und sie können als Drittes Grundlage sein für die Belebung der (kritischen) Auseinandersetzung mit dem Team und dem Angebot der betreffenden psychosozialen Institution. Dies wiederum bietet dem entsprechenden Team zusätzliche Möglichkeiten, einen konstruktiven Dialog zu führen, der den Klientinnen einerseits die Erfahrung ermögli-

chen kann, Einfluss zu haben, oder sachlich begründet, Grenzen gesetzt zu bekommen. Beide Erfahrungen können wichtig sein.

5.4.2 Schlussfolgerungen für die Ebene der Professionellen

Zukunftserwartungen haben einen Einfluss auf den tatsächlichen Verlauf der Ereignisse. Die Resultate von Untersuchungen von Dauwalder et al. (1984) zeigen, dass die Zukunftserwartungen stationär behandelter, schizophrener Patientinnen in hohem Mass mit den Erwartungen der Umgebung verknüpft sind und deuten damit darauf hin, dass den Zukunftserwartungen der Familienmitglieder und insbesondere jenen der Betreuer eine grosse Bedeutung in Bezug auf den Rehabilitationserfolg zukommt. Es erscheint plausibel, dass die Relevanz dieser Resultate sich nicht auf die untersuchte Patientengruppe beschränkt, sondern ev. modifiziert Bedeutung hat für das gesamte Feld psychosozialer Arbeit.

Es erscheint weiter plausibel, dass Zukunftserwartungen u. a. abhängen von den Erfahrungen, die Professionelle mit den Klienten machen können oder nicht machen können. Es ist zu erwarten, dass sich positive Zukunftserwartungen entfalten können, wenn Professionelle die Möglichkeit haben, mit den Klienten vielfältige Erfahrungen zu machen und sich nicht durch ein zu enges Setting in dieser Möglichkeit behindern lassen (müssen). Positive Zukunftserwartungen hängen wahrscheinlich zudem davon ab, ob Professionelle und Klientinnen die Fähigkeit haben, neben dem Wirklichkeitssinn einen gleichberechtigten ‚Möglichkeitssinn‘ zu entwickeln und kontrafaktisch eine andere Zukunft zu sehen (Stark 2002, S. 67). Diese Zusammenhänge sind m. W. (noch) nicht erforscht.

Auf einer anderen Ebene gilt es zu bedenken, dass gesundheitsfördernde Programme, wenn sie nachhaltig sein sollen, auch auf die Gesundheitsförderung der Professionellen fokussieren müssen, weil nur Professionelle, die selber erfahren, dass ihre Gesundheit der Institutionsleitung wichtig ist und die selber in ihren gesundheitsfördernden Überlegungen und Aktivitäten unterstützt werden, diese Haltung als Vorbilder weitergeben können (Berger 2003).

5.5 Ausblick

5.5.1 Ausblick auf Projekte

Die Erfahrungen, die wir gemacht haben, können in Bezug auf weitere (Empowerment-) Projekte so zusammengefasst werden:

1. Empowerment-Angebote müssen so gestaltet werden, dass zum vorneherein darauf Rücksicht genommen wird, dass es eine relativ grosse Gruppe von Klienten gibt, die nicht davon profitieren, bzw. ambivalent darauf reagieren werden. Auf sie ist speziell Rücksicht zu nehmen. Es ist ihnen eine möglichst gleichwertige Alternative anzubieten, die sie nicht oder nur wenig von der übrigen Gruppe isoliert. Es ist ihnen aber auch die Chance zu geben, zu einem späteren Zeitpunkt noch einzusteigen, wenn sie es wünschen und wenn abzusehen ist, dass sie dadurch nicht überfordert sind.
2. Empowerment kann bedeuten, Vorgegebenes zu verweigern. Beim Empowerment-Projekt des Tageszentrums PSAG hat es sich gezeigt, dass die Teilnehmerinnen, die sich zwar bei der Entwicklung des Projektes engagierten, sich dann aber aus verschiedenen Gründen weigerten, in die Ferienwoche mitzukommen, im Interview zum Teil gerade von den eindrucklichsten Fortschritten berichteten, die sie während des Projekts gemacht haben.
3. Brainstormings sind geeignete Instrumente, um Klienten in Projekte einzubeziehen und um zu erfahren, was sie wünschen oder nicht wünschen. Es ist aber wichtig zu bedenken, dass nie alles berücksichtigt werden kann, was in Brainstormings zusammengetragen wird. Enttäuschungen sind also unvermeidlich und müssen aufgefangen werden.

4. Empowerment-Angebote, mindestens solche die mit dem Projekt des Tageszentrums PSAG vergleichbar sind, arbeiten mit bewusst vom Team inhaltlich nicht festgelegten Arbeitssequenzen, in der Absicht, dass sich in sie die Initiative der Teilnehmer entfalten kann. Diese ‚Leerzeiten‘ können eine Chance sein, sie können aber auch überfordern.
5. Anzuregen, dass Klientinnen in einer Kleingruppe ohne Teambegleitung etwas entwickeln oder besprechen, kann eine sehr sinnvolle, ermutigende Intervention sein. Es ist aber sorgfältig darauf zu achten, den Beteiligten eine zeitliche Strukturierung ihrer Arbeit vorzugeben (die in Absprache auch gelockert werden kann). Es ist auch sinnvoll, die (Klein-) Gruppen auf ihre Arbeit vorzubereiten, indem man sie auf Werkzeuge hinweist, die Gruppenarbeit erleichtern können (Brainstorming, Arbeit mit einem Flipchart, Gesprächsleitung usw.). Das durchgehend relativ schlechte Feedback auf die Vorbereitungszeit, die den Klienten zur Entwicklung ihres Projektes zur Verfügung stand, zeigt, dass diese Phase besser begleitet werden muss.
6. Empowerment-Projekte sollten sich gegen aussen öffnen. ‚Psychiatrie-Erfahrene‘ haben oft ein grosses Bedürfnis, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Die Art, wie sie das tun wollen, kann sehr unterschiedlich sein. Es kann der Wunsch bestehen, eigene künstlerische Werke auszustellen, einen Film zu zeigen und darüber zu diskutieren, oder an einer (Podiums-) Diskussion mitzuwirken. Dafür sind nach Möglichkeit geeignete Gefässe anzubieten.
7. Es kann sehr sinnvoll und hilfreich sein, den Abschluss oder wichtige Etappen eines Projektes mit einem Fest zu feiern.
8. (Empowerment-) Projekte sollten evaluiert werden und zwar nicht erst am Schluss, sondern am besten laufend. Die Ergebnisse der Evaluation sollten in das Projekt zurückfliessen. Die Form der Evaluation sollte spätestens

beim Start des Projekts mit den Klientinnen feststehen und verbindlich abgemacht sein.

5.5.2 Ausblick auf Studien

Die vorliegende Untersuchung gibt einen Hinweis darauf, dass das Potential des Konstruktes Kohärenzgefühl gerade auch im Bereich der psychosozialen Arbeit noch nicht ausgeschöpft ist. Trotz des Booms um das Thema Gesundheitsförderung kann die empirische Untermauerung des Konstruktes teilweise als unbefriedigend bezeichnet werden.

Hannöver et al. (2004) weisen darauf hin, dass der von Antonovsky postulierte Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der körperlichen Gesundheit relativiert werden muss. Untersuchungen von Amelang et al. (2000) weisen in die gleiche Richtung. Sie haben eine zwar statistisch relevante, aber sehr geringe Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und körperlicher Erkrankung gefunden. Hannöver et al. (2004, S. 180) schreiben dazu:

Die empirischen Daten deuten dagegen eher auf einen engeren Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Kohärenzgefühl hin, als auf einen Zusammenhang zwischen physischer Gesundheit und Kohärenzgefühl. So nimmt das Risiko für psychische Beschwerden mit Anstieg des Kohärenzgefühls ab.

Aus der Lebenserfahrung ergeben sich Hinweise dafür, dass die von Antonovsky postulierte Stabilität des Kohärenzgefühls nicht der Wirklichkeit entspricht. Sie müsste innerhalb des Lebenslaufs oder zumindest innerhalb verschiedener Lebensphasen überprüft werden (Abel 2000, S. 199).

Wenn es sich zeigen würde, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls auf äussere Einflüsse reagiert, dann stünden mit den entsprechenden Fragebogen einfach zu handhabende Instrumente zur Verfügung, mit denen die unterschiedlichsten Interventionen auf ihren Einfluss auf das Kohärenzgefühl hin ge-

testet werden könnten. Dies allerdings nur, wenn es möglich wäre, den Einfluss anderer Ereignisse einigermaßen zu kontrollieren, was im stationären Rahmen einfacher wäre als in einem ambulanten Setting.

In der vorliegenden Arbeit konnte ich nachweisen, dass Klientinnen mit einer relativ hohen Ausprägung des Kohärenzgefühls stärker vom Empowerment-Experiment profitieren als andere (Tabelle 22). Es wäre wichtig zu untersuchen, ob es tatsächlich, wie ich vermute (Kapitel 5.2.1), einen Zusammenhang gibt zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Rehabilitationserfolg. Allgemein sollte geklärt werden, ob der Sinndimension in der psychosozialen Arbeit tatsächlich der vermutete zentrale Stellenwert zukommt.

Weiter wäre es wichtig, weitere objektive Aussagen machen zu können in Bezug auf die Rolle der Zukunftserwartungen (Kapitel 1.7), die Dauwalder et al. (1984) ‚nur‘ in Bezug auf stationär behandelte, schizophrene erkrankte Patienten untersucht haben. Interessant wäre es auch festzustellen, in wieweit diese Zukunftserwartungen vom ‚Spektrum der möglichen Erfahrungen‘ bestimmt werden, die Professionelle mit Klientinnen machen können.

Studien zum Stellenwert des Möglichkeitssinns der Professionellen und der Klientinnen (Kapitel 1.6.6) wären zusätzlich interessant. Sie würden zeigen, ob dieser Möglichkeitssinn mit dem Rehabilitationsgeschehen interagiert und sie könnten zeigen, ob, wie und in welchem Umfang er gefördert werden kann.

6 Literaturverzeichnis

6 Literaturverzeichnis

- Abel, Th., Kolip, P., & Wydler, H. (2000). Sense of coherence und Salutogenese. In H. Wydler, P. Kolip & Th. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. (S. 197–201). Weinheim und München: Juventa
- Aebi, E. (Hrsg.) (1993). *Soteria im Gespräch: über alternative Schizophreniebehandlung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Albee, G.W, Ryan, K. (1998) An overview of primary prevention. *Journal of Mental Health*. 7, 441-449.
- Alinsky, S.D. (1984). *Anleitung zum Mächtigsein. Ausgewählte Schriften*. Bornheim-Merten: Lamuv.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, J. Haisch (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Altgeld, T., Walter, U. (1997). Don't hesitate, innovate. Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität. In T. Altgeld, I. Laser & U. Walter (Hrsg.), *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* Weinheim und München: Juventa.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenes-Konzept*. (S. 3–14). Tübingen: DGVT.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass-Publication.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossy-Bass-Publication.
- Ashton, A. & Seymour, H. (1988). *The new Public Health. The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Aston, J., Gschwandtner, U. & Riecher, A. (2002). Screening zu Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 41, 971-974.
- Amelang, M. & Schmidt, C. (2000). Kohärenzsinn als Prädiktor und Suppressor bei der Untersuchung von Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 8 (3), 85-93.

- Arndt, S. (2004). *Feminismus im Widerstreit. Afrikanischer Feminismus in Gesellschaft und Literatur*. Münster: Unrast.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (1998). *Handlungsbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Baer, N. (2002). *Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit*. Bern: Peter Lang.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2004). *Betriebliches Stress- und Ressourcenmanagement*. Bern: Huber.
- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H. & Paulus, P. (2001). *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheitsförderung – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*. Flensburg: Opus.
- Baror, T., Caetano, R. & Casswell, S. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy*. Oxford: University Press.
- Basaglia, F. (1971). *Die negierte Institution oder die Gemeinde der Ausgeschlossenen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft auf dem Weg*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, E. (1983). Vom 'Dasein für andere' zum Anspruch auf ein Stück 'eigenes Leben'. *Soziale Welt*, 3, 307-341.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. (S. 517-531). Göttingen: Hogrefe.
- Benett, D. (1990) Grossbritannien. Psychiatrie im Wandel. In A.Thom & E. Wulff (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bengel, J. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berg, W.J. & Appelbaum, P.S. (1999). Subjects capacity to consent to neurobiological research. In H.A. Pincus, J.A. Lieberman & S. Ferris (Hrsg.), *Ethics in psychiatric research. A resource manual for human subjects protection*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

- Berger, H. (2003). Gesundheitsförderung – Ein neuer Weg in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis, 30, (Supplement 1), 14-20*.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*. Schwabingen an der Selz: Peter Sabo.
- Berkmann, L.F. & Kawachi, I. (Hrsg.), (2000). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Bock, Th. (2004). Eigensinn und Psychose. Unkooperative Patienten als Gradmesser der therapeutischen Qualität. In Th. Bock, K. Dörner & D. Naber (Hrsg.), *Anstösse zu einer anthropologischen Psychiatrie*. (S. 274–281). Bonn: Psychiatrie Verlag
- Büchi, S. (2002). Preliminary Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure). – A Brief Method to Assess Suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71, 6, 333-341*.
- Bundesamt für Statistik (2005). IV-Statistik 2005.
<http://www.bsv.admin.ch/iv/statistik/d/index.htm>
- Burke, K.B., Burke, J.D., Regier, D.A. & Rae, D.S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry, 47, 511-518*.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cassel, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine, 306, 639-645*.
- Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen*. Berlin: Springer.
- Cooper, D. (1971). *Psychiatrie und Antipsychiatrie*. Frankfurt: Surkamp.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression. A metaanalysis of Lewinsohn's "Coping with depressions" course. *Behaviour Therapy, 29(3), 521-533*.
- Dammann, D. & Janssen P. (Hrsg.), (2001). *Psychotherapie der Broderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Thieme.
- Dauwalder, H., Ciampi, L., Aebi, E. & Hubschmied, T. (1984). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. IV. Untersuchung zur Rol-

- le von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Der Nervenarzt*, 55, 257–264.
- DeShazer, S. (1986). Kurztherapie. Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 3, 182-205.
- Diemer, N. & Völker, W. (1981). Im freien Flug über das Handgemenge. Über Selbsthilfe und Vergesellschaftung im Produktionsbereich. *Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 1, 31-37.
- Dörner, K. (2004). Denn die einen sind im Dunkeln. *Flensburgerhefte*, 86, 93–116.
- Dörner, K. (2004a). Prävention ohne Zwang zur Gesundheit. In R. Schmidt, H. Kunze & R. Peukert (Hrsg.), *Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Tagungsbericht*. http://www.psychiatrie.de/data/pdf/d4/02/00/apk_Band_31.pdf
- Dorsch, F. (1982). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- Duden, B. (1991). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Durlak, J.A. & Wells, M.A. (1997). Primary prevention mental health programs. The futur is exciting. *American Journal of Community Psychology*, 25 (2), 233-243.
- Eggert, A. (2005). Gesundheitsförderung in der Familie. http://www.allgemeine-zeitung.de/region/thema/elternschule/daily_pics/vortrag_eggert.pdf
- Eink, M. (2002). Zur fürsorglichen Belagerung in der psychiatrischen Rehabilitation. In M. Krisor, H. Pfannkuch & K. Wunderlich (Hrsg.), *Gemeinde, Alltag, Ressourcen. Aspekte einer Subjektorientierten Psychiatrie*. (S. 112–124). Lengerich: Papst.
- Faltmeier, T. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Figuroa, D. (1989). *Paulo Freire zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Foucault, M. (1975). *Überwachung und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a.M.: Surkamp.

- Foucault, M. (1961). *Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a.M.: Surkamp.
- Frankl, V. (2002). *Was nicht in meinen Büchern steht*. Weinheim: Beltz.
- Franzkowiak, P. (2002). Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten. In *Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten*. (S. 190-193). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Franzkowiak, P. & Sabo P. (Hrsg.), (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Peter Sabo.
- Freire, P. (1990). A critical understanding of social work. *Journal of Progressive Human Services*, 1, 3-9.
- Freire, P. (1973). *Pädagogik der Unterdrückten. Bildung als Praxis der Freiheit*. Reinbeck: Rowohlt.
- Freud, S. (1999). Über Psychotherapie. In S. Freud, *Gesammelte Werke, Bd. 5*. (S. 13-20). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Froon, P. & Benbassat, J. (2000). Inconsistencies in the classification of preventive interventions. *Preventiv Medicine*, 31, 153-158.
- Gadamer, H.G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Garrow, D (1986). *Bearing the cross. Martin Luther King Jr. and the Southern Christian Leadership Council*. New York: William Morrow.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gils, A. (1994). *Bernardo Ramazzini (1633-1714). Leben und Werk. Unter besonderer Berücksichtigung der Schrift „Über die Krankheiten der Künstler und Handwerker“*. Göttingen: Univ. Diss.
- Geyer, S. (2003). Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention* 26, 35-39.
- Ginsburg, K.R. (2003). Developing our Future: Seeing and expecting the best in youth. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 48, 167-169.
- Goffmann, E. (1977). *Asyle*. Frankfurt: Surkamp.

- Gronemeyer, M. (1988). *Die Macht der Bedürfnisse. Reflexionen über ein Phantom*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Grotjan A. (1912). Soziale Hygiene. In A. Grotjan & I. Kaup (Hrsg.), *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*. (S. 410-412). Leipzig: Vogel.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler W., An der Heiden, W., Stein A. & Könnecke R. (1995). In: H. Häfner & W.F. Gattaz (Hrsg.), *Search for the cases of schizophrenia. Vol 111*. Berlin: Springer.
- Häfner, H., Riecher A., Maurer K., Meissner S., Schmidtke A. & Faetkenheuer B. (1990). Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie. Entwicklung und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 19, 230-255.
- Hagen, W. (1978). Einleitung zu dem Reprint früherer Publikationen. In W. Hagen (Hrsg), *60 Jahre Gesundheitsfürsorge. Ausgewählte Aufsätze von Prof. Dr. Wilhelm Hagen*. (S. 7-9). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 179-186.
- Havighurst, R.J. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans, Green and Co.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Huber, G., Gross, G. & Schüttler, R. (1979). *Schizophrenie*. Berlin: Springer.
- Human Genom Projekt Information (2006)
http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/home.shtml
- Huxley, P., Warner, R. (1993). Primary prevention of parenting dysfunction in high risk cases. *American Journal of Orthopsychiatry*, 318, 421-426.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010*. Hamburg: VSA.
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry. A study of therapeutic communities*. London: Tavistock.

- Junge, J., Manz, R., Neumer, S. & Margraf, J. (2001) Go! – "Gesundheit und Optimismus". Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. In R. Manz (Hrsg.), *Psychologische Programme für die Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. 3*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Karasek, R.A. & Theorell, J. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Keupp, H. (1999). Empowerment als Prinzip der Gemeindepsychiatrie. In M. Kri-sor & H. Pfannkuch (Hrsg.), *Psychiatrie auf dem Weg – Menschenbild, Krankheitsverständnis und therapeutisches Handeln*. (S. 26–51). Lenge-richt: Pabst.
- Keupp, H. (1993). Die Wiedergewinnung von Handlungskompetenz: Empower-ment in der psychosozialen Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 25, 365–381.
- Keupp, H. (1993a) Aufrecht gehen lernen. In einer Welt riskanter werdender Chancen: eine Empowerperspektive für die Arbeit mit Kindern und Jung-endlischen. *Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozial-arbeit* 2/93, 52–54.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: F..W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 181-189). München: Urban & Fischer.
- Kisker, K.P., Amsel-Kainaru, A. & Spazier, D. (1967). Psychiatrie ohne Bett. *Ner-venarzt*. 38, 10-15.
- Kissling W., Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (1996). Psychoedukation und Compli-ance bei der Schizophreniebehandlung. In H. Helmchen & H. Hipius (Hrsg.), *Psychiatrie für die Praxis* 23. (S.14-23). München: Medizin Verlag Mün-chen.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M. & Steinmeyer EM. (2001). Diagnosing schizoph-renia in the initial prodromal phase. *Archives of Gernerel Psychiatry*, 58, 158-164.
- Knuf, A. (2004), Unveröffentlichtes Manuskript.
- Knuf, A. (2001). Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheits-förderung in der Psychiatrie. In A. Knuf & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefäh-i-gung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. (S. 32-44). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kolip, P. (2003) Gesundheitsressourcen – Potentiale und ihre Nutzung. *Gesund-heitswesen*, 65, 155-162.

- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1998). Aspekte und Theorie einer gewaltfreien Psychiatrie. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. Köln: Rheinland-Verlag.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1997). Die Mitgestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen am Beispiel der stationären Gemeindepsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 32-40.
- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (2000). Gesundheitsprävention und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. (S. 395-434). Weinheim: Juventa.
- Laing, R.D. (1961). *The self and others*. London: Random House.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Bd. 2. Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Le Fanu, J. (2000). *The Rise and Fall of modern Medicine*. New York: Carroll & Graf.
- Legewie, H. & Trojan, A. (2000). *Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung*.
<http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Skript-Ges-foerd.pdf>
- Leimkühler, A.M. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 775–773.
- Lenz, A. (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für die psychosoziale Praxis und Organisation*. (S. 13–53). Tübingen: DGVT.
- Leppin, A. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Lesky, E. (1960). *Johann Peter Frank (1790). Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten*. Leipzig: Barth.
- Ley, E. (2002). „Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderweitige Innanspruchnahme der Fürsorgeärzte“. Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die öffentliche Fürsorge. In S. Stöckle, U. Walter (Hrsg.), *Prävention im 20. Jahrhundert*. (S. 122-135.) Weinheim: Juventa.

- Lincoln, C.V., Harrigan, S. & McGorry D.D. (1998). Understanding the topography of the early psychosis pathways. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 21-25.
- Linden, M. (2000) Massnahmen zur Förderung der Patienten-Compliance. In H.J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Lösel, F. & Bender, D. (1996). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklungspathologie. Zur Kontroverse um patho- und salutogenetische Modelle. In H. Mandl (Hrsg.), *Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996*. (S. 302-309).
<http://www.dgps.de/kalender/kongress/1996.php4>
- Manz, R. (2001) Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 9. Jg. Heft 4, 168-179.
- Margraf, J. & Junge, J. (1998). *Diagnostisches Kurzinterview für psychische Störungen bei Jugendlichen. Mini-DIPS-J*. Unveröffentlichtes Manuskript, TU Dresden.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Marzek, M. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental health disorders. Frontiers for preventiv intervention*. Washington, DC: National Academy Press.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McGorry, P.D. & Jackson H.J. (1999). *The Recognition and Management of Early Psychosis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- McGraw, K. O. & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, Vol. 1, No. 1, 30-46.
- McKenzie, J.F. & Wallerstein, N.B. (1997). *Planing, implementing and evaluating health promotion programs*. Boston: Allyn & Bacon.
- McQueen, D.V. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*. 16, 216-268.
- Mindell, A. (1989). *Die Schatten der Stadt. Prozessorientierte Therapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.

- Minkler, M. & Wallerstein, N.B. (2002). Improving health through community organisation and community building. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.H. Lewist (Hrsg.), *Health Behavior und Health Education. Theory, Research and Practice*. (S. 279-311). San Francisco: Jossey Bass.
- Moser, G. (2002). Notverordnung und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik. Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise. In S. Stöckle & U. Walter. (Hrsg.), *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung*. (S. 96-109). Weinheim: Juventa.
- Musil, R. (1978). *Der Mann ohne Eigenschaften*. Darmstadt: Luchterhand.
- Neumann, S. (1975). Die öffentliche Gesundheitspflege im Staat des Eigentumsrechts, ihre rechtliche Begründung und ihre zweckmässige Organisation. In H.U. Deppe & M. Regus (Hrsg.), *Seminar Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*. (S. 163-171). Frankfurt a. M.: Surkamp.
- Nutbeam, D. (1996). Health outcomes and health promotion: define success in health promotion. *Health Promotion, Journal of Australia*, 6, 58-60.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R. & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect. A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.
- Pfeffer, J. (1998). *Human Equation. Building Profit by Putting People First*. Boston: Harvard Business School Press.
- Piontkowski, U. (1977). Internale-externale Kontrolle, Selbsteinschätzung und Erwartung. *Archiv für Psychologie*, 130, 312-325.
- Puch, H.J. (1991) Inszenierte Gemeinschaften. Gruppenangebote in der Moderne. *Neue Praxis*, 1, 12-25.
- Quindel, R. (2004). *Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Rappaport, J. (1985). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 9, 121-144.
- Rappaport, J. (1980). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. Jg. 17, Heft 2, 257-278.

- Riecher, A. (1999). Die beginnende Schizophrenie als "Knick in der Lebenslinie". In H. Schneider (Hrsg.), *Lieben und Arbeiten. Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Heidelberg: Mattes.
- Röhrle, B. (1999). Vorbeugen ist besser als Heilen. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 13–26) Tübingen: DGVT.
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Rosner, B. (1996). *Fundamentals of Biostatistics*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Rothmaler, C. (1987). Die Sozialpolitikerin Käthe Petersen. In A. Ebbinhaus (Hrsg.), *Opfer und Täterinnen. Frauenbiographien des Nationalsozialismus*. (S. 75-90). Nördlingen: Greno.
- Sachse, C. & Tennstadt, F. (1998) *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Teil 1. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, C. & Tennstadt, F. (1988). *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Teil 2. Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scherbaum, W.A. (2003). Beeinflussung des Herzinsuffizienzrisikos durch Adipositas. Teilaspekte der Framingham-Studie. *Der Internist. Vol 44, Nr. 5*, 643-645.
- Schmacke, N. (1998). Individualisierung der Prävention. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 19*, 1237-1238.
- Schmiedebach, H.P. (2002). Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschaftsbegriff im 19. Jahrhundert. In S. Stöckle & U. Walter (Hrsg.), *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung*. Weinheim: Juventa.
- Schüffel, W. (1998). Einführung. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. (S. 1–7). Wiesbaden: Ulstein.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, Th., & Bähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 50, 472–482.

- Schulz-Nieswandt, F. (1997). *Die Konzeption der „medizinischen Polizey“ bei Johann Peter Frank (1745-1821) im Konzept seiner Zeit*. Berlin: DZA.
- Schwartz, F.W. & Walter, U. (1998). Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch*. (S. 151-170). Jena: Urban & Fischer.
- Schwartz, F.W. & Walter, U. (1996). Public Health in Deutschland. In U. Walter. & W. Paris (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*. (S. 3-12). Meran: Alfred und Söhne.
- Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Seckinger, M., Stiemert-Strecker, S. & Teuber, K. (2000). Qualität durch Partizipation und Empowerment. In K. Teuber, S. Stiemert-Strecker & M. Seckinger (Hrsg.), *Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischung in die Qualitätsdebatte*. (S. 7-15). Tübingen: DGVT.
- Seligman, M. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. & Von dem Knesebeck, O. (2004) Prävention chronischer Stressbelastung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 121-130) Bern: Huber.
- Siegrist, J., Silberhorn, T. (1998). *Stressabbau in Organisationen*. Münster: LIT.
- Simon, A.E. & Bösch, J. (2003). Notwendige Strukturen im Gesundheitssystem für die Früherfassung psychotischer Krankheiten. *Paediatrica, Vol. 14, Nr. 4*, 44-46.
- Simon, B. (1990). Rethinking empowerment. *Journal of Progressive Human Services 1*, 27-40.
- Simon, H. (1986). *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Stansfeld, S.A. & Marmot, M.G. (Hrsg.), (2002). *Stress and the Heart*. London: BMJ Books.
- Stark, W. (2002). Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenzorientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: DGVT.
- Stark, W. (1993). Die Menschen stärken. *Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93*, 41 – 44.

- Stöckel, S. (2004). Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Stöckel, S. (1996). *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Stöckle, S. & Walter, U. (2002). *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung*. Weinheim: Juventa.
- Straus, F. (1987). Die Bewältigung familiärer Probleme im sozialen Netzwerk. Überlegungen zur Praxisrelevanz der netzwerkperspektive in der Familienarbeit. In H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Terzioglu, P. (2004). *Gelungene Zusammenarbeit. Eine qualitative Untersuchung partizipativer Aspekte in der Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Patienten und niedergelassenen Psychiatern*. Unveröffentlichte Dissertation.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Von Zerssen, D. (1976). *Die Befindlichkeitsskala. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Wagner, C. (2001). Paulo Freire (1921 – 1997). Alphabetisierung als Erziehung zur Befreiung. *E+Z – Entwicklung und Zusammenarbeit*, 1, 17-19.
- Walden K., Kröger, C., Krimes, J., Reese, A. & Kutza, R. (2000). *ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Unterrichtseinheiten zu Nikotin und Alkohol*. Hohengehren: Schneider.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education. Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 4, 379-394.
- Walter, U. & Schwartz, F.W. (2003). Prävention. In F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S.189-214). Jena: Urban & Fischer.
- Warner, R. (2004). Prävention in der Psychiatrie – was wirkt? In R. Schmidt, H. Kunze & R. Peukert (Hrsg.), *Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Tagungsbericht*. http://www.psychiatrie.de/data/pdf/d4/02/00/apk_Band_31.pdf
- Weissberg, R.P., Kumpfer, K.L. & Seligmann, M.E.P. (2003). Prevention that works for children and youth. *American Psychologist*, 58, 435-432.

- Wendt, W.R. (1992). Das Unterstützungsmanagement als Muster in der methodischen Neuorientierung von Sozialarbeit. *Soziale Arbeit*, 2, 44-50.
- Werner, E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp, G. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Reinhardt Ernst Verlag.
- Werner, E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *The Journal of Adolescent Health*, 13(4), 262-268.
- WHO (World Health Organisation) (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Deutsche Übersetzung. In P. Franzkowiak & P. Sabo (Hrsg.), *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Peter Sabo.
- Wienberg, G. & Sibun, B. (1997). Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankungen – Einordnung und Überblick. In G. Wienberg (Hrsg.), *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wing, J.K. (1987). Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin: Springer.
- Wing J.K., Brown G.W. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. London: Cambridge University Press.
- Zaumseil, M. (2004). Beziehungsaspekte in der psychiatrischen Pharmakotherapie. Partizipation in der ambulanten Behandlung psychoseerfahrener Patienten. In Th. Bock, K. Dörner & D. Naber (Hrsg.), *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Zaumseil, M. (2001). Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen? In A. Bock & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Zimmer, R. (2002). Gesundheitsförderung im Kindergarten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz*. Jahrgang 45, Heft 12, 964-969.

7 Anhang

7 Anhang

7.1 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1:	Risiko-Checkliste Basler „Fepsy-Projekt“	39
Abbildung 2:	Zusammenhang zwischen den Dimensionen ‚Gesamt Interview 1‘ und ‚Gesamt Interview 2‘	142
Abbildung 3:	Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem ersten Interview (Gesamt Interview 1) und der Dimension ‚Aktivitäten Interview 2‘	142
Abbildung 4:	Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem ersten Interview (Gesamt Interview 1) und der zusammenfassenden Dimension ‚Subjektiv Interview 2‘	143
Abbildung 5:	Darstellung der Mittelwerte und Vertrauensintervalle (95%) der Variablen des Interviews 1 (ansteigend geordnet)	145
Abbildung 6:	Darstellung der Mittelwerte und Vertrauensintervalle (95%) der 11 Variablen des Interviews 2 (ansteigend geordnet)	148
Tabelle 1:	Klassifikation von Präventivmassnahmen	23
Tabelle 2:	Inhaltsübersicht des Programms GO!	34
Tabelle 3:	Übersicht der eingesetzten Instrumente zu den Zeitpunkten T1 und T2	110
Tabelle 4:	Befindlichkeit zu den Zeitpunkten T1 und T2	126
Tabelle 5:	Kohärenzgefühl zu den Zeitpunkten T1 und T2	128
Tabelle 6:	Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zum Zeitpunkt T1 vor der Intervention	129
Tabelle 7:	Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zum Zeitpunkt T2 nach der Intervention	130
Tabelle 8:	Statistische Kennzahlen der Resultate der Fragebogenuntersuchung paarweise dargestellt	132
Tabelle 9:	Paarweise Korrelation der Resultate der Fragebogen-Untersuchung	133
Tabelle 10:	Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben der Hauptdimensionen der verwendeten Fragebogen	133
Tabelle 11:	Intraclass-Korrelations-Koeffizienten (ICC) und Korrelationskoeffizienten (r) in Bezug auf das Interview 1	135
Tabelle 12:	Intraclass – Korrelations - Koeffizienten (ICC) und Korrelationskoeffizienten (r) in Bezug auf das Interview 2	136
Tabelle 13:	Korrelationsmatrix der Variablen des Interviews 1	137

Tabelle 14:	Korrelationsmatrix der Variablen des Interviews 2	139
Tabelle 15:	Korrelationen der Interviews 1 und 2	141
Tabelle 16:	Kennwerte der Variablen des Interviews 1	144
Tabelle 17:	Varianzanalyse für abhängige Stichproben zwischen den Variablen des Interviews 1	145
Tabelle 18:	Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben der Variablen Interview 1	146
Tabelle 19:	Kennwerte der Variablen des Interviews 2	147
Tabelle 20:	Varianzanalyse für abhängige Stichproben zwischen den Variablen des Interviews 2	149
Tabelle 21:	Resultate des t-Tests für abhängige Stichproben zwischen den Unterdimensionen des Interviews 2	150
Tabelle 22:	Zusammenhang zwischen Interview 1 und 2 und den Fragebogen Bf-S, SOC-L9 und FKK	150

7.2 Leitfaden Interview 1

1. Vorbereitung

- Wie geht es Ihnen?
- Würden Sie bitte diesen Fragebogen ausfüllen? (BF-S)
- Video ok ?

2. Einleitung

- Warum ein Interview? (Zufriedenheit; Projekt)
- Datenschutz

3. Tageszentrum

- Bitte versuchen Sie sich an die Zeit ihres Eintrittes ins Tageszentrum zurückzuerinnern. Wie ging es Ihnen damals? (1.3a)
- Wie geht es Ihnen heute? (1.3b)
- Was gefällt Ihnen im Tageszentrum? (1.3c)
- Was gefällt Ihnen nicht? (1.3d)
- Wenn Sie etwas ändern könnten im Tageszentrum, was wäre es? Wie würden Sie es ändern? (1.3e)
- Was würden Sie nicht ändern wollen? (1.3f)

- Sie haben im Tageszentrum eine Bezugsperson. Wie geht es Ihnen damit? (1.3g)
- Hat sich die Beziehung zur Bezugsperson geändert seit Sie im Tageszentrum sind? In welchem Sinn? (1.3h)
- Haben Sie eine Anregung wie die Zusammenarbeit mit der Bezugsperson anders gestaltet werden könnte? (1.3i)

4. Projekt

- Wir haben Sie vor einigen Tagen über die Idee informiert, im Tageszentrum ein Projekt zu verwirklichen. wie geht es Ihnen damit? (1.4a)
- (Bei Aengsten oder Vorbehalten:) Was könnten ich oder das Team des Tageszentrum tun, damit es Ihnen damit besser geht? (1.4b)
- Haben Sie bereits eine Idee darüber, zu was Sie Lust hätten? (1.4c)
- Gibt es etwas, was Sie nicht möchten? (1.4d)

5. Ergänzungen

- Möchten Sie noch etwas anmerken?
- Wenn Ihnen später noch etwas einfällt, bitte sagen Sie es mir.

6. Hinweise

- auf Pause und Fragebogen.

7.3 Leitfaden Interview 2

1. Vorbereitung

- Wie geht es Ihnen?
- Würden Sie bitte diesen Fragebogen ausfüllen? (Bf-S)
- Video ok?

2. Fragen zum Projekt

- Ich möchte Ihnen einige Fragen zum Projekt stellen, das wir durchgeführt haben. Dazu möchte ich Sie bitten, sich an die verschiedenen ‚Stationen‘ des Projektes zu erinnern: erste Information, Vorbereitungszeit, Flohmarkt, die Projektwoche selber, die Vorbereitung des Festes, das Fest. (2.2a)
- Können Sie mir bitte sagen, wie Sie diese Phasen erlebt haben? (2.2b)
- Gab es für Sie in dieser Zeit ‚Höhepunkte‘? Warum waren es Höhepunkte? (2.2c)
- Gab es für Sie in dieser Zeit ‚Tiefpunkte‘? Warum waren es ‚Tiefpunkte‘? (2.2d)
- Haben Sie im Projekt Erfahrungen gemacht, die Ihnen im Alltag irgendwie genutzt haben? (2.2e)
- Gab es Erfahrungen, die Ihnen im Alltag geschadet haben? (2.2f)
- Gab es im Projekt ‚Dinge‘ die aus Ihrer Sicht einen positiven Einfluss auf die Gruppe der TeilnehmerInnen hatte? Wenn ja, welche waren es und worin bestand dieser positive Einfluss? (2.2g)
- Gab es im Projekt ‚Dinge‘ die aus Ihrer Sicht einen negativen Einfluss auf die Gruppe der TeilnehmerInnen hatte? Wenn ja, welche waren es und worin bestand dieser negative Einfluss? (2.2h)
- Das Projekt hatte u.a. den Sinn, die TeilnehmerInnen zu stärken. Hatte das Projekt in Ihrer Sicht einen solchen Effekt? Wenn ja, wie haben Sie diesen Effekt erlebt? (2.2i)
- Das Projekt hatte u.a. den Sinn, die TeilnehmerInnen in ihrer Selbstfindung zu unterstützen. Hatte das Projekt in Ihrer Sicht einen solchen Effekt? Wenn ja, wie haben Sie diesen Effekt erlebt? (2.2j)
- Es war die Idee, dass die TeilnehmerInnen selber bestimmen, was für ein Projekt durchgeführt wird, und die für das Projekt nötigen Arbeiten möglichst von den TeilnehmerInnen selber gemacht werden. Ist das aus Ihrer Sicht in der Realität so gewesen? (2.2k)
- Wie beurteilen Sie das Projekt als Ganzes? (2.2l)
- Nehmen wir an, dass im Tageszentrum PSAG ein ähnliches Projekt durchgeführt wird. Was müsste dann anders gemacht werden? Was müsste ähnlich oder gleich gemacht werden? (2.2m)

3. Ergänzungen

- Möchten Sie noch etwas anmerken?

- Wenn Ihnen später noch etwas einfällt, bitte sagen Sie es mir.

4. Hinweise

- Fragebogen

7.4 Konzept Freejob light

Einleitung	Seite	220
Ziele	Seite	221
Einbettung ins Tageszentrum PSAG	Seite	222
Teamressourcen	Seite	223
Infrastruktur	Seite	224
Budget	Seite	225
Aufbau	Seite	226
Betrieb	Seite	227
Haltung des Freejob Begleitteams	Seite	228
Risiken	Seite	229
Evaluation	Seite	230

Einleitung

Freejob light ist eine Vorstufe von Freejob, einer Projektidee, die wir im Tageszentrum PSAG entwickelt haben.

Freejob wird eine Werkstatt sein, die geschützte Arbeitsplätze anbietet. Die Werkstatt Freejob wird Freizeitaktivitäten für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung entwickeln, planen und begleiten (Freejob Angebote).

Die Vorstufe Freejob light wird auch schon Freizeitaktivitäten anbieten. Freejob light wird aber noch keine Werkstatt, sondern ein Programm des Tageszentrums PSAG sein.

Geeignete TeilnehmerInnen des Tageszentrums (Freejobber) werden an zwei Halbtagen pro Woche Freizeitaktivitäten entwickeln, planen und der Zielgruppe bekannt machen. Sie werden dabei von jeweils zwei TeamerInnen des Tageszentrums begleitet und unterstützt (Freejob Begleitteam)

Die Freejobber werden die selber entwickelten Freizeitaktivitäten auch begleiten. Bei den Freizeitaktivitäten wird normalerweise auch jemand vom Team des Tageszentrums anwesend oder mindestens ansprechbar sein.

Die Freejob Angebote sind nicht geeignet als Krisenintervention und auch nicht als regelmässiges Beziehungsangebot.

Unsere Zielgruppe für die Freejob Angebote sind psychisch beeinträchtigte Menschen, die eine gewisse Stabilität erreicht haben und in ein therapeutisches und/oder ein tagesstrukturierendes Setting eingebunden sind.

Ziele

Freejob light wird **Freizeitangebote** für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (Freejob Gäste) offerieren.

Freejob light schafft einen ‚**Möglichkeitsraum**‘ für geeignete TeilnehmerInnen des Tageszentrums PSAG. Sie haben Gelegenheit Freizeitaktivitäten für Peers (sozial Gleichgestellte) zu entwickeln, zu planen, anzubieten und zu begleiten.

Freejob light wird **Ressourcen reaktivieren** und es den Freejobern ermöglichen, **neue Kompetenzen** zu erwerben und **Verantwortung** zu übernehmen

Freejob light wird der **Teambildung** grosse Beachtung schenken. Eine optimale Teambildung ist eine zentrale Voraussetzung für die Entfaltung von Ressourcen.

Durch Freejob generiert das Tageszentrum zusätzliche, anrechenbare **Präsenzzeit**.

Annahme: 1000 Stunden Präsenzzeit (2 wöchentliche Angebote, die von 5 Gästen während ca.3 Stunden wahrgenommen werden)

Einbettung ins Tageszentrum PSAG

Freejob light erweitert das Programmangebot des Tageszentrums um ein Programm, das für die zielorientierte Arbeit besonders geeignet ist.

Das Freejob Team setzt sich aus TeilnehmerInnen des Tageszentrums PSAG zusammen. An zwei Halbtagen pro Woche nehmen sie anstelle eines anderen Programms des Tageszentrums am Freejob Programm teil.

Das Freejob Begleitteam besteht aus Mitgliedern des Teams des Tageszentrums.

Es besteht die Möglichkeit, die Räume und teilweise die Infrastruktur des Tageszentrums für Freizeitaktivitäten zu nutzen.

Der Raum, den wir für Freejob light mieten werden, wird auch von der Theatergruppe des Tageszentrums benützt werden und steht als Ausstellungsraum zur Verfügung.

Teamressourcen

Freejob Angebote müssen durch das Team des Tageszentrums begleitet werden. (Mindestens muss ein Teammitglied ansprechbar sein.)

Dieser Aufwand ist beträchtlich.

Annahmen:

Begleitung von Freejob Angeboten	300 Stunden
Sitzungen des Freejob Begleiteams	150 Stunden
Arbeiten zur Bereitstellung der Infrastruktur	150 Stunden
Individuelle Arbeitszeit (Vor und Nachbereitung)	150 Stunden
Total zusätzlicher Aufwand	750 Stunden (entspricht einem 40 %Pensum)

Dieser Aufwand erfordert eine Konzentration des übrigen Angebots des Tageszentrums (keine Nachmittagsprogramme mehr; Integration der Freejob Programme in das Vormittagsprogramm des Tageszentrums) und die Aktivierung zusätzlicher, bewilligter Ressourcen. (25 % Pensum, das für Freizeitangebote des Tageszentrums zur Verfügung steht.)

Den restlichen Mehraufwand decken wir durch Rationalisierungen im administrativen Bereich.

Infrastruktur

Raum

Freejob light soll dem Freejob Team ermöglichen, einen Schritt aus dem Tageszentrum heraus zu tun. Erfahrungen mit der Theatergruppe des Tageszentrums haben gezeigt, dass dieser Schritt, bei gleichzeitigem Verbundenbleiben mit dem Tageszentrum, den Rehabilitationsprozess unterstützt.

Das Freejob Team wird in einem Raum (Ladenlokal mit Schaufenster und Gartenzugang) ausserhalb des Tageszentrums arbeiten, den wir für ein Jahr mieten werden.

Dieser Raum wird auch der Theatergruppe des Tageszentrums zur Verfügung stehen. (Kostenreduktion von CHF 4'000)

Der Raum, den wir mieten können, ist auch geeignet für Ausstellungen von Arbeiten, die im Tageszentrum entstehen.

Möblierung

Es ist für die Arbeitsaufnahme von Freejob light eine minimale Möblierung notwendig, die im Investitionsbudget des Tageszentrums beantragt wurde.

Technische Einrichtung

Die technische Einrichtung (EDV, Telefon, Fax) wurde ebenfalls im Investitionsbudget des Tageszentrums beantragt.

Budget

Investitionen	CHF	8'000
Möblierung, technische Infrastruktur (Siehe Antrag Investitionsbudget Tageszentrum 2004)	CHF	8'000
Kosten pro Jahr	CHF	11'000
Raummiete (Raummiete CHF 9'000 p.a. abzüglich CHF 4'000 p.a. für Theaterraum)	CHF	5'000
Betriebsbudget Freejob	CHF	6'000

Aufbau

Phase 1: **Information**

Das Team des Tageszentrums informiert sorgfältig über das Projekt, über dessen Ziele und Angebote.

Phase 2 **Freejobteam zusammenstellen**

Die TeilnehmerInnen des Tageszentrums PSAG bewerben sich für Freejob. Das Team des Tageszentrums entscheidet über die Teilnahme. Kriterien für die Aufnahme betreffen die Stabilität und die Fähigkeiten der TeilnehmerIn. Nicht berücksichtigte TeilnehmerInnen werden durch die Bezugsperson sorgfältig informiert und über die Voraussetzungen einer ev. späteren Teilnahme informiert.

Phase 3 **Teambildung**

Dem Teambildungsprozess kommt grosse Bedeutung zu. Das Freejob Begleitteam bespricht diesen Prozess und unterstützt ihn sorgfältig.

Phase 4 **Experimentierphase**

Das Freejob Team entwickelt erste Ideen für Freizeitaktivitäten und probiert sie noch ohne Freejob Gäste aus. Leitlinien sind dabei das Interesse und die Lust der Freejobber. Wir denken, dass so entwickelte Angebote Energie zum durchhalten generieren und bei Peers (den Freejob Gästen) gut ankommen. Die Erfahrungen dieser Phase werden ausgewertet und im Hinblick auf die Durchführung mit Gästen evaluiert.

Die Phasen 1 - 4 werden 3 – 4 Monate in Anspruch nehmen.

Als Abschluss der Aufbauphasen findet voraussichtlich ein Fest im Freejobraum statt, das den Auftakt gibt zum eigentlichen Betrieb von Freejob.

Betrieb

Freejob light ist jetzt offen für Gäste und bietet Freizeitaktivitäten an.

Denkbar sind:

Besuch von kulturellen Veranstaltungen.

Freejob bereitet diese vor und nach und begleitet sie. Aus dem Betriebsbudget von Freejob light stehen Mittel für eine Subventionierung des Eintrittspreises zur Verfügung.

Naturerleben

Wanderungen, Exkursionen usw.

Betrieb einer Bar

Der Freejob Raum wird zu bestimmten Zeiten als (alkohol- und rauchfreie) Bar geöffnet. Das Freejobteam stellt den Betrieb sicher und tritt als Gastgeber auf.

Offenes Atelier

Eine Werkstatt des Tageszentrums ist zu festgelegten Zeiten ein offenes Atelier. Die Freejobber übernehmen die Verantwortung für den Betrieb des Ateliers.

Themenabende

Freejob veranstaltet Abende zu jeweils einem Thema. Freejob bereitet die Abende vor, lädt ev. ReferentInnen ein und/oder zeigt einen Film zum Thema.

Da Freejob ein **Möglichkeitsraum** sein soll, ist es nicht möglich, im Voraus zu sagen, was sich entwickeln wird. Das Freejob Angebot wird sich entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Freejobber und ihrer Gäste entwickeln.

Haltung des Freejob Begleiteams

Empowerment

Grundlegend ist die Idee des Empowerment als psychosoziales Konzept.

Als Leitgedanken sind uns folgende wichtig:

Empowerment, wie wir es verstehen, ist ermächtigend und sinnstiftend. Das Konzept beruht auf **Werten** wie Transparenz, informierter Zustimmung und Partizipation, im Sinne von Teilhabe am Hilfsprozess.

Wir wollen mit Freejob light **Möglichkeitsräume** schaffen. Auf der Grundlage eines klaren Rahmens soll sich die Kreativität der Freejobber (und ihrer Gäste) entfalten können.

Im Freejob - Zusammenhang sind wir weniger Programmleiter, sondern eher **Coaches**.

Freejob ist ein stark **partizipativ** angelegtes Projekt. Wir Professionelle sehen uns in erster Linie in der Rolle des Katalysators bzw. der MotivatorIn. Wir wollen unser Wissen und unsere Erfahrung einbringen, um Aus- und Verhandlungsprozesse anzustossen.

Freejob soll individuell und kollektiv (Teambildung) fördern. Die Freejobber haben über die Möglichkeit der Programmgestaltung zudem einen Einfluss auf die Struktur von Freejob. Wichtig ist uns die **Verknüpfung** dieser individuellen, kollektiven und strukturellen Ebenen.

Risiken

Insel

Freejob schafft eine neue Insel für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

Freejob organisiert zwar teilweise die Freizeit von Betroffenen. Die Dynamik des Projektes und seine Ausrichtung auf den öffentlichen Raum wirkt aber einer Inselbildung entgegen. Zudem wollen wir ausgewählte Angebote subventionieren und ermöglichen so eine Teilnahme.

Teambelastung

Das Team des Tageszentrums wird durch Freejob erheblich belastet werden (Begleitung der Freejob Angebote). Es muss verhindert werden, dass der normale Betrieb des Tageszentrums dadurch wesentlich beeinträchtigt wird.

Erforderlich ist eine Konzentration des Angebots des Tageszentrums. Während des Projekts werden wir keine Nachmittagsprogramme anbieten. Die Freejob light Programme werden wir in das Morgenprogramm des Tageszentrums integrieren. (Die Freejob Angebote hingegen werden an Nachmittagen und Abenden stattfinden.)

In einem frühen Stadium der Entwicklung von Freejob Angeboten muss geklärt werden, ob Teamressourcen zur Begleitung des Angebotes zur Verfügung stehen. Wenn diese Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, ist eine klare Abgrenzung des Teams nötig.

Wichtig ist uns auch die klare zeitliche Begrenzung von Freejob auf ein Jahr.

Spaltung der TeilnehmerInnen

Es ist möglich, dass es eine Spaltung der TeilnehmerInnen des Tageszentrums in ‚Freejobber‘ und ‚Nichtfreejobber‘ gibt.

Wenn sich eine solche Tendenz ergibt, werden wir sie in Gesprächen aufgreifen. Wichtig ist, dass die Aufnahmebedingungen für Freejob transparent sind. Interessenten für Freejob, die wir noch nicht aufnehmen können, werden wir in einem Standortgespräch deutlich machen, welche Ziele sie erreichen müssen, bevor sie aufgenommen werden.

Geringes Interesse an Freejob Angeboten

Es werden nicht alle Freejob Angebote auf eine rege Nachfrage stossen.

Das Freejob Begleitteam wird sorgfältig mit damit verbundenen Frustrationen umgehen müssen. Das Feedback durch die Nachfrage schafft aber auch Realitätsbezug und geringe Nachfrage kann Ansporn zu mehr Flexibilität werden.

Evaluation

Freejob light ist zeitlich auf ein Jahr beschränkt.

Spätestens im Monat 8 nach Projektbeginn wollen wir mit der Evaluation des Projektes beginnen.

Als Grundlage der Evaluation dient uns die Anweisung QA29052 des PSAG QM Handbuchs.

Verifizierung

Die Projektleitung hat den Projekt-Erfüllungsgrad zu messen und zuhanden des Projektlenkungsausschusses (Urs Haldimann, Susanne Altermatt) festzuhalten. Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

- Sind die Zielvorgaben des Projektauftrages erreicht?
- Wurden die Ressourcen planmässig eingehalten?
- Sind die Termine planmässig eingehalten worden?
- Entsprechen die Kosten den Projektvorgaben?

Validierung

Die Projektvalidierung wird mit den Endbenutzern des Prozesses vorgenommen und dokumentiert. Sie dokumentiert den effektiv realisierten Nutzen des Projektes.

Abschlussdokumentation

Im weiteren sind die Ergebnisse des Projektes in Form einer Abschlussdokumentation zusammenzufassen. Diese Dokumentation umfasst die während dem Projekt erstellten Dokumente:

- Projektauftrag
- Inhaltsverzeichnis der Unterlagen
- Verwendete Techniken und Literaturangaben
- Kurze Zusammenfassung der Aufgabenstellung und der Ergebnisse
- Projektbeurteilung (Schlussbeurteilung) des Projektteams
- Anzahl der Exemplare und Aufbewahrungsort der Projekt-Dokumentation

Die Evaluation wird die Grundlage sein für **Vorschläge zur Weiterführung der Idee**.

7.5 Programm ‚Freejob‘ April – Juni 2006

Freejob präsentiert: Freizeit Fun Bildung

Programm April - Juni 2006

1. APRIL SAMSTAG 14.00-16.00 UHR		Ausstellung Andreas Käppeli Ding - Ansicht - Bild - Seele Fotomontagen 18 Uhr Finissage 19 Uhr Podiumsgespräch zum Thema Depression mit Dr. Beck, Oberarzt UKK und A. Käppeli als Betroffener. Leitung: Prof. Dieter Ackermann, Leiter Tagessentrum PSAG Freejob Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel
5. APRIL MITTWOCH 18.00 UHR	Badminton Squash	Sportnachmittag Ort: Sportcenter VTS, Hegerhalmstrasse 121, Allschwil Kosten: Fr. 4.- (inkl. Schläger) Treffpunkt: 13 Uhr Tagessentrum PSAG oder direkt beim Sportcenter um 13:45 Uhr Badminton bis 15 Uhr - Squash bis 16 Uhr Mitbringen: saubere Sportschuhe mit halber Sohle, Sportbekleidung Anmeldung mit Foto oder Tel.: 061 666 62 62 bis 5. April
12. APRIL MITTWOCH 13.00 UHR		Theatersport Beim Klassiker des Improtheaters stehen sich zwei Schauspielernachschüler gegenüber. Unwissend werden sie bei Team Match um die besten Szenen des Abends von einem Moderator und einem Musiker, der sie begleitet und die Szenen auch an improvisierte Liedtexte bindet. Die Schauspielernachschüler auf offener Bühne. Nichts ist einstudiert, nichts ist abgesprochen. Sie als Zuschauer geben uns dabei Vorgaben, auf welche wir im Mitkommersicht die schnellsten und schlagendsten Geschichten vor Ihren Augen antworten. Treffpunkt: 19.30 Uhr, Haltestelle Volkplatz (Tram 11) Kosten: Fr. 8.- Anmeldung mit Foto oder Tel.: 061 666 62 62 bis 9. April
19. APRIL MITTWOCH 19.30 UHR		Ausstellung Stéphanie Degen „Fascinating view with pink glasses“ Wandmalerei, welche in zwei Wochen die zur Verweilzeit entstanden sein wird. Mit fotografischen Blick arbeitet Stéphanie Degen an den Nachbildern die sie durch verschiedene Medien überfluten, beeinflussen und inspirieren. Auch die alltäglichen Einflüsse ihrer Umgebung sind wichtiger Bestandteil für den Ausdruck ihrer Schwarzmalerei. Vernissage: Mittwoch, 26. April 18-21 Uhr Öffnungszeiten: 27.4.-10.6.2006 Do & Fr: 18-20 Uhr und Sa 14-18 Uhr Freejob Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel
26. APRIL MITTWOCH 18.00 UHR	Sternwarte	Die Vortrag und anschliessend Beobachtung des Nachthimmels mit Teleskopen im Freien Treffpunkt: 20 Uhr, Haltestelle Margarethen (Tram 2) Dauer: bis ca. 22.30 Uhr Kosten: Fr. 8.- Anmeldung mit Foto oder Tel.: 061 666 62 62 bis 2. Mai
4. MAI DONNERSTAG 20.00 UHR	Leichte Surprise Wanderung	Treffpunkt: 9.30 Uhr, Tagessentrum PSAG, Vertebrenstrasse 42 Rückkehr: ca. 16 Uhr Mitbringen: Pick-Nick, Getränk, U-Abc oder Feinsand Kosten: gratis Anmeldung mit Foto oder Tel.: 061 666 62 62 bis 28. April
10. MAI MITTWOCH 9.30 UHR		

13. MAI

SAMSTAG
16.00 UHR

„Pessimistic view with pink glasses“

Des Ende als Anfang, Fotografie „Lobe beer“

Finissage: Samstag, 13.5. 16-18 Uhr

Frei job Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel

17. MAI

MITTWOCH
18.00 UHR

Film der Monty Pythons

Der Film behandelt die Sage von König Artus und der Suche nach dem heiligen Grail in satirischer Weise. Bei näherem Hinsehen geht es allerdings um Dinge wie dem romantisch-britischen Verhältnis oder dem Auseinanderdriften von Medienwirklichkeit und Realität.

Barbetrieb

Frei job Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel

24. MAI

MITTWOCH
18.30 UHR

Italienisches Essen

Menü: Kleiner Aperio - Spaghetti mit diversen Saucen - Tiramisu
Kosten: Fr. 8,-

Frei job Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel

Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 666 63 63 bis 20. Mai

31. MAI

MITTWOCH
17.30 UHR

Bowling Abend

Treffpunkt: 17.30 Uhr, SBB - Ausgang Gundel, beim Kiosk

Dauer: bis ca. 20 Uhr

Kosten: Fr. 5,-

Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 666 63 63 bis 27. Mai

5. JUNI

PFINGSTMONTAG
19.00 UHR

Don Giovanni Theater Basel

Oper von Wolfgang Amadeus Mozart

Widriger als die Luft, die er atmet, und die Brot, das er isst, sind (r Don Giovanni die Frauen, getrieben von einer unerbittlichen Sehnsucht, einem unbedingten, unaufhaltsamen Liebestrieb bricht Giovanni die Regeln menschlichen Zusammenlebens, entzweit sich jeglicher Moral.

Treffpunkt: 19 Uhr, Theater Basel Haupteingang (bis 22.46 Uhr)

Kosten: Fr. 12,-

Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 555 63 63 bis 22. Mai

7. JUNI

MITTWOCH
18.00 UHRRhythmische
Improvisation

Zum Mitmachen

Freies Improvisieren mit mitgebrachten Instrumenten (vom Kochtopf bis Geige) und Stimme. Ein Klangexperiment und ein Klangerlebnis.
Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 555 63 63 bis 29. Mai

Barbetrieb

Frei job Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel

14. JUNI

MITTWOCH
10.00 UHR

Swiss Art Awards

Die Ausstellung "Swiss Art Awards" zeigt die Arbeiten zur zweiten Runde des Eidgenössischen Wettbewerbs für Kunst. Sie ermöglicht einen ausgewählten Überblick über das junge Schweizer Kunstschaffen.

Treffpunkt: 10 Uhr, Tageszentrum PSAG

Dauer: bis 12.15 Uhr

Kosten: gratis, mit Mittagessen im Tageszentrum Fr. 7,-

Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 666 63 63 bis 12. Juni

21. JUNI

MITTWOCH
18.00 UHR

Ausstellung Olivia Rosatzin

Schattengewächse

Technik: Collage

Vernissage: Mittwoch, 21.6. 18-21 Uhr

Öffnungszeiten: Samstag, 24.6. 14-18 Uhr

Dienstag, 27.6. 18-20 Uhr

Samstag, 1.7. 14-18 Uhr

Finissage: Mittwoch, 5.7. 18-20 Uhr

Frei job Raum, Maulbeerstrasse 18, Basel

28. JUNI

MITTWOCH
9.30 UHR

See - Ausflug

Bielersee - St. Petersinsel

Der Ausflug führt mit Auto und Schiff auf die St. Petersinsel zum „Brüel“, Schwimmen und Wandern.

Treffpunkt: 9.30 Uhr, Tageszentrum PSAG, Wettsteinhalde 42

Rückkehr: 18 Uhr

Mitbringen: Pick Nick, Getränk, Sonnenschutz, Badeaachen ...

Kosten: Fr. 15,-

Der Ausflug findet nur bei schönem Wetter statt. Auskunft erhältlich am 27. Juni, von 14-16 Uhr, unter Tel.: 061 555 63 63.

Anmeldung mit Telefon oder Tel.: 061 666 63 63 bis 19. Juni

Lebenslauf von Dieter Ackermann-Horisberger

Ich wurde am 1. März 1952 in St. Gallen geboren. Ich bin Bürger von Luzern. Meine Eltern sind Gilbert und Hildi Ackermann-Rosebrock.

Ich habe die Primarschule in Riehen und Therwil, die Realschule in Therwil und das Gymnasium in Schwyz, Münchenstein und Basel besucht und 1973 mit der Maturität Typus C abgeschlossen. Ich habe darauf in verschiedenen Berufen gearbeitet und von 1983 -1989 an der Universität Zürich Psychologie studiert und das Studium 1989 mit dem Lizentiat abgeschlossen.

1989-1996 arbeitete ich als Psychologe im externen Psychologischen Dienst Baselland, im Rehab Basel, in der Entzugsstation Cikade und in privater Praxis. 1988-1997 studierte ich am Institut für Prozessorientierte Psychologie in Zürich und schloss dort die Ausbildung zum prozessorientierten Psychotherapeuten mit dem Diplom ab.

Seit 1996 arbeite ich als Psychologe im Tageszentrum der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Basel (PSAG). Seit dem Jahr 2001 leite ich das Tageszentrum PSAG.

Am 19. Mai 2006 habe ich das mündliche Doktorexamen in klinischer Psychologie bestanden.

Ich bin seit 1983 mit Margrit Horisberger Ackermann verheiratet und Vater von vier zum Teil erwachsenen Kindern.

Basel im Mai 2006