

**Partizipation in der Sozialpsychiatrie -
Möglichkeiten und Grenzen von Nutzerbeteiligung
in der sozialpsychiatrischen Praxis**

Master-Thesis

im Studiengang
Soziale Arbeit Master of Arts

an der
Fachhochschule Kiel
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

vorgelegt von
Daniel Hoppmann

Erstgutachterin: Prof. Dr. J. Bischkopf
Zweitgutachter: Prof. Dr. R. Lütjen

Abgabedatum: 21. Juni 2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Partizipation	8
2.1. Begriffsklärung und Definition von Partizipation	8
2.2. Partizipationsmodelle	12
2.2.1. Die Leiter der Partizipation	12
2.2.2. Das Stufenmodell der Partizipation	15
2.2.3. Die Partizipationspyramide	17
2.2.4. Der Beteiligungskreis	21
2.3. Formen und Arten von Partizipation	23
2.4. Theoretische Fundierung von Partizipation in der Sozialen Arbeit	25
2.4.1. Demokratietheoretische Begründung	25
2.4.2. Dienstleistungstheoretische Begründung	28
2.4.3. Psychologische Dimensionen der Partizipation	30
2.4.3.1. Einflussüberzeugung	31
2.4.3.2. Selbstwirksamkeit	32
2.4.3.3. Kohärenzgefühl	33
2.4.4. Empowerment als Auftrag der Sozialen Arbeit	36
2.5. Fazit von Kapitel 2	38
3. Partizipation in der Sozialpsychiatrie	40
3.1. Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen	40
3.1.1. Sozialpsychiatrie	40
3.1.2. Partizipation und Nutzerbeteiligung in der Sozialpsychiatrie	44
3.2. Rechtliche und normative Rahmenbedingungen	48
3.2.1. UN-Behindertenrechtskonvention	48

3.2.2. Aktionsplan und Psychiatriebericht des Landes Schleswig-Holstein	50
3.2.3. Bundesteilhabegesetz und Sozialgesetzbuch IX	51
3.2.4. Werkstätten-Mitwirkungsverordnung	54
3.2.5. Selbstbestimmungsstärkungsgesetz	56
3.3. Grundlegende Handlungsansätze und Konzepte	58
3.3.1. Trialog	58
3.3.2. Recovery	61
3.3.3. EX-IN – Experienced Involvement	64
3.4. Ausgewählte Methoden und Handlungsfelder der Partizipation	67
3.4.1. Partizipative Entscheidungsfindung	67
3.4.2. Behandlungsvereinbarungen	69
3.4.3. Individuelle Hilfeplanung	71
3.4.4. Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Angebote	73
3.4.5. Unabhängige Beschwerdestellen	75
3.4.6. Partizipative Forschung	78
3.5. Fazit von Kapitel 3	80
4. Möglichkeiten und Grenzen in der Sozialpsychiatrie	83
4.1. Chancen und Nutzen von Partizipation	83
4.1.1. Individuelle Ebene	85
4.1.2. Institutionelle Ebene	87
4.1.3. Strukturelle und politische Ebene	88
4.2. Risiken und Grenzen von Partizipation	90
4.3. Notwendige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	92
5. Resümee	95
6. Quellenverzeichnis	97

„Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen dem bloßen Ritual der Beteiligung und der effektiven Macht, das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses zu beeinflussen.“

(Sherry R. Arnstein 1969)

„Die Psychiatrie muss auf den Erfahrungen der Betroffenen beruhen; sonst ist sie keine ‚empirische‘ Wissenschaft.“

(Dorothea Buck 2007)

1. Einleitung

Partizipation spielt bereits seit geraumer Zeit in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen wie beispielsweise in der Politik, Arbeitswelt, Verwaltung, Entwicklungshilfe oder Medizin eine wichtige Rolle (vgl. Pluto 2007, S. 17ff.). Menschen an Entwicklungen und Prozessen zu beteiligen, wird zunächst einmal als positiv bewertet, wodurch Partizipation grundsätzlich eine hohe gesellschaftliche Zustimmung erfährt (vgl. a.a.O., S. 16). So hat der Begriff der Partizipation in den beiden zurückliegenden Jahrzehnten auch in der Praxis und in der Theorie der Sozialen Arbeit stark an Bedeutung gewonnen und ist in aktuellen Debatten und Konzepten allgegenwärtig (vgl. Franzkowiak/Homfeldt 2012, S. 79). Auch im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie wird die Frage nach Partizipation immer wichtiger und setzt einen neuen Maßstab an die Qualität der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Bock 2012, S. 365).

Trotz der vielfachen Verwendung des Begriffs der Partizipation, bleibt häufig unklar, was genau damit gemeint ist und an welchen Merkmalen sich die Realisierung der Beteiligung erkennen lässt (vgl. Wright 2012, S. 95). In der Debatte über Partizipation in der Sozialen Arbeit steht zudem häufig eine handlungsorientierte Auseinandersetzung im Vordergrund. Es wird hauptsächlich über die Vor- und Nachteile verschiedener Beteiligungsmodelle, Kriterien möglicher Partizipationsangebote und notwendige Strukturen für die Umsetzung diskutiert. Schwach ausgeprägt ist hingegen die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema der Partizipation. (Vgl. Lenz 2006, S. 14)

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Diplom-Sozialpädagoge und Fachreferent in der sozialpsychiatrischen Einrichtung „Kieler Fenster“¹ konnte ich praktische Erfahrungen mit dem Thema der Nutzerbeteiligung sammeln. Zu meinen Aufgaben im „Kieler Fenster“ zählt unter anderem die praktische und fachliche Beglei-

¹ Das „Kieler Fenster“ ist ein Netzwerk sozialpsychiatrischer Einrichtung, das seit 1981 erwachsene Menschen mit psychischen Schwierigkeiten und ihre Angehörigen auf vielfältige Weise unterstützt. Im Rahmen von Beratung und Therapie, Betreuung und Begleitung werden Hilfen in den Bereichen Behandlung, Wohnen, Arbeit und soziale Teilhabe angeboten. Der gemeinnützige Verein zur Förderung sozialpädagogischer Initiativen e.V. ist Träger des „Kieler Fenster“ und Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein.

tung und Unterstützung der Mitwirkung der Nutzer*innen² im Rahmen des Qualitätsmanagements. Durch die Beteiligung an mehreren partizipativ ausgerichteten Projekten in Kiel ist mir das Thema der Partizipation von Menschen mit Psychiatrieerfahrung ebenfalls wichtig und vertraut. Dazu zählt eine Arbeitsgruppe aus Betroffenen und Fachkräften, die unterschiedliche Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit bzw. Antistigma-Arbeit (Schulprojekte, Filmvorführungen mit anschließender Diskussion, Seminare, Fortbildungen, etc.) gemeinsam entwickelt und umsetzt. Ebenso war ich am Aufbau einer dialogisch besetzten unabhängigen sozialpsychiatrischen Beschwerdestelle in Kiel beteiligt und habe eine Gruppe von Betroffenen unterstützt, die auf kommunaler und landespolitischer Ebene an der Psychiatrieplanung und -entwicklung mitwirkt.

Diese praktischen Erfahrungen haben mein Interesse geweckt, mich im Rahmen meiner Master-Thesis näher mit dem Thema der Partizipation in der Sozialpsychiatrie zu beschäftigen. Insbesondere möchte ich mich dabei mit dem theoretischen Hintergrund, dem Nutzen, sowie den Risiken von Partizipation in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen auseinandersetzen. Insgesamt ist das Ziel der Arbeit einen Überblick darüber zu erlangen, was unter Partizipation verstanden wird und was sie für die Sozialpsychiatrie bedeutet. Die zentralen Fragestellungen meiner Arbeit lauten demzufolge: Welche theoretische Begründung und welche fachliche Bedeutung hat die Beteiligung von Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Angebote? Welche Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligung bestehen in der praktischen Arbeit?

Zu diesen Fragestellungen werde ich in drei Kapiteln folgende Ausführungen machen:

Zu Beginn möchte ich in Kapitel 2 eine Begriffsklärung und Definition von Partizipation vornehmen, bevor ich einige grundlegenden Partizipationsmodelle vorstelle. Diese Modelle stammen aus unterschiedlichen fachlichen Bezügen und sollen die verschiedenen inhaltlichen Aspekte von Beteiligungsprozessen verdeutlichen. Nach der Vorstellung einer möglichen Einteilung und Typologisierung von Beteiligungsmodellen möchte ich näher auf die theoretische Fundierung von Partizipation in der Sozialen Arbeit eingehen. Dazu beschäftige ich

² Um allen Menschen im Text dieser Arbeit gerecht zu werden, benutze ich in der Regel das Gendersternchen oder verwende neutrale Begriffe.

mich mit demokratietheoretischen und dienstleistungstheoretischen Begründungen ebenso, wie mit Konzepten der Gesundheitspsychologie und des Empowerments, um die Zusammenhänge und die Bedeutung von Partizipation näher zu ergründen.

In Kapitel 3 beschäftigte ich mich zunächst mit der inhaltlichen Bestimmung der Begriffe der Sozialpsychiatrie und der Nutzerbeteiligung. Anschließend möchte ich mit der UN-Behindertenrechtskonvention, dem Bundesteilhabegesetz, der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung und dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz einige rechtliche Rahmenbedingungen vorstellen, die Ausführungen zur Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen enthalten. Um die Bedeutung von Partizipation für die Sozialpsychiatrie zu verdeutlichen, möchte ich einige grundlegende Zusammenhänge zu aktuellen sozialpsychiatrischen Handlungsansätzen wie dem Trialog, der Recovery-Orientierung und der EX-IN-Bewegung darstellen. Wie die Beteiligung der Nutzer*innen praktisch umgesetzt werden kann, möchte ich schließlich anhand von sechs ausgewählten konkreten Methoden und Handlungsfeldern vorstellen.

Die gewonnenen Erkenntnisse möchte ich dann in Kapitel 4 miteinander verknüpfen und dadurch Möglichkeiten und Grenzen von Partizipation in der Sozialpsychiatrie aufzeigen. Dazu werde ich näher auf die Chancen und den Nutzen von Partizipation auf den Ebenen der Nutzer*innen, der sozialpsychiatrischen Einrichtungen und der Gesellschaft eingehen. Ebenso möchte ich bestehende Risiken und Hemmnisse der Beteiligungsprozesse darstellen und einige notwendige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Partizipation in der Sozialpsychiatrie aufzeigen.

Schließen möchte ich meine Ausführungen mit einem Resümee. Dieses beinhaltet eine Zusammenfassung und kritische Würdigung des Themas, sowie die Darstellung einiger zukünftiger Perspektiven und Herausforderungen im Hinblick auf die Beteiligung von Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Angebote.

2. Partizipation

Partizipation als grundlegende Leitidee und Handlungsansatz stammt ursprünglich aus dem politischen Kontext der Beteiligung von Bürger*innen an Planungs- und Entscheidungsprozessen (vgl. Pluto 2007, S. 16). In der Sozialen Arbeit ist der Begriff im Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendhilfe weit verbreitet und dort auch in Theorie und Praxis etabliert (vgl. Franzkowiak/Homfeldt 2012, S. 79; Schnurr 2015, S. 1171). Aber auch in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit wie der Hilfe für Menschen mit Behinderungen oder der Sozialpsychiatrie gewinnt der Begriff der Partizipation zunehmend an Bedeutung.

Allerdings besteht, obwohl der Begriff der Partizipation in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen oftmals Verwendung findet, kein einheitliches Verständnis über die damit verbundenen Inhalte und Aussagen. Was genau mit Partizipation gemeint ist, bleibt häufig unklar und undeutlich. Ich möchte mich daher dem Thema zunächst über eine Klärung der Begrifflichkeit annähern, um anschließend genauer auf einige grundlegende Partizipationsmodelle einzugehen.

2.1. Begriffsklärung und Definition von Partizipation

Partizipation ist ein vielfach verwendeter Begriff im deutschen Sprachgebrauch und meint zunächst die Teilhabe an etwas. Der Duden definiert Partizipation dementsprechend auch als „das Teilhaben, Teilnehmen, Beteiligtsein“ (Duden 2011, S. 1313). Im ursprünglichen Wortsinne geht es bei Partizipation darum, bei einer Aktivität oder Handlung mitzumachen bzw. an einem Prozess oder Vorgang beteiligt zu sein.

Der Begriff Partizipation hat seinen Ursprung im Lateinischen „participare“ und meint im wörtlichen Sinne Teilnahme und Teilhabe. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird er mehr oder weniger synonym zu Beteiligung, Mitbestimmung und Mitwirkung verwendet. (Pluto 2007, S. 16)

Partizipation bedeutet dieser Definition zufolge mehr als nur die bloße Teilnahme an einem Angebot oder einem bestimmten Prozess. Es geht darum einen eigenen Teil dazu beizutragen, bei Entscheidungen mitzubestimmen und an der

Ausgestaltung von konkreten Handlungen mitzuwirken. „Partizipation bedeutet mehr: nämlich mitwirken, mitgestalten, mitbestimmen zu können“ (Hansen et al. 2011, S. 19).

Mit dieser Fokussierung auf Mitwirkung und Mitbestimmung wird Partizipation abgegrenzt von anderen Formen der Beteiligung, bei denen die Meinung der Teilnehmer*innen keinen Einfluss auf das Ergebnis einer Entscheidung hat (vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 230). Somit wird die Teilhabe an Entscheidungen als ein zentrales Element von Partizipation definiert.

Unter Partizipation soll hier die individuelle oder auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen verstanden werden, die die eigene soziale, ökonomische und politische Situation, die eigene Lebensgestaltung – und damit auch die eigene Gesundheit – betreffen. Teilhabe an relevanten Entscheidungen heißt dann, dass Personen, ob allein oder als Teil einer Gruppe, mit ihrem Verhalten Einfluss auf das Ergebnis der Entscheidungsfindung haben und ihr Verhalten die möglicherweise für sie wichtigen Konsequenzen der Entscheidung beeinflusst. (Hartung 2012, S. 61)

Bei Partizipation geht es also um die Frage nach der Verteilung von Entscheidungsbefugnissen und damit auch um die Frage der Machtverteilung. Wer darf an Entscheidungen mitwirken, wer nicht und wer legt dies fest? Es geht dabei um Entscheidungen, die für die Person selbst relevant sind, weil sie direkte oder indirekte Auswirkungen auf das eigene Leben haben. Damit besteht ein direkter Zusammenhang zum Thema der Selbstbestimmung, verstanden als Wahlmöglichkeiten, zwischen denen Menschen selbständig und autonom entscheiden können (vgl. Hartung 2012, S. 60).

Partizipation ermöglicht aber nicht nur das Mitentscheiden über persönliche Dinge, sondern auch eine Beteiligung an Angelegenheiten, die das Leben in der Gemeinschaft betreffen. Gemeinschaft wird dabei verstanden als eine Gruppe, in denen Menschen aufeinander bezogen handeln und gemeinsam an der Erfüllung ihrer Bedürfnisse arbeiten. Es kann sich dabei um eine kleine Gruppe von Menschen bis hin zur kommunalen Gemeinde handeln. (Vgl. Hansen et al. 2011, S. 20-21)

Weitere wichtige Aspekte sind die Tragweite der Partizipation bzw. die Grenzen der Mitbestimmung. Es geht dabei um den Umfang der Beteiligung bzw. wie weit der Einfluss auf Entscheidungen des Einzelnen oder der Gruppe reicht. „Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation“ (Wright et al. 2010, S. 19). Auch die Transparenz über die Strukturen und die Prozesse in denen Partizipation stattfindet, sind von Bedeutung (vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 13-14).

Partizipation bedeutet, an Entscheidungen mitzuwirken und damit Einfluss auf das Ergebnis nehmen zu können. Sie basiert auf klaren Vereinbarungen, die regeln, wie eine Entscheidung gefällt wird und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht. (Straßburger/Rieger 2014, S. 230)

Neben dem Verständnis von Partizipation als „Entscheidungsteilhabe“ (Hartung 2012, S. 60), wird der Begriff häufig auch als Synonym für die Teilhabe von Personen am Leben in der Gemeinschaft bzw. an sozialen Prozessen verwendet. Partizipation als soziale Teilhabe wird dabei als Eingebundenheit auf einer sozialen und gesellschaftlichen Ebene verstanden. „Partizipation heißt in diesem Sinne zuerst mal Inklusion“ (Hafen 2012, S. 304).

In der Sozialen Arbeit wird der Begriff der Partizipation zum einen für die Beteiligung von Klient*innen bzw. Nutzer*innen an Entscheidungen verwendet. Dabei geht es um Entscheidungen über Angebots- und Leistungsstrukturen, Bedarfe und Leistungen im Einzelfall, sowie Entscheidungen in Prozessen der Leistungserbringung. Zum anderen ist die Ausübung von Wahlfreiheit durch die Nutzer*innen bezüglich unterschiedlicher Leistungstypen, Leistungserbringern, Fachkräften und Bezugspersonen gemeint. (Vgl. Schnurr 2015, S. 1171)

Die wissenschaftlichen und konzeptionellen Diskussionen (in der Sozialen Arbeit, d. Verf.) beziehen sich überwiegend auf die Fragen, ob, wie, in welchem Umfang und hinsichtlich welcher Aspekte Klienten auf die Gestaltung von Leistungen und deren Erbringungskontexte aktiv Einfluss nehmen und an den damit zusammenhängenden Entscheidungen beteiligt werden (sollen); wie dies zu begründen ist, an welche Voraussetzungen dies gebunden ist und welche Effekte und Wirkungen mit verschiedenen Erscheinungsformen von (fehlender) Partizipation verbunden sind. (Schnurr 2015, S. 1171)

Mit Partizipation sind im Feld der Sozialen Arbeit insbesondere die Beteiligung an Entscheidungen und die Wahlfreiheit von Klient*innen und Nutzer*innen angesprochen. Direkt oder indirekt geht es dabei immer um das Verhältnis zwischen Klient*innen und Sozialarbeiter*innen, bzw. zwischen Nutzer*innen und Leistungserbringer*innen. Gintzel (vgl. 2013, S. 650) schlägt folgende Definition von Partizipation in der Sozialen Arbeit vor:

Partizipation in der Sozialen Arbeit steht für die sehr unterschiedlichen Ansätze der bewussten Beteiligung der AdressatInnen und meint dabei Teilnahme, teilhaben lassen, Mitgestaltung, Mitwirkung, Mitbestimmung, Mitverantwortung, Selbstorganisation, Koproduzentenschaft. (Gintzel 2013, S. 650)

Da Partizipation in der Sozialen Arbeit sehr unterschiedlich verstanden werden kann, besteht die Gefahr, dass der Begriff als Alibi-Bezeichnung missbraucht wird. Die Beteiligung von Klient*innen und Nutzer*innen an Entscheidungen und Prozessen wird zwar von allen Akteuren zunächst einmal als positiv bewertet und erhält eine hohe Zustimmung (vgl. Pluto 2007, S. 16). Von Partizipation kann allerdings nur dann die Rede sein, wenn daraus Konsequenzen für die Machtverteilung zwischen Fachkräften und Adressat*innen erfolgen (vgl. Petersen 2002, S. 912).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Begriff der Partizipation sowohl im allgemein-gesellschaftlichen Sprachgebrauch, wie auch im fachlichen Diskurs der Sozialen Arbeit mit unterschiedlichen Inhalten und Bedeutungen und in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet wird. Eine einheitliche Definition ist daher nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Von besonderer Relevanz für diese Arbeit ist die Definition von Partizipation im Sinne von Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Im Folgenden werde ich daher die Begriffe Partizipation und Beteiligung immer wieder synonym im Sinne von Entscheidungsteilnahme verwenden.

2.2. Partizipationsmodelle

Nachdem ich den Begriff der Partizipation im vorangegangenen Kapitel hinsichtlich seiner inhaltlichen Bestimmung und seinen unterschiedlichen Anwendungsbereichen untersucht habe, möchte ich in diesem Abschnitt näher auf einige ausgewählte Modelle von Partizipation eingehen. Beginnen möchte ich mit einem Modell, welches Ende der 1960er Jahren von der US-Amerikanerin Sherry R. Arnstein für den Bereich der Bürgerbeteiligung entwickelt wurde. Dieses Stufenmodell diente in der Folge vielen weiteren Partizipationsmodellen als Vorbild (vgl. Wright et al. 2010, S. 39).

2.2.1. Die Leiter der Partizipation

Sherry R. Arnstein versucht in ihrem international viel beachteten Artikel mit dem Titel „A Ladder of Citizen Participation“, der 1969 im „Journal of the American Planning Association“ erschienen ist, die Gründe für erfolgreiche Bürgerinitiativen zu identifizieren. Ausgehend von ihren Erfahrungen in Stadtentwicklungsprojekten der 1960er-Jahre in den USA untersucht Arnstein die Rolle der Bürger*innen bei der Realisierung von Maßnahmen, die ihre Umgebung verbessern sollen. Sie kommt dabei zu der Schlussfolgerung, „dass Veränderungen in Wohnvierteln, die den Alltag der Anwohner*innen nachhaltig verbessern, erst dann verwirklicht werden, wenn die Bürger*innen ihre Lebensbedingungen (mit-)bestimmen können“ (Wright et al. 2010, S. 19-20).

Ausgehend von der Erfahrung, dass erst die Beteiligung der betroffenen Bürger*innen einen nachhaltigen Erfolg bringt, entwickelte Arnstein ein Modell der Partizipation. In ihrem Stufenmodell zur Bürgerbeteiligung bezieht Arnstein sich bei der Bestimmung von Partizipation auf die tatsächlichen Entscheidungsmöglichkeiten, die den Bürger*innen zukommen. Das Modell beruht somit auf dem Grundprinzip, dass Partizipation Entscheidungsmacht bedeutet. Je größer die Entscheidungsmacht einer Person oder einer Gruppe, umso größer ist der Grad der Partizipation. In der hierarchischen Ordnung des Stufenmodells bedeutet dies, je höher auf der Leiter die Form der Bürgerbeteiligung einzuordnen ist, umso höher ist der Grad der tatsächlich realisierten Partizipation. (Vgl. Wright 2012, S. 95)

Arnstein wollte mit ihrem Modell zunächst einmal verdeutlichen, dass es verschiedene Abstufungen von Bürgerbeteiligung gibt (vgl. Arnstein 1972, S. 196). Erst durch die Beschreibung unterschiedlicher Formen der Bürgerbeteiligung und die Einordnung in ein Stufensystem wird es möglich, zwischen einem rein formalen Einbeziehen, ohne die Möglichkeit an Entscheidungen tatsächlich mitzuwirken, von tatsächlicher Partizipation zu unterscheiden. Somit dient das Stufenmodell dem grundsätzlichen Zweck, „...Partizipation inhaltlich zu bestimmen und von Formen einer Schein-Partizipation abzugrenzen...“ (Schnurr 2015, S. 1175).

In Tabelle 1 wird die hierarchische Einteilung der acht Beteiligungsstufen nach dem Grad der Entscheidungsmacht und die Zuordnung der Stufen zu drei Kategorien dargestellt. Arnstein ordnet die Stufen (1) Manipulation und (2) Therapie der Kategorie der „Nichtbeteiligung“ zu. In der untersten Stufe der „Manipulation“ findet statt echter Bürgerbeteiligung ein Umdeuten von Beteiligung in eine Scheinbeteiligung statt. Menschen werden in Ausschüsse oder Beiräte aufgenommen, um sie zu erziehen, zu überreden oder zu manipulieren. In der zweiten Stufe der „Therapie“ geht es darum, statt wahrer Bürgerbeteiligung eine Art Beschäftigungstherapie als Ablenkungsmanöver durchzuführen und die Beteiligten zu „kurieren“. (Vgl. Arnstein 1972, S. 198-200)

8	Bürgerkontrolle	} Weisungsbefugnis
7	Delegation von Entscheidungen	
6	Partnerschaft	
5	Scheinbefugnis	} „Spielwiese“
4	Beratung	
3	Information	
2	Therapie	} Nichtbeteiligung
1	Manipulation	

Tabelle 1: Leiter der Partizipation (vgl. Arnstein 1972, S. 195)

Die Stufen (3) Information, (4) Beratung und (5) Scheinbefugnis kategorisiert Arnstein als „Spielwiese“ der Bürgerbeteiligung. Diese Kategorie, die im englischen Originaltext mit „Tokenism“ beschrieben ist, wird von Schnurr auch als Kategorie der „Schein-Beteiligung“ (2015, S. 1176) übersetzt. Auf der Ebene der „Information“ werden die Bürger*innen über ihre Rechte, Pflichten und Wahlmöglichkeiten informiert. Der Informationsfluss findet allerdings lediglich in eine Richtung statt, ohne eine Möglichkeit der Rückmeldung. Bei der Stufe der „Beratung“ werden die Beteiligten nicht nur informiert, sondern auch nach ihrer Meinung gefragt, allerdings ohne weitere Möglichkeiten der Beteiligung und Mitbestimmung. Auf dem Niveau der „Scheinbefugnis“ oder auch „Beschwichtigung“ beginnt laut Arnstein der Einfluss der Bürger*innen. Einige ausgewählte Vertreter*innen dürfen in Beiräten oder Gremien mitarbeiten, können aufgrund der geringen Anzahl aber leicht überstimmt werden. Bürger*innen erhalten lediglich eine Nebenrolle als Aufpasser*in und Ja-Sager*in, eine wirkliche Teilung der Entscheidungsgewalt findet noch nicht statt. (Vgl. Arnstein 1972, S. 201-209)

Die drei obersten Stufen (6) Partnerschaft, (7) Delegation von Entscheidungen und (8) Bürgerkontrolle werden von Arnstein zur Kategorie „Weisungsbefugnis“, im original „Citizen power“ zusammengefasst (vgl. Schnurr 2015, S. 1176). Auf der Stufe der „Partnerschaft“ geschieht eine Umverteilung der Macht durch Verhandlung zwischen den Mächtigen und den Bürger*innen. Für die Zusammenarbeit in Beiräten und Ausschüssen werden gemeinsam Verfahrensregeln festgelegt, die nicht einseitig verändert werden können. Durch eine angemessene finanzielle Ausstattung der Bürgerseite entsteht eine echte Verhandlungsmacht. Auf der Ebene der „Delegierten Macht“ erhalten die Bürger*innen einen entscheidenden Einfluss über die Planung und Ausgestaltung von Maßnahmen und Programmen. Auf der obersten Ebene der „Bürgerkontrolle“ stellen die Bürger*innen die Mehrheit der Sitze in den Entscheidungsgremien oder übernehmen sogar die Führung der Verwaltung. (Vgl. Arnstein 1972, S. 209-218)

Arnstein kommt in ihrem Aufsatz zu der Schlussfolgerung, dass die meisten partizipativ angelegten Prozesse in denen von ihr untersuchten Stadtentwicklungsprogrammen, keine wirkliche Partizipation zulassen (vgl. Arnstein 1972, S. 194). In dem von ihr entwickelten Stufenmodell zieht sie daher eine klare Gren-

ze zwischen einer Scheinpartizipation (Stufen 1-5) und einer „echten“ Partizipation (Stufen 6-8). Dies geschieht mit dem Ziel, mit Hilfe des Modells, Formen der Alibi-Beteiligung besser identifizieren zu können. Durch diese strikte Trennung entsteht allerdings auch der Eindruck, „dass Partizipation eine Entweder-oder-Option ist, mit mehreren Ausprägungen auf den beiden Seiten“ (Wright et al. 2010, S. 40).

Für eine kritische Analyse von Methoden und Verfahren der (Nutzer-)Partizipation und ihrer Anwendung in Praxissituationen können ... Stufenmodelle einen wichtigen Beitrag leisten, dies um so mehr, als sie die Aufmerksamkeit auf die oft subtilen Machtbeziehungen öffnen, die zweifellos auch in jenen Situationen präsent bleiben, in denen Partizipation praktiziert wird. (Schnurr 2015, S. 1176)

Ausgehend von Arnsteins „Leiter der Partizipation“ wurde von Michael T. Wright, Martina Block und Hella von Unger (2010, S. 42ff.) ein weiteres Partizipationsmodell entwickelt. Dieses Modell möchte ich im nächsten Abschnitt vorstellen.

2.2.2. Das Stufenmodell der Partizipation

Im Gegensatz zu Arnsteins Leiter der Partizipation wird im Stufenmodell Partizipation nicht als Entweder-Oder-Frage, sondern als eine Frage von Mehr oder Weniger Partizipation verstanden. Vor dem Hintergrund mehrerer Forschungsprojekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelten Wright/Block/Unger ein Modell mit insgesamt neun Stufen. Diese Stufen bieten eine konkrete Differenzierung von der Minimalbeteiligung bis hin zur freien Entscheidungsmacht. Auch die Vorstufen der Partizipation werden dabei als wichtige und bisweilen notwendige Elemente von Partizipation angesehen. (Vgl. Kilian/Wright 2012, S. 80)

Partizipation ist keine Entweder-Oder-Option, sondern als Entwicklungsprozess zu verstehen, der Kompetenzen in der Anregung und Umsetzung partizipativer Prozesse von allen Beteiligten (sowohl der PraktikerInnen als auch der Zielgruppenmitglieder) verlangt. (Wright 2012, S. 95)

Das Stufenmodell wird als ein gemeinsamer Entwicklungsprozess verstanden, in den neben den Zielgruppen und den Fachkräften auch weitere Kooperationspartner wie z.B. die Leistungsträger eingebunden werden. Wright et al. argu-

mentieren, dass es zwar immer erstrebenswert ist, einen möglichst hohen Grad an Partizipation zu verwirklichen, der Ausbau partizipativer Strukturen aber Zeit benötigt und die Gegebenheiten der verschiedenen Handlungsfelder berücksichtigt werden müssen. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S.16)

Ziel von Wright/Block/Unger war es, ein Modell zu entwickeln, welches die Erkenntnisse aus der Forschung ebenso einbezieht, wie die Erfahrungen aus der Praxis verschiedener Präventionsprojekte. Für die Stufen wurden Bezeichnungen gewählt, die in der Praxis gängig sind und die, mit Ausnahme von Instrumentalisierung, positiv konnotiert sind. Die hierarchische Darstellung als Stufenmodell wurde beibehalten, um das Erreichen eines möglichst hohen Grades an Partizipation als Ziel zu verdeutlichen. (Vgl. Wright et al. 2010, S.42)

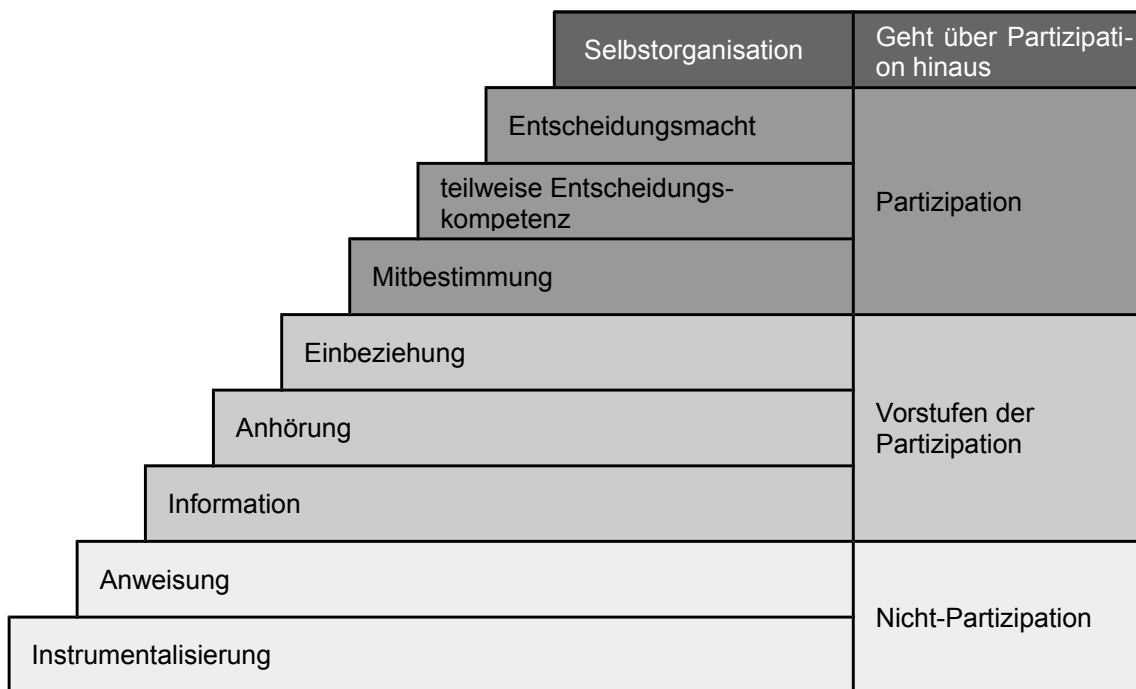


Abbildung 1: Stufenmodell der Partizipation (vgl. Wright et al. 2010, S. 42)

Die Einteilung der Stufen und deren inhaltliche Bedeutung sind vergleichbar mit dem Modell von Arnstein. Es wurden allerdings inhaltlich passendere Bezeichnungen für die einzelnen Stufen und die Ebenen von der „Nicht-Partizipation“, über die „Vorstufen der Partizipation“, hin zur „Partizipation“ gewählt. Neu hinzugefügt wurde die Stufe 9 der „Selbstorganisation“. In diese Stufe fallen Maßnahmen oder Projekte, die von der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt werden. Die Verantwortung für eine Maßnahme liegt dabei komplett in den Händen

der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger*innen sind dabei Mitglieder der Zielgruppe und alle Aspekte der Planung und Durchführung werden von Menschen aus der Zielgruppe realisiert. (Vgl. Wright et al. 2010, S. 45)

Neben der Erweiterung um eine zusätzliche Stufe liegt der Vorteil des Stufenmodells der Partizipation gegenüber dem Modell von Arnstein vor allem in dem enthaltenen Entwicklungspotential von den unteren zu den oberen Stufen der Beteiligung. Die strikte Trennung Arnsteins in Scheinpartizipation und „echte“ Partizipation wird dadurch aufgehoben. Das Modell ermöglicht es zu klären, inwieweit Menschen aus der Zielgruppe an der Planung und Ausgestaltung von Maßnahmen und Projekten beteiligt sind. Damit wird es möglich über notwendige Schritte nachzudenken, damit die Zusammenarbeit noch partizipativer stattfinden kann. (Vgl. Wright 2012, S. 98)

Eine Gefahr bei beiden bisher vorgestellten Stufenmodellen besteht darin, dass die Stufen der Partizipation mit der Qualität der Arbeit gleichgesetzt werden. Der hierarchische Aufbau der Modelle kann dazu führen, eine höhere Stufe der Partizipation mit besserer Arbeit gleichzusetzen. In der Praxis ist es jedoch so, dass je nach vorliegenden Rahmenbedingungen, den beteiligten Personen und Einrichtungen, sowie der vorhandenen Ressourcen und Vorerfahrungen mit Partizipation auf Seiten der Fachkräfte und Adressat*innen, mehr oder weniger Partizipation möglich ist. (Vgl. Wright 2012, S. 99)

2.2.3. Die Partizipationspyramide

Das Modell der Partizipationspyramide wurde von den Autorinnen Gaby Straßburger und Judith Rieger (2014, S. 15ff.) in Zusammenhang mit der Erarbeitung eines Lehrbuchs zum Thema Partizipation entwickelt. Eine Grundlage war dabei das im vorherigen Abschnitt vorgestellte Stufenmodell von Wright/Block/Unger. Partizipation wird von den Autorinnen als ein zentrales Thema für die Soziale Arbeit angesehen und das vorgelegte Modell soll die Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum von Partizipation ermöglichen. Dabei ist das Modell nicht für ein bestimmtes Handlungsfeld der Sozialen Arbeit konzipiert, ein starker Bezug zu den Bereichen Bürgerbeteiligung, Stadtteilarbeit und Gemeinwesenarbeit wird jedoch deutlich. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 9-12)

Bei der Partizipationspyramide handelt es sich ebenfalls um ein klassisches Stufenmodell und setzt somit Partizipation grundlegend mit den tatsächlichen Einflussmöglichkeiten der Bürger*innen bzw. Adressat*innen auf Entscheidungen gleich. Das Modell unterscheidet sich von anderen Stufenmodellen dadurch, dass die beiden Perspektiven der professionell-institutionellen Sichtweise und der Perspektive der Bürger*innen bzw. Adressat*innen miteinander verknüpft werden. Diese beiden Dimensionen werden im Modell durch die zwei Seiten der Pyramide symbolisiert. Das Modell differenziert damit, ob Partizipationsprozesse in erster Linie von Professionellen und Institutionen verantwortet werden oder ob die Prozesse weitgehend von Bürger*innen initiiert und getragen werden. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 21)

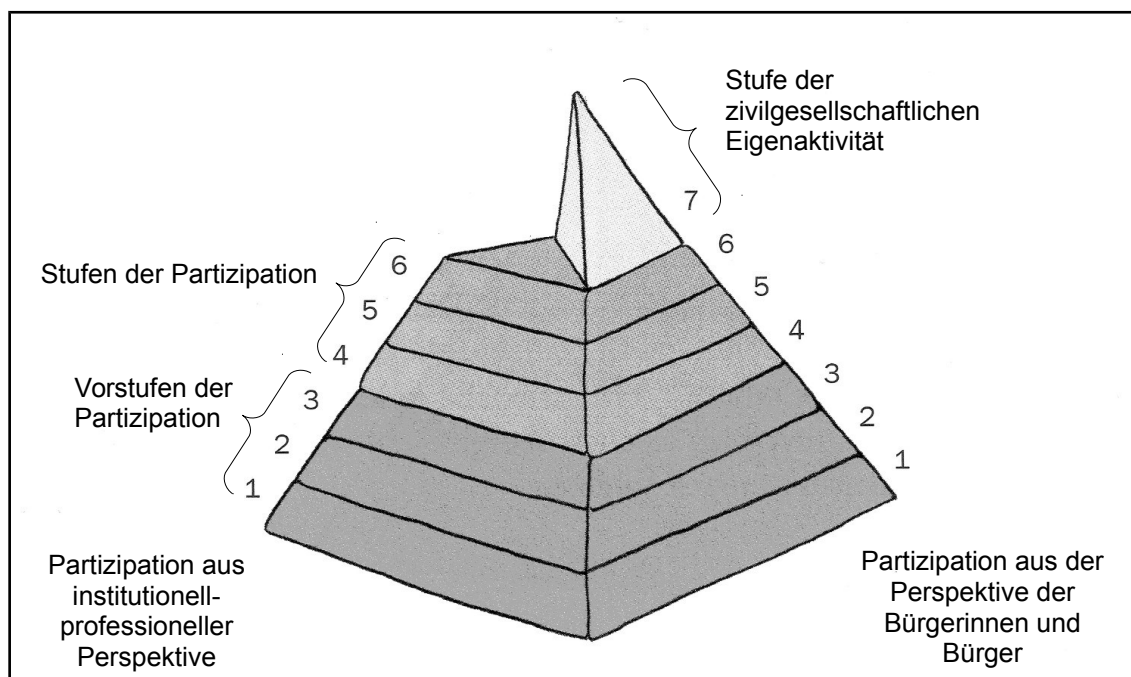


Abbildung 2: Die Partizipationspyramide (vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 15ff.)

Das Modell der Partizipationspyramide unterscheidet grundlegend drei Vorstufen der Partizipation (Stufen 1-3) von drei Stufen „echter“ Partizipation (Stufen 4-6). Ausschlaggebend ist dabei, ob die Beteiligung der Adressat*innen relevante Auswirkungen auf die Entscheidungen hat. Nach unten hin werden die Vorstufen der Partizipation von Formen der Nicht-Beteiligung, bei denen die Fachkräfte Entscheidungen komplett alleine treffen, abgegrenzt. Bei den drei „Vorstufen der Partizipation“ geht es um Formen der Mitsprache, bei denen das Recht auf Mitbestimmung noch nicht enthalten ist. Bei den Stufen der Partizipa-

tion haben die Adressat*innen dagegen ein Recht auf Mitbestimmung, das z.B. in Verträgen, Konzepten oder im Leitbild festgeschrieben steht. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 17-18)

In den folgenden Tabellen 2 und 3 werden die einzelnen Stufen der professionell-institutionellen Perspektive sowie die Stufen der Partizipation aus bürger-schaftlicher Perspektive im Einzelnen benannt und der Inhalt kurz erläutert. Dabei weisen Straßburger/Rieger, wie auch schon Wright/Block/Unger für ihr Stufenmodell, darauf hin, dass eine höhere Stufe nicht automatisch besser ist als eine niedrigere Stufe. In der Praxis geht es vielmehr darum, die optimale Stufe oder Vorstufe der Partizipation auszuwählen, die zu den konkreten Gegebenheiten und Rahmenbedingungen am besten passt. Nur wenn die Fachkräfte bereit sind die Macht zu teilen, kann die Meinung der Adressat*innen in den Entscheidungsprozess mit einfließen und eine Scheinpartizipation vermieden werden. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 20)

Stufe 6	Entscheidungsmacht übertragen	Adressat*innen treffen alle wichtigen Entscheidungen selbst
Stufe 5	Entscheidungskompetenzen teilweise abgeben	Adressat*innen können in bestimmten Bereichen eigenständig entscheiden
Stufe 4	Mitbestimmung zulassen	Betroffene stimmen mit darüber ab, was geschehen soll
Stufe 3	Lebensweltexpertise einholen	Ausgewählte Adressat*innen beraten die Fachkräfte vor der Entscheidung
Stufe 2	Meinung erfragen	Vor der Entscheidung werden die Betroffenen nach ihrer Meinung gefragt
Stufe 1	Informieren	Fachkräfte informieren über Entscheidungen, Betroffene können reagieren

Tabelle 2: Partizipation aus professionell-institutioneller Perspektive (vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 23-27)

Eine Besonderheit des Modells ist die halbe Pyramidenspitze, die mit der Stufe (7) der „Zivilgesellschaftlichen Eigenaktivitäten“ nur auf der Seite der bürger-schaftlichen Perspektive vorkommt. Dabei geht es um Projekte und Aktionen, die unabhängig von institutionellen Verfahren in Gang kommen und von den Bürger*innen bzw. Adressat*innen selbst initiiert, gemeinschaftlich organisiert und eigenständig verwirklicht werden. Als Beispiele für den sozialen Bereich

werden Interessenvertretungen, Selbsthilfegruppen und Bürgerplattformen genannt. Solche zivilgesellschaftlichen Eigenaktivitäten finden unabhängig davon statt, ob Fachkräfte Partizipation gewähren oder nicht. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 19, 33)

Stufe 7	Zivilgesellschaftliche Eigenaktivitäten	Bürger*innen organisieren sich selbst und setzen Vorhaben eigenständig um
Stufe 6	Bürgerschaftliche Entscheidungsfreiheit ausüben	Bürger*innen haben die volle Entscheidungsmacht
Stufe 5	Freiräume der Selbstverantwortung nutzen	Bürger*innen entscheiden in bestimmten Bereichen selbständig
Stufe 4	An Entscheidungen mitwirken	Bürger*innen treffen Entscheidungen gemeinsam mit den Fachkräften
Stufe 3	Verfahrenstechnisch vorgesehene Beiträge einbringen	Bürger*innen beraten Fachkräfte im Vorfeld einer Entscheidung
Stufe 2	Im Vorfeld von Entscheidungen Stellung nehmen	Bürger*innen gehen auf Verantwortliche zu und legen ihre Position dar
Stufe 1	Sich informieren	Bürger*innen informieren sich über Entscheidungen und Hintergründe

Tabelle 3: Partizipation aus bürgerschaftlicher Perspektive (vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 28-34)

Das Modell von Straßburger/Rieger bietet im Gegensatz zu den Modellen von Arnstein und Wright/Block/Unger die Möglichkeit, zwischen der professionell-institutionellen und der bürgerschaftlichen Perspektive zu differenzieren. Diese unterschiedlichen Blickwinkel können spannende Erkenntnisse zur Analyse von Beteiligungsprozessen liefern. Ob ein Prozess in erster Linie von Seiten der Professionellen bzw. der Institution oder von den Bürger*innen bzw. Adressat*innen initiiert und getragen wird, kann einen entscheidenden Unterschied für die Gestaltung und den Erfolg von Partizipationsprozessen darstellen.

Ergänzend zu den drei bisher vorgestellten Stufenmodelle der Partizipation, soll im nächsten Abschnitt, mit dem Modell des Beteiligungskreises, eine alternative Herangehensweise an die Einteilung und das Verständnis von Partizipation dargestellt werden.

2.2.4. Der Beteiligungskreis

Traditionelle Modelle zur Definition und Einordnung von Partizipation werden häufig als Stufenmodelle beschrieben. Diese beginnen meist mit fehlender Beteiligung oder mit Vorstufen der Beteiligung und steigern mit jeder Stufe das Ausmaß an tatsächlich realisierter Partizipation (vgl. Pluto 2007, S. 53). Diese Systematik trifft auch auf die bereits beschriebenen Modelle von Arnstein, Wright/Block/Unger und Straßburger/Rieger zu. Dieses Denkmodell ist durchaus kritisch zu betrachten, da es zu der Problematik führen kann, dass eine höhere Stufe immer für die Bessere gehalten wird. Wie bereits dargestellt, trifft diese Einschätzung allerdings nicht zwangsläufig zu. Seckinger (vgl. 2014, S. 248) kritisiert weiterhin, dass Stufenmodelle die Möglichkeit eines Aufstiegs von Stufe zu Stufe suggerieren und das sie zu stark auf Entscheidungen hin ausgerichtet sind.

Unter der Perspektive, dass Beteiligung in den Hilfen zur Erziehung bereits Anforderung an den Prozess selbst ist, ist ein solches Stufenmodell unter Berücksichtigung der beschriebenen Asymmetrien und der Besonderheit pädagogischer Prozesse schwierig. (Pluto 2007, S. 53)

Ausgehend von dieser Kritik an den gängigen Partizipationsmodellen und als theoretische Grundlage für ihre empirische Studie zur Beteiligung von Kinder und Jugendlichen im Bereich der Hilfen zur Erziehung, entwickelte Liane Pluto ein kreisförmiges Partizipationsmodell. In dem Modell werden die einzelnen Elemente innerhalb eines Beteiligungsprozesses nicht hierarchisch unter- bzw. übereinander, sondern gleichberechtigt nebeneinander gestellt. Bei den Elementen oder Dimensionen des Modells handelt es sich um die Bereiche Kommunikation, Planung, Entscheidung, Gestaltung und Übernahme von Verantwortung. (Vgl. Pluto 2007, S. 53f.)

Grundidee des Modells ist es, die elementaren Anforderungen innerhalb eines Beteiligungsprozesses in sechs Dimensionen zu beschreiben. Es handelt sich dabei um die Dimensionen Mitdenken, Mitreden, Mitplanen, Mitentscheiden, Mitgestalten und Mitverantworten. Damit soll verdeutlicht werden, „dass Partizipation erst dann umfassend verwirklicht ist, wenn Personen oder Gruppen sich auf allen Dimensionen einbringen können“ (Seckinger 2014, S. 249).

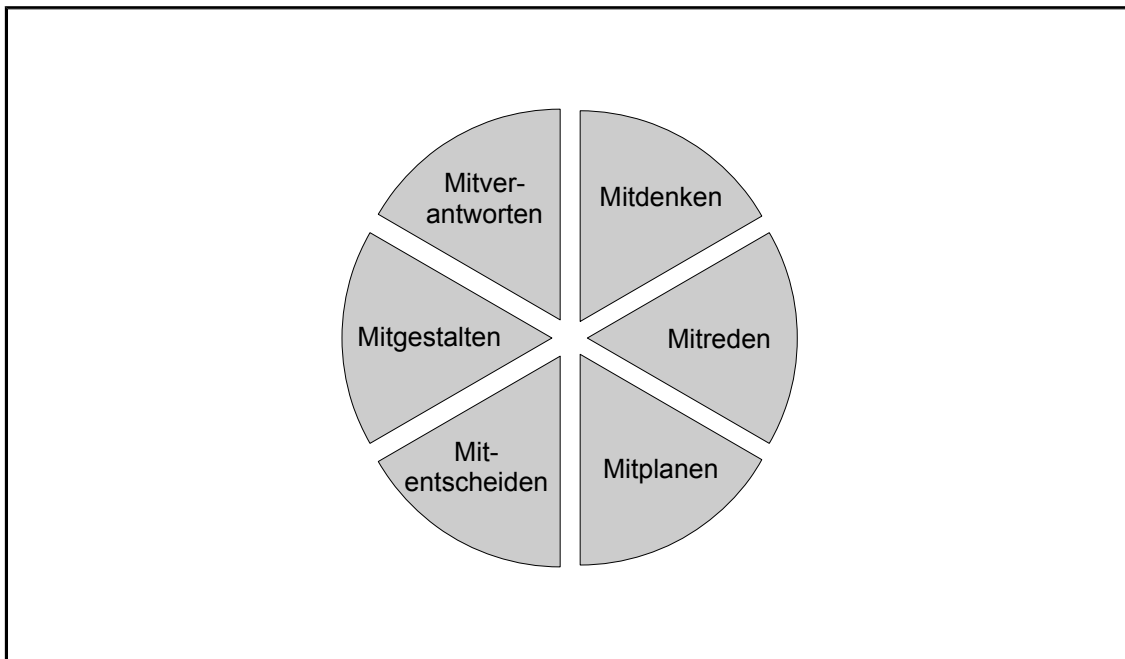


Abbildung 3: Beteiligungskreis nach Pluto (vgl. 2007, S. 53)

Diese nicht-lineare Darstellung von Partizipation verdeutlicht, dass Beteiligungsprozesse nicht das Ziel haben Alleinentscheidungen der einen mächtigen Gruppe durch die einer anderen Gruppe zu ersetzen. Vielmehr geht es bei der Zusammenarbeit in partizipativen Prozessen um ein tatsächliches gemeinsames Handeln. Eine Beteiligung im Rahmen einer Auswahlentscheidung vorgegebener Möglichkeiten reicht dafür nicht aus (vgl. Seckinger 2014, S. 249).

Für Partizipation ist es vielmehr erforderlich, an dem gesamten Prozess, also von der ersten Überlegung bis hin zur Umsetzung involviert zu sein bzw. sich direkt einbringen zu können. Fehlt ein Segment aus dem Beteiligungskreis, dann ist der Partizipationsprozess unvollständig und bleibt in seiner motivierenden Wirkung, sich auch weiterhin zu beteiligen, beschränkt. (Seckinger 2014, S. 249)

Ein weiterer Vorteil eines kreisförmigen Modells besteht darin, dass der Beginn eines Beteiligungsprozesses zu jeder Phase stattfinden kann. Auch wenn nicht alle Möglichkeiten der Beteiligung von Anfang an zur Verfügung stehen, können bereits erste positive Erfahrungen gesammelt werden. Eine spätere Ausweitung der Entscheidungsspielräume wird somit wahrscheinlicher. (Vgl. Seckinger 2014, S. 249)

Nach der Vorstellung der vier verschiedenen Partizipationsmodelle, lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Modelle grundsätzlich dazu gedacht

sind, „echte“ Partizipation im Sinne von Teilhabe an Entscheidungsprozessen von einer Alibi-Beteiligung zu unterscheiden. Die unterschiedlichen Herangehensweisen in Form eines Stufenmodells oder als kreisförmiges Modell bieten dabei unterschiedliche Vor- und Nachteile. Mit beiden Systematiken ist es möglich, durch die inhaltlichen Beschreibungen und der systematischen Einordnung der verschiedenen Aspekte von Beteiligungsprozessen, die Gegebenheiten in der Praxis zu reflektieren. Nach dieser Analyse kann gemeinsam überlegt werden, welche Veränderungen notwendig sind, um mehr Partizipation zu ermöglichen. Die Partizipationsmodelle können somit als Analyse- und Planungsinstrument für die praktische partizipative Arbeit betrachtet werden.

2.3. Formen und Arten von Partizipation

Wie im vorherigen Abschnitt erläutert, sind Grade und Reichweite von Partizipation wichtige Dimensionen zur Bestimmung von Partizipation und zur kritischen Analyse partizipativer Strukturen. Eine weitere Möglichkeit Partizipation inhaltlich zu bestimmen, stellen die Dimensionen der Formen und Arten von Beteiligung dar. Während die bisher vorgestellten Partizipationsmodelle die Beteiligungsverfahren nach dem Umfang der Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen differenziert haben, ist über die Betrachtung der Formen und Arten von Partizipation eine weitere Unterteilung und Einordnung verschiedener Beteiligungsformen möglich. (Vgl. Schnurr 2015, S. 1175)

Unterschieden werden kann grundsätzlich nach der Frage, ob das Beteiligungsverfahren *verfasst* ist oder *nicht-verfasst*. Als verfasst gelten solche Formen der Beteiligung, für die eine gesetzliche oder sonstige allgemeine Grundlage vorhanden ist. Wenn eine solche rechtliche Grundlage nicht vorhanden ist, wird von nicht-verfassten Verfahren gesprochen (vgl. Hofmann 1986, S. 1156). Diese Unterscheidungsmöglichkeit „wird inzwischen allerdings vielfach eher mit den Begriffen ‚institutionalisierte‘ versus ‚nicht-institutionalisierte‘ Beteiligung beschrieben“ (Saretzki 1997, S. 289). Bei dieser Einteilung geht es um den *Grad der Institutionalisierung* der Beteiligung. Die verfassten Beteiligungsformen zeichnen sich durch eine hohe Verfahrenssicherheit aus und bieten einen Rechtsanspruch auf Beteiligung. Die nicht-verfassten Formen sind institutionell

nicht verankert und nicht verbindlich geregelt, ein Rechtsanspruch auf Beteiligung besteht somit nicht (vgl. Abeling et al. 2003, S. 280f.).

Ein zweites Unterscheidungsmerkmal ist die *Art der Beteiligung*, die in *direkte* und *indirekte* Beteiligungsarten unterteilt werden kann (vgl. Hofmann et al. 1986, S. 1156). Unter einer direkten Beteiligung werden Arten verstanden, bei denen der Betroffene als Individuum einen unmittelbaren Einfluss auf das Ergebnis nehmen kann. Demgegenüber sind indirekte Arten der Beteiligung dadurch gekennzeichnet, dass eine kollektive Einflussnahme auf Entscheidungen vorliegt. Während sich bei der direkten Beteiligung im Idealfall alle Betroffenen persönlich mit ihren Gestaltungswünschen einbringen können, werden bei der indirekten Beteiligung die Meinungen der Betroffenen über Stellvertreter*innen in den Prozess eingebracht. (Vgl. Abeling et al. 2003, S. 232)

	Bürger*innen/Betroffene							
Form	verfasst				nicht verfasst			
Art	direkt		indirekt		direkt		indirekt	
Durchführung	individuell	versammelnd	individuell	versammelnd	individuell	versammelnd	individuell	versammelnd
Typen	Rechtsansprüche	basisdemokratische Institutionen	anwaltschaftliche Instanzen	parlamentarische Instanzen	Vorschlags- und Beschwerdewesen	interaktive Bürgerarbeit	Vertrauensperson	aktivierende Form
Beispiele	- Hilfeplanung - Widerspruchsrecht	- Bürgerentscheid - Bürgerbegehren - Verbände	- Kinderbeauftragte - Frauenbeauftragte	- Kinder- und Jugendbeiräte - Bewohnerbeirat	- Meckerkasten - Beschwerdestellen - Adressatenbefragungen	- Bürgerforen - Stadtteilkonferenzen - Runde Tische	- Bezugsbetreuer	- SprecherInnenräte - Hearing - Initiativen - Expertengruppen

Tabelle 4: Typologisierung von Beteiligungsmodellen (vgl. Abeling et al. 2003, S. 282)

Als dritte und letzte Unterscheidungskategorie schlagen Abeling et al. die Unterteilung der Partizipation nach der *Form der Durchführung* vor (vgl. 2003, S. 280). Dabei werden die Beteiligungskonzepte unterschieden in *individuelle* und *versammelnde* Beteiligungsformen. Bei den individuellen Formen geht es um die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen und die damit verbundene autonome Entscheidungsfindung bezüglich seiner persönlichen Belange. Versammelnde Beteiligungsformen hingegen erfordern die Auseinandersetzung

zung in einer Gruppe und bewirken damit kollektive Aushandlungsprozesse. Aus der Kombination der eben vorgestellten drei Ebenen der Beteiligung ergeben sich acht Typen der Beteiligung. Diese werden, versehen mit Praxisbeispielen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt. (Vgl. Abeling et al. 2003, S. 281)

Die beschriebene Typologisierung von Partizipation macht deutlich, wie viele unterschiedliche Konzepte, Arten, Formen und Verfahren der Beteiligung in der Praxis möglich sind. Aufgrund der Differenziertheit der Prozesse und Handlungsfelder, in denen Partizipation stattfindet, gibt es nicht die eine, ideale Form der Beteiligung. Je nach Situation und Rahmenbedingungen wird ein passendes Verfahren von den Fachkräften ausgewählt bzw. werden sich die Betroffenen ein Verfahren aussuchen oder eine neue Form der Beteiligung entwickeln. Besonders wichtig in Bezug auf die unterschiedlichen Formen und Arten von Partizipation erscheint mir die strukturelle bzw. institutionelle Verankerung der Beteiligung. Nur wer ein Recht auf Beteiligung hat, ist nicht auf die Gnade der Mächtigen angewiesen und hat damit eine hohe Wahrscheinlichkeit Entscheidungen nach seinen Vorstellungen mit beeinflussen zu können.

2.4. Theoretische Fundierung von Partizipation in der Sozialen Arbeit

Nach der Darstellung verschiedener Partizipationsmodelle und Möglichkeiten der Typologisierung unterschiedlicher Beteiligungsformen, möchte ich nun der Frage nach der theoretischen Begründung der Partizipation nachgehen. Warum ist die Beteiligung der Adressat*innen der Sozialen Arbeit eigentlich wichtig? Welchen Auftrag in Bezug auf Partizipation hat die Soziale Arbeit und auf welchen theoretischen Grundlagen wird dieser umgesetzt? Ich werde diese Fragen im nun folgenden Abschnitt aus vier verschiedenen Blickwinkeln genauer beleuchten. Beginnen möchte ich mit der Betrachtung aus einer demokratietheoretischen Perspektive.

2.4.1. Demokratietheoretische Begründung

Für eine demokratische Gesellschaft stellt die Beteiligung ihrer Bürger*innen traditionell ein wichtiges Element dar. „Eine Demokratie zeichnet sich dadurch aus, dass sie auf Entscheidungen und Handlungen von Bürgerinnen und

Bürgern basiert, deren individuelle Gleichheit vor Recht und Gesetz garantiert ist“ (Hansen et al. 2011, S. 116). In der Bundesrepublik Deutschland besteht eine repräsentative Demokratie, bei der die Bürger*innen Vertreter*innen in Parlamente und Regierung wählen, die stellvertretend für das Volk Entscheidungen treffen (vgl. Hansen et al. 2011, S. 117). Ein solches Modell der Repräsentativdemokratie ist auf die direkte Beteiligung möglichst vieler Bürger*innen an der politischen Beratung, Willensbildung und Entscheidung angewiesen. Ein solches Verständnis von Demokratie beinhaltet auch die Prämisse, dass die Bürger*innen zu einer politischen Beteiligung grundsätzlich fähig sind bzw. dazu befähigt werden sollten (vgl. Schnurr 2015, S. 1172).

Dabei wird Partizipation nicht bloß als Instrument gesehen, sondern ihr wird selbst ein hoher Wert zugeschrieben. Mittels Partizipation soll Demokratie erweitert und die Transparenz erhöht werden, um mehr Gerechtigkeit in Machtssystemen zu erlangen. (Hobi/Pomey 2013, S. 123)

Aus demokratietheoretischer Sicht gilt Partizipation als wünschenswert, da durch die Beteiligung der Bürger*innen die Legitimität von politischen Institutionen und Prozessen durch Demokratisierung gesteigert werden soll (vgl. Wurtzbacher 2011, S. 634). Demokratie verstanden als Herrschaft des Volkes, ist somit ohne Partizipation nicht möglich. „Demokratie impliziert Partizipation“ (Pluto 2007, S. 26).

Wenn von Demokratie die Rede ist, rückt Partizipation unweigerlich in den Blick, weil erst durch die Beteiligung möglichst aller Bürgerinnen und Bürger an politischen Diskursen von Volksherrschaft gesprochen werden kann. (Hobi/Pomey 2013, S. 122)

Soziale Arbeit als Profession ist grundlegend auf die Stärkung der Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie ihrer Adressat*innen ausgerichtet und trägt damit zur Integration und gesamtgesellschaftlichen Zugehörigkeit bei. Allerdings wird diese soziale Integration durch die neoliberalen Transformationsprozesse der vergangenen Jahre, weg von einem schützenden, hin zu einem aktivierenden Sozialstaat, vermehrt behindert. Immer mehr Bürger*innen sind von Erwerbsarbeit und Familie als den klassischen Medien der sozialen Inklusion ausgeschlossen (vgl. Dettling 2000, S. 27).

Die Schere zwischen Arm und Reich wird in unserer Gesellschaft größer, der Solidaritätsgedanke nimmt ab und der Selbstverantwortung der Exkludierten wird ein höherer Stellenwert beigemessen. Gleichzeitig besteht eine Legitimationsschwäche der Volksvertreter, unter anderem dadurch, dass auf politischer Ebene häufig nicht zum Wohle der Allgemeinheit, sondern zur Stärkung eigener Interessen gehandelt wird. Diese Prozesse der Entdemokratisierung finden zeitgleich mit Demokratisierungstendenzen wie beispielsweise der vermehrten gesetzlichen Verankerung von Partizipation im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit statt. (Vgl. Hobi/Pomey 2013, S. 121f.)

Aus demokratiethoretischer Perspektive ist Partizipation ein Moment der konstitutionell verbürgten Freiheit und Gleichheit aller sowie der Anerkennung von Pluralität und offenem Widerstreit der Interessen als unhintergehbare Errungenschaften demokratischer Gesellschaften. (Schnurr 2015, S. 1172)

Die Teilhabe- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der exkludierten Bürger*innen werden unter anderem durch zu geringe finanzielle Ressourcen eingeschränkt, was sich durch einen Mangel an sozialen Kontakten oder dem fehlenden Zugang zu Informationsquellen zeigen kann. Menschen in schwierigen persönlichen Lebenssituationen erhalten vom Staat zwar eine materielle Unterstützung, aber zu wenig sozialarbeiterische Unterstützung zur Bearbeitung ihrer psychosozialen Problemlagen. (Vgl. Hobi/Pomey 2013, S. 129ff.)

Der Sozialen Arbeit kommt vor dem Hintergrund des beschriebenen Spannungsfeldes der Partizipation aus demokratiethoretischer Sicht, die Aufgabe zu, durch die Förderung der sozialen Teilhabe möglichst vielen exkludierten Menschen zur gesellschaftlichen Integration und damit zur Partizipation zu verhelfen. Betroffene sollen mit Unterstützung der Fachkräfte dazu befähigt werden wieder selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Um dieses Ziel der Partizipation von möglichst vielen Bürger*innen zu erreichen, ist es notwendig, dass in den Institutionen und Diensten der Sozialen Arbeit eine echte Beteiligung der Adressat*innen stattfindet (vgl. Gintzel 2013, S. 651). Durch die Mitsprachemöglichkeiten an der Ausgestaltung der Hilfen erfahren die Betroffenen Selbstwirksamkeit und erhalten dadurch Motivation zur weiteren gesellschaftlichen Beteiligung. Damit kann die Basis für Partizipation im Sinne einer

Beteiligung an politischen und demokratischen Prozessen durch die Soziale Arbeit gelegt werden. (Vgl. Hobi/Pomey 2013, S. 125)

2.4.2. Dienstleistungstheoretische Begründung

Die sozialwissenschaftliche Dienstleistungstheorie, betrachtet auf einer Makroebene die gesellschaftlichen Funktionen von Dienstleistungen und auf einer Mikroebene die Interaktion zwischen Dienstleistungsproduzenten und -konsumenten in der Phase der unmittelbaren Erbringung personenbezogener Dienstleistungen (vgl. Schnurr 2015, S. 1172). In Bezug auf die Kommunikation und die Beziehung zwischen Professionellen und Klient*innen hat die sozialwissenschaftliche Dienstleistungstheorie die im Folgenden vorgestellten Strukturmerkmale für personenbezogene Dienstleistungen herausgearbeitet.

Personenbezogene Dienstleistungen sind zum einen gekennzeichnet durch fließende Übergänge zwischen Arbeit und Interaktion. Die Beziehungen und Interaktionen zwischen Professionellen und Klient*innen sind zentrales Element der Dienstleistungsarbeit und wichtig zur Interpretation und Aushandlung von Bedarfslagen und Leistungsansprüchen, sowie zur fortlaufenden Reflexion und Bewertung der Leistungserbringung. Personenbezogene Dienstleistungen, wie sie in der Sozialen Arbeit vorliegen sind nur im wechselseitigen Zusammenwirken und im kommunikativen Austausch von Fachkräften und Klient*innen möglich. Die Präsenz der Nutzer*innen ist damit eine Mindestbedingung für die Erbringung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. (Vgl. Schnurr 2015, S. 1172f.)

Ein weiteres Merkmal bei der Erbringung von personenbezogenen Dienstleistungen ist der Umstand, dass die Produktion und die Konsumtion in einem Akt zusammenfallen (uno-actu-Prinzip). Das bedeutet, dass die erbrachte Leistung direkt während des Produktionsprozesses verbraucht wird. In diesem Punkt unterscheiden sich personenbezogene Dienstleistungen beispielsweise von sachbezogenen Dienstleistungen, bei denen die Präsenz der Nutzer*innen nicht notwendig ist (vgl. Olk et al. 2003, S. XII).

Soziale Dienstleistungen zielen darauf ab, den Zustand, in dem sich die Klient*innen befinden, zu verändern. So soll beispielsweise durch Beratung und

Unterstützung der Zugang zu Ressourcen oder die psychosoziale Befindlichkeit der Klient*innen verbessert werden. Dieses Ziel kann nur durch die Kooperation zwischen Produzent*in und Konsument*in und durch die aktive Mitarbeit des Konsumenten erreicht werden (Prinzip der Ko-Produktion). Es ist daher eine weitere strukturell begründete Mindestanforderung, dass die Adressat*innen am Erbringungsprozess sozialer Dienstleistungen mitwirken, da sie schließlich selbst der Ort sind, an dem sich die beabsichtigte Wirkung entfalten soll. (Vgl. Schnurr 2015, S. 1173)

Vor dem Hintergrund dieser Strukturmerkmale ist die Partizipation und Mitwirkung der Klienten/Nutzer eine Strukturvoraussetzung und Erfolgsbedingung personenbezogener Dienstleistungen. (Schnurr 2015, S. 1173)

Durch die Notwendigkeit der Mitwirkung am Produktionsprozess entscheiden die Adressat*innen grundlegend über die Inanspruchnahme und das Gelingen der sozialen Dienstleistung. „Sie müssen daher von den formulierten Zielen, den angebotenen Rahmenbedingungen und den gewählten Methoden überzeugt sein (werden), damit sie ihren Teil am zu Stande kommen der Leistung erbringen (Koproduzentschaft)“ (Gintzel 2013, S. 652).

Durch diese Sichtweise wird laut Schaarschuch (vgl. 2003, S. 153f.) die Nachfrageseite privilegiert, da die Orientierung der Professionellen an den Lebenslagen der Klient*innen nicht mehr einem paternalistischen und expertokratischen Selbstverständnis entspricht, sondern sich durch ein Dienstleistungsverhältnis auszeichnet.

Durch die Kooperation und Mitwirkung bei der Produktion der sozialen Dienstleistung werden die Klienten zu sogenannten aktiven Konsumenten (vgl. Olk et al. 2003, S. XIII). Ihnen kommt damit in der Kooperation von Professionellen und Klienten der Status von Ko-Produzenten der personenbezogenen Dienstleistung zu (vgl. Schnurr 2015, S. 1173). Noch weitergehend sieht Schaarschuch (vgl. 2003, S. 157) den Klienten sogar als Produzenten an, der sich sein eigenes Leben subjektiv aneignet. Dem Professionellen kommt bei diesem Aneignungsprozess somit die Rolle des Ko-Produzenten zu.

„Nutzerpartizipation“ wird zu einer erfolgs- und effizienzkritischen Größe und zwar sowohl auf der Ebene der Planung und Gestaltung des bereitzustellenden

Leistungsangebots (Ebene der Sozialpolitik) als auch auf der Ebene der unmittelbaren Erbringung durch die Angehörigen von Dienstleistungsprofessionen (Ebene der Sozialarbeiter/Klient-Beziehung und der Organisation, in die sie eingebettet ist). (Schnurr 2015, S. 1173)

Aus dienstleistungstheoretischer Sicht ist die Erbringung einer sozialen Dienstleistung ohne die Mitwirkung der Klienten nicht möglich. Partizipation ist somit ein elementarer Bestandteil personenbezogener sozialer Dienstleistungen. Durch die Beteiligung der Nutzer*innen soll die Effektivität und Effizienz sozialer Dienstleistungen gesteigert werden. Partizipation ist damit als eine funktionale Komponente der Qualitätsentwicklung und Evaluation sozialer Dienstleistungen anzusehen. Die Qualität und Wirksamkeit der sozialen Dienstleistung kann nur unter Hinzuziehung der Sichtweise der Nutzer*innen zuverlässig beurteilt werden. Ebenso können die relevanten Dimensionen zur Beurteilung einer Leistung bzw. ihrer Qualität nur durch die Einbeziehung der Adressat*innen solide erfasst werden. (Vgl. Schnurr 2015, S. 1174)

2.4.3. Psychologische Dimensionen der Partizipation

Neben den bisher beschriebenen demokratiethoretischen und dienstleistungstheoretischen Überlegungen zur Begründung von Partizipation, möchte ich im nun folgenden Abschnitt die psychologische Bedeutung von Partizipation näher betrachten. Von grundlegendem Interesse ist dabei die Frage, ob Erfahrungen der Teilhabe und Teilnahme an Entscheidungsprozessen psychologisch begründbare Auswirkungen auf das Bewältigungsverhalten von Personen bzw. deren Gesundheit haben.

Zur Beantwortung dieser Fragen schlägt Lenz (vgl. 2006, S. 14ff.) eine Beschäftigung mit verschiedenen Konzepten der Gesundheitspsychologie bzw. dem Gebiet der psychologischen Stress- und Bewältigungsforschung vor. Als Konzepte, die einen engen Zusammenhang zu Partizipation aufweisen, nennt er unter anderem Konzepte wie Kontrollüberzeugung, Widerstandsfähigkeit, seelische Gesundheit als Eigenschaft, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. Auch Hartung (vgl. 2012, S. 62ff.) untersucht eine Auswahl an Gesundheitskonzepten mit dem Ziel den Einfluss von Partizipation auf die Gesundheit von Menschen näher zu beleuchten. Nach einer einleitenden Beschäftigung mit der Ressour-

cenperspektive in der Psychologie möchte ich kurz auf die Konzepte der Einflussüberzeugung, der Selbstwirksamkeit und dem Kohärenzgefühl eingehen und insbesondere die Zusammenhänge und Verbindungen zur Partizipation aufzeigen.

Als Ressourcen werden in der Psychologie Stärken oder Potenziale von Personen oder der Umwelt verstanden. Letztendlich kann alles eine Ressource sein, was von der jeweiligen Person in einer bestimmten Situation als hilfreich erlebt wird. Unterschieden werden können persönliche (interne) und relationale (externe) Ressourcen. Unter persönlichen Ressourcen, auch personale Ressourcen genannt, werden Handlungsmuster und Überzeugungssysteme einer Person wie z.B. Persönlichkeitsvariablen, persönliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kräfte verstanden. Als externe Ressourcen werden soziale, natürliche, technische Hilfsmittel oder Helfer*innen wie z.B. soziale Netzwerke, Einkommen, Wohn- und Arbeitsumgebung bezeichnet. (Vgl. Lenz 2006, S. 14-16)

Ausgangspunkt der ressourcenorientierten Perspektive ist die Annahme, dass Ressourcen für die Bewältigung alltäglicher und besonderer Anforderungen und Lebensaufgaben sowie belastender Lebensereignisse von zentraler Bedeutung sind. Letztlich ist unsere psychische und physische Gesundheit von der Verfügbarkeit und Mobilisierung der Ressourcen abhängig. (Lenz 2006, S. 15)

2.4.3.1. Einflussüberzeugung

Das personale Ressourcenkonzept der Einflussüberzeugung beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen der subjektiven Überzeugung einer Person, Einfluss ausüben zu können und dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden. Entscheidend aus psychologischer Sicht ist dabei die subjektive Überzeugung eine Situation generell beeinflussen zu können, nicht der tatsächlich vorhandene Einfluss. Es wird angenommen, dass eine positive innere Überzeugung Einfluss nehmen zu können und der Glaube an die Wirksamkeit dieser Einflussnahme zu einem günstigeren Gesundheitsverhalten und damit zu einer positiven gesundheitlichen Wirkung führt. (Vgl. Hartung 2012, S. 63f.)

Beeinflusst wird die Entstehung von Einflussüberzeugung durch vielfältige situationsabhängige und personenspezifische Erfahrungen. Solche einmaligen oder

wiederkehrenden Erfahrungen können soziale Lernprozesse anregen, die Voraussetzung für Veränderungen von Einstellungen und Überzeugungen sind. Erleben Menschen immer wieder Situationen, in denen sie das Gefühl haben, Einfluss auf die Geschehnisse ausüben zu können, kann sich Einflussüberzeugung entwickeln. Da solche Lernprozesse stets auch Aspekte der Entscheidungsteilnahme enthalten, kann Partizipation als eine Voraussetzung für Einflussüberzeugung angesehen werden. Folglich können partizipativ gestaltete Interventionen die Einflussüberzeugung erhöhen und damit eine positive gesundheitliche Wirkung befördern. (Vgl. Hartung 2012, S. 65)

2.4.3.2. Selbstwirksamkeit

Die personale Ressource der Selbstwirksamkeit bezeichnet das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und „die Erwartung der Person, in einer gegebenen Situation aufgrund der vorhandenen Fähigkeiten ein spezifisches Verhalten ausführen zu können, das zu einem gewünschten Ergebnis/Zustand führt“ (Lenz 2006, S. 17). Während es beim Konzept der Einflussüberzeugung um die subjektive Überzeugung geht, eine Situation generell beeinflussen zu können, beschäftigt sich das Konzept der Selbstwirksamkeit mit der Überzeugung, tatsächlich die individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten zu besitzen, einen Einfluss auf eine Situation ausüben zu können (vgl. Hartung 2012, S. 63).

Diese Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen die Auswahl von Handlungen (Schwierigkeitsgrad), die investierte Anstrengung zur Zielerreichung, die Ausdauer bei auftretenden Schwierigkeiten und wirken sich dadurch indirekt auf den Erfolg der Handlung aus. Durch die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, eine bestimmte Anforderung bewältigen zu können, wird somit das zukünftige Verhalten bestimmt. Selbstwirksamkeitserwartungen werden daher als ein wesentlicher Faktor für die Motivation zu Verhaltensänderungen angesehen und stellen einen wichtigen gesundheitlichen Schutzfaktor dar. Selbstwirksamkeitserwartungen tragen daher zur Bewältigung von Krisen und zur Gestaltung des eigenen Lebens bei. (Vgl. Lenz 2006, S. 17)

Selbstwirksamkeit wird unter anderem in Situationen gewonnen, in denen eine Person ihre Handlungen als erfolgreich erlebt und dies ihren eigenen Anstren-

gungen und Fähigkeiten zuschreibt. Erfolgreiches Handeln geht meist mit der direkten Einflussnahme auf eine Situation, also mit dem Ausüben von Entscheidungsteilhabe einher. Durch diese Teilhabe an Entscheidungen werden positive Erfahrungen gemacht, was eine Steigerung der Selbstwirksamkeit bewirkt. Partizipation führt in der Schlussfolgerung zu einer höheren Selbstwirksamkeit, trägt zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen bei und hat über den indirekten Weg der Motivation zu Verhaltensänderungen einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. (Vgl. Hartung 2012, S. 67f.)

2.4.3.3. Kohärenzgefühl

Zu den personalen Ressourcenkonzepten zählt auch das Kohärenzgefühl, welches von Aaron Antonovsky (vgl. 1997, S. 16) formuliert wurde und das Kernstück seines Modells der Salutogenese bildet. Dieses Modell beschäftigt sich mit der Frage nach den Ressourcen, die uns gesund erhalten bzw. die uns ermöglichen mit Belastungen erfolgreich umzugehen. Eine der Ressourcen, die zu einer guten Gesundheit beiträgt, ist nach Antonovsky das Kohärenzgefühl einer Person. Das Kohärenzgefühl, im englischen Original sense of coherence (SOC), ist kurz gesagt ein Gefühl des Vertrauens darauf, die Herausforderungen des Lebens bewältigen zu können (vgl. Hartung 2012, S. 68).

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß (!) erstens die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; zweitens einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; drittens diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (Antonovsky 1997, S. 36)

Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus den drei folgenden Komponenten zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit

Diese Komponente bezieht sich auf „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete,

konsistente, strukturierte und klare Informationen und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky 1997, S. 34).

2. Gefühl von Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit

Diese Dimension beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky nennt dies auch instrumentelles Vertrauen und definiert es als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß (!) man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen“ (Antonovsky 1997, S. 35).

3. Gefühl der Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit

Diese Komponente beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: daß (!) wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß (!) man Energie in sie investiert, daß (!) man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß (!) sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky 1997, S. 35-36).

Wenn alle drei Komponenten bei einer Person gut ausgebildet sind, verfügt sie über ein hohes Maß an Kohärenzgefühl. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren und die für diese spezifische Situation angemessene Ressourcen aktivieren kann. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird hingegen Anforderungen eher starr beantworten, da er weniger Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung hat. (Vgl. Lenz 2006, S. 21)

Ein hohes Kohärenzgefühl hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. Dies wird damit erklärt, dass zum einen die eigenen Fähigkeiten positiver und unabhängiger von der Situation eingeschätzt werden. Zum anderen greifen Personen mit hohem Kohärenzgefühl bei Bedarf vermehrt auf professionelle Unterstützung zurück und verhalten sich generell gesundheitsförderlicher. Als dritte Begründung gilt, dass sie im Umgang mit Herausforderungen erfolgreicher sind. Studienergebnisse zeigen den starken Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit. (Vgl. Hartung 2012, S. 69)

Antonovsky benennt Entscheidungsteilhabe als eine maßgebliche Voraussetzung für ein hohes Kohärenzgefühl. Er sieht Partizipation als Basis für die Komponente der Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit und erklärt den Zusammenhang folgendermaßen:

Viele Lebenserfahrungen können konsistent und ausgeglichen sein, sind aber nicht auf unser eigenes Tun oder eigene Entscheidungen zurückzuführen. Hinsichtlich jeder einzelnen Lebenserfahrung kann man fragen, ob wir mitentscheiden haben, ob wir diese Erfahrung machen wollen, nach welchen Spielregeln sie verlaufen soll und wie die Probleme und Aufgaben gelöst werden sollen, die aus ihr erwachsen. Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nicht zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung. Dies gilt für direkte persönliche Beziehungen, für die Arbeit und für alles andere, was innerhalb unserer Grenzen liegt. (Antonovsky 1997, S. 93-94)

Partizipation hat demzufolge einen starken Einfluss auf die Komponente der Bedeutsamkeit, welcher Antonovsky (vgl. 1997, S. 38) einen zentralen Stellenwert zur Entwicklung des Kohärenzgefühls beimisst. Erlebt eine Person sich selbst als einflussreich für das Ergebnis von Handlungen, trägt dies maßgeblich zur Höhe des Kohärenzgefühls und damit zur Gesundheit bei.

Schlussfolgernd lässt sich zusammenfassen, dass eine enge Verbindung zwischen Partizipation und den zur Verfügung stehenden internen Ressourcen besteht. Partizipation ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung bzw. die Stärkung und Aktivierung personaler Ressourcen wie beispielsweise der Einflussüberzeugung, der Selbstwirksamkeit oder dem Kohärenzgefühl. Partizipation vermittelt den Beteiligten die Erfahrung, individuell oder in der Gemeinschaft etwas bewegen und Einfluss nehmen zu können. Damit stärkt sie die Selbstwirksamkeitserwartungen der Beteiligten und ist entsprechend dem Modell der Salutogenese ein wichtiger Beitrag dazu, Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Die zentrale psychologische Bedeutung von Partizipation liegt damit in der Entwicklung, Förderung und Aktivierung von internen und externen Ressourcen. (Vgl. Lenz 2006, S. 31)

2.4.4. Empowerment als Auftrag der Sozialen Arbeit

Menschen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen, ist ein gemeinsamer Auftrag aller Fachkräfte in der Sozialen Arbeit, unabhängig davon in welchem Handlungsfeld sie konkret tätig sind (vgl. Gintzel 2013, S. 650). Menschen dabei zu helfen, mehr Kontrolle über ihr Leben zu erlangen, ihnen Mut zu machen und sie zu befähigen, sich für ihre Ziele einzusetzen, gehört mit zu diesem Auftrag. Es geht damit um die Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbstverantwortung und der Autonomie der Adressat*innen der Sozialen Arbeit. Ein zentraler Auftrag der Sozialen Arbeit kann daher mit Empowerment beschrieben werden. (Vgl. Straßburger/ Rieger 2014, S. 44)

Der Begriff „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags. (Herriger 2006, S. 21)

Empowerment als Handlungsmodell hat zum Ziel, Menschen zu ermutigen und zu befähigen, ihre eigenen Stärken und Kompetenzen wahrzunehmen, sowie ihre Potenziale und Kräfte zu entfalten. Damit soll der Gefahr entgegengewirkt werden, Adressat*innen von Hilfen abhängig zu machen und Hilflosigkeit zu manifestieren (vgl. Gintzel 2013, S. 652). Für die Professionellen ist es in diesem Prozess wichtig, nicht die Defizite, sondern die Ressourcen der Betroffenen im Blick zu haben. In der amerikanischen Selbsthilfebewegung psychiatrieerfahrener Menschen wurden verschiedene bedeutende Inhalte von Empowerment formuliert (vgl. Chamberlin 2007, S. 21f.):

- Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen,
- über einen Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen,
- über Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten zu verfügen,
- über Durchsetzungsfähigkeit zu verfügen,

- das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können,
- kritisch denken zu lernen und Konditionierungen zu durchschauen,
- Wut erkennen und äußern zu lernen,
- sich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen,
- zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat,
- Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken,
- neue Fähigkeiten zu erlernen, die man selbst für wichtig hält,
- die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren,
- sich zu outen,
- das innere Wachstum und die innere Entwicklung als einen niemals abgeschlossenen, selbst beeinflussbaren und steuerbaren Prozess zu begreifen,
- sich ein positives Selbstbild erarbeiten und Stigmatisierung zu überwinden.

Aus dieser inhaltlichen Beschreibung wird deutlich, dass Empowerment unter anderem durch Partizipation erreicht werden kann. Eigene Entscheidungen treffen zu können, über Durchsetzungsvermögen zu verfügen, das Gefühl zu haben etwas bewegen zu können oder Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken, kann auch mit Entscheidungsteilhabe bzw. Partizipation beschrieben werden. Eine partizipative Arbeitsweise der Professionellen ermöglicht es den Adressat*innen bereits während der Zusammenarbeit Selbst- und Mitbestimmung zu verwirklichen. Durch ein gleichberechtigtes Miteinander wird Empowerment unmittelbar praktiziert, statt lediglich Ziel der Zusammenarbeit zu sein. (Vgl. Straßburger/Rieger 2014, S. 47)

Empowerment ist somit ein möglicher Weg zu mehr Selbstbestimmung, die ihrerseits wiederum mehr Empowerment bringen kann. Eine partizipative Arbeitsweise stärkt die Selbstbestimmung der Adressat*innen und fördert die gesellschaftliche Teilhabe. Partizipation kann somit als ein Weg gelten, über den Empowerment stattfindet. Ein Ziel von Empowerment ist es individuelle und gemeinsame Entscheidungen zu ermöglichen und dafür zu sorgen, dass Wahlmöglichkeiten zu den gewünschten Ergebnissen führen. Empowerment wird damit als ein Interventionsansatz angesehen, der Partizipation zum einen möglich macht und zum anderen durch Partizipation gefördert wird.

2.5. Fazit von Kapitel 2

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Partizipation als fachliches Leitprinzip für den Bereich der Sozialen Arbeit eine hohe Relevanz besitzt und sich auch theoretisch gut begründen lässt. Die Partizipation bzw. die Beteiligung der Adressat*innen der Sozialen Arbeit scheint geeignet, positive Effekte auf unterschiedlichen Ebenen zu entfalten. Partizipation bezieht sich dabei im Feld der Sozialen Arbeit insbesondere auf die Teilhabe an Entscheidungen, die Wahlfreiheit und die gesellschaftliche Teilhabe der Klient*innen.

Die verschiedenen theoretischen Partizipationsmodelle bieten eine inhaltliche Beschreibung und Bestimmung von Beteiligung. Dadurch wird eine Unterscheidung zwischen einer Alibi- bzw. Scheinpartizipation und einer „echten“ Partizipation mit tatsächlichen Einflussmöglichkeiten ermöglicht. Mit Hilfe der Modelle kann Partizipation als ein Entwicklungsprozess mit dem Ziel verstanden werden, einen möglichst hohen Grad an Partizipation zu erreichen. Partizipationsmodelle sind damit als nützliche Analyse- und Planungsinstrumente für die partizipative Praxis zu betrachten.

Die weitere Ausdifferenzierung der Beteiligungsverfahren nach dem Grad der Institutionalisierung, der Art der Beteiligung und der Form der Durchführung, zeigt das breite Spektrum der Partizipation und verweist insbesondere auf die Bedeutung der institutionellen Verankerung von Partizipation.

Aus demokratietheoretischer Sichtweise ist Partizipation ein immanenter Bestandteil unserer Demokratie. Das grundlegende Ziel der Sozialen Arbeit, Menschen die soziale und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, begründet die partizipative Ausgestaltung der Angebote der Sozialen Arbeit. Partizipation fördert damit die Transparenz und die soziale Gerechtigkeit unserer Gesellschaft und trägt zur Stabilisierung unserer Demokratie bei.

Personenbezogene Dienstleistungen funktionieren nur unter Beteiligung und Mitwirkung der Klient*innen, da sie (Ko-)Produzenten der Dienstleistung sind. Sollen professionelle Maßnahmen Erfolg haben, dann sind die Beteiligten aufeinander angewiesen. Nur wenn die Klient*innen an Entscheidungen aktiv mit-

wirken und die Professionellen ihr Handeln entsprechend darauf abstimmen, kann ein gutes Ergebnis erzielt werden und die Hilfen wirksam greifen.

Die psychologischen Aspekte der Partizipation zeigen, dass die Beteiligung der Klient*innen eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung, Stärkung und Aktivierung persönlicher Ressourcen ist. Ressourcen helfen bei der Bewältigung von individuellen Problemlagen und Herausforderungen, wodurch Partizipation eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben wird.

Empowerment als Auftrag der Sozialen Arbeit verweist darauf, dass durch partizipative Arbeitsweisen die Selbstbestimmung der Adressat*innen gestärkt wird und soziale Teilhabe ermöglicht wird. Partizipation ist damit zugleich als hinreichende Bedingung für Empowerment, wie auch als eine Auswirkung von Empowerment zu verstehen.

Mit diesen Erkenntnissen rückt auf der Handlungsebene unter anderem die Frage in den Vordergrund, wie Partizipation von Menschen im professionellen Kontext der Sozialen Arbeit stärker gefördert werden kann. Welche Haltungen und methodischen Vorgehensweisen sind geeignet, z.B. im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie, Mitwirkungs- und aktive Gestaltungserfahrungen anzustoßen und gezielt zu fördern?

3. Partizipation in der Sozialpsychiatrie

Nach der grundlegenden Beschäftigung mit der Leitidee der Partizipation möchte ich mich im nun folgenden Kapitel damit beschäftigen, welche Bedeutung die Beteiligung von Nutzer*innen für das Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie hat. Der vielfach verwendete Begriff der Partizipation soll dabei auf die sozialpsychiatrische Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen bezogen werden. Weiterhin möchte ich die rechtlichen Rahmenbedingungen, einige grundlegende und anschlussfähige sozialpsychiatrische Handlungsansätze, sowie einige ausgewählte praktische Methoden für die Nutzerbeteiligung vorstellen.

3.1. Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen

Beginnen möchte ich zunächst mit einer Klärung, was unter dem Begriff der Sozialpsychiatrie verstanden, welcher Personenkreis unter Nutzer*innen gefasst und auf welchen unterschiedlichen Ebenen Nutzerbeteiligung in sozialpsychiatrischen Angeboten und Diensten stattfinden kann.

3.1.1. Sozialpsychiatrie

Ob es sich bei der Sozialpsychiatrie um eine Spezialdisziplin der Psychiatrie mit einer spezifischen handlungsleitenden sozialpsychiatrischen Theorie und einer eigenen sozialpsychiatrischen Identität der Praktiker*innen handelt oder um eine spezielle Sichtweise der Psychiatrie, wurde lange Zeit kontrovers diskutiert. Als kritischer Gegenentwurf zur traditionellen Psychiatrie, wurde der Begriff Ende der 1960er Jahre von den beiden ersten und bis heute bekanntesten deutschen Vertretern der Sozialpsychiatrie, Klaus Dörner und Ursula Plog, in die Diskussion eingebracht (vgl. Elgeti 2011, S. 13f.). In ihrem 1978 erstmals erschienenen und zum sozialpsychiatrischen Klassiker gewordenen Lehrbuch „Irren ist menschlich“ erklärten sie ihre Sichtweise: „Manche Leser mögen den Begriff ‚Sozialpsychiatrie‘ in diesem Buch vermissen. Wir halten ihn für überflüssig: Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie“ (Dörner et al. 2004, S. 25).

Sozialpsychiatrie sollte also nicht nur als eine Teildisziplin der Psychiatrie verstanden werden, sondern als kritischer Gegenentwurf und Ausdruck für die Re-

formbedürftigkeit der gesamten damaligen Psychiatrie. Infolge des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête), der 1975 vom Deutschen Bundestag veröffentlicht wurde, erhielten die teilweise menschenunwürdigen Versorgungsbedingungen psychisch erkrankter Menschen in der Bundesrepublik eine breite öffentliche Aufmerksamkeit. Kritisiert wurden in der Psychiatrie-Enquête insbesondere die katastrophalen Missstände in den psychiatrischen Anstalten, die unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Vergleich zu körperlich Erkrankten, die Defizite im Bereich der Aus- und Weiterbildung der Beschäftigten in der Psychiatrie, sowie der Mangel an Behandlung und Hilfe außerhalb der Kliniken. Es wurde eine grundsätzliche Neuordnung der Unterstützung psychisch erkrankter Menschen nach den Prinzipien der gemeindenahen Versorgung gefordert. (Vgl. Clausen/Eichenbrenner 2010, S. 20)

Seit der Zeit der Industrialisierung bis in die Nachkriegsjahre war der gesellschaftliche Umgang mit „psychisch Kranken“ geprägt von einer zentralisierten Unterbringung außerhalb der Städte und Gemeinden (vgl. Keupp 1998, S. 581). Nun folgte ab Mitte der 1970er Jahre eine Phase der Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung, in der die stationäre Behandlung an neu aufgebaute psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verlagert wurde. Hauptsächlich in den 1980er Jahre erfolgte dann der kontinuierliche Ausbau der ambulanten Versorgung mit mehr niedergelassenen Nervenärzten, psychiatrischen Tageskliniken und Institutsambulanzen (vgl. Hardtmann 2013, S. 695). Viele engagierte Vereine und Institutionen kümmerten sich um die Verbesserung der gemeindenahen Versorgung psychisch erkrankter Menschen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. Es entstanden unterschiedliche dezentrale Formen der Wohnbetreuung, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, in denen überwiegend Mitarbeiter*innen aus der Profession der Sozialen Arbeit tätig sind und waren (vgl. Walther 2017, S. 33).

Ziele einer solchen Sozialpsychiatrie sind die Aufhebung der gesellschaftlichen Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen und das Ermöglichen eines Lebens mitten in der Gesellschaft. Die Integration der Klient*innen in den Alltag

mit Hilfe eines multidisziplinären Ansatzes ist das zentrale Anliegen der Unterstützungsleistungen (vgl. Quindel 2004, S. 15). Soziale Psychiatrie ist so verstanden „keine Alternative zu den Behandlungsformen der klinischen Psychiatrie, sondern ein umfassendes Konzept mit dem Ziel, die Lebenssituation psychisch erkrankter Menschen zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich und gewünscht, zu verbessern“ (Clausen/Eichenbrenner 2010, S. 10).

Der Begriff der „Sozial-Psychiatrie“ kann nach einer Einteilung von Dörner aus dem Jahr 1969 mit den folgenden inhaltlichen Dimensionen bestimmt werden (vgl. Dörr 2005, S.14). Der Begriff bezeichnet einerseits eine *theoretische und empirische Wissenschaft*, die sich mit psychischer Krankheit bzw. psychischem Leiden als sozialem Prozess befasst und demnach soziale Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Zum anderen versteht man darunter eine *therapeutische Praxis*, welche Menschen mit psychischen Erkrankungen in und mit ihrer sozialen Umwelt zu verstehen und zu behandeln versucht. Zum Dritten beschreibt der Begriff eine *soziale Bewegung*, die auf die (Re-)Integration der psychisch erkrankten Menschen in deren soziale Realität abzielt.

Sozialpsychiatrie ist der Oberbegriff einer normativ orientierten psychosozialen Praxis, die Menschen mit schweren psychischen Problemen in den gesellschaftlichen Alltag zu integrieren versucht. Sie reagiert vor allem auf eine psychiatrische Internierungspraxis, die Menschen aus ihrer alltagsweltlichen Verortung herauslöst und sie in einer Sonderinstitution verwahrt. Einer dominanten biomedizinischen Sicht psychischer Störungen wird eine alternative Sicht entgegengesetzt, die in den alltäglichen Lebensbedingungen der Subjekte die Gründe für ihre Verstörungen und Verrücktheiten sieht. Die Sozialpsychiatrie hat sich als ein interdisziplinäres Projekt entwickelt. Auf der praktischen wie auf der fachwissenschaftlichen Ebene ergeben sich Kooperationsformen von Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und anderen Sozialwissenschaften. (Keupp 1998, S. 581)

Sozialpsychiatrie wendet sich damit kritisch gegen die Verwahrung von Menschen in Sonderinstitutionen und gegen die Dominanz des biologisch-medizinischen Krankheitsmodells (vgl. Quindel 2004, S. 15). Für Elgeti (vgl. 2011, S. 18f.) ist Sozialpsychiatrie durch eine Grundhaltung gekennzeichnet, die folgende drei Aspekte beinhaltet:

1. Die *soziale Dimension psychischer Störungen* wird in der theoretischen und praktischen Arbeit der Sozialpsychiatrie betont, ohne die biologischen und psychologischen Aspekte gering zu schätzen.
2. Ein zentrales Anliegen der Sozialpsychiatrie ist die Verwirklichung einer *gemeindepsychiatrischen Organisation der Hilfen* für psychisch erkrankte Menschen, inklusive Prävention und Rehabilitation, Behandlung und Pflege, unabhängig von den jeweiligen Störungsbildern.
3. Der *offene Dialog und die gleichberechtigte Zusammenarbeit* aller Beteiligten, mit Respekt gegenüber den unterschiedlichen Positionen und ohne die eigene Meinung zu verstecken, kennzeichnet die Sozialpsychiatrie. Dies gilt für Lehre und Forschung genauso wie für die Krankenversorgung und dort für die Einzelfallhilfe genauso wie für die multidisziplinäre Teamarbeit und die Kooperation im regionalen Netzwerk.

Charakteristisch für die Sozialpsychiatrie ist die Haltung, den psychisch erkrankten Menschen als eine biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und sozialen Bedingungen zu verstehen. Die psychosoziale Situation, in der ein Mensch lebt, ist immer als Mitauslöser und Konsequenz der psychischen Erkrankung zu verstehen. Das Annehmen um die soziale Situation des erkrankten Menschen beeinflusst das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden des Betroffenen. (Vgl. Walther 2017, S. 32)

Insgesamt lässt sich die Sozialpsychiatrie als ein Versuch interpretieren, die Entwicklung des dominanten medizinisch-psychiatrischen Paradigmas zu korrigieren, zu kompensieren oder umzukehren. Dabei ist das starke Aufleben des Interesses an dieser Entwicklung nicht allein dem Einfluss unzufriedener Kliniker und Forscher zu verdanken, sondern ist vor allem dem Druck von Nutzern der psychiatrischen Dienste und deren Familien geschuldet. Denn jene bestanden und bestehen zunehmend darauf, als primär Betroffene angehört und in Entscheidungsprozesse über die „Behandlung“ einbezogen zu werden. (Dörr 2005, S. 16)

Zusammenfassend wird deutlich, dass Sozialpsychiatrie ein vielfältiger Begriff ist, der sowohl als fachlich-wissenschaftliche Orientierung, therapeutische Praxis und soziale Bewegung zu verstehen ist. Auf all diesen unterschiedlichen Ebenen spielt die Partizipation von Betroffenen und auch ihrer

Angehörigen eine zentrale Rolle. Die Psychiatrie-Reformen und das Entstehen der Sozialpsychiatrie wie wir sie heute kennen, mit dem umfassenden und ausdifferenzierten Angebot an ambulanten und stationären Unterstützungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen, wäre ohne die Beteiligung und Mitwirkung der Betroffenen- und Angehörigenbewegung nicht möglich gewesen (vgl. Becker et al. 2008, S. 43).

Im nun folgenden Abschnitt möchte ich mich daher intensiver damit beschäftigen, was unter Partizipation und Beteiligung von Betroffenen in der Sozialpsychiatrie verstanden werden kann, wer mit dem Begriff der Nutzer*innen überhaupt gemeint ist und wie sich der Stand der Nutzerbeteiligung in der Sozialpsychiatrie aktuell darstellt.

3.1.2. Partizipation und Nutzerbeteiligung in der Sozialpsychiatrie

Es bestehen vielfältige Bezeichnungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in Kontakt mit dem professionellen psychiatrischen Hilfesystem stehen oder standen. In der BRD werden im sozialpsychiatrischen Rahmen häufig die Begriffe „Nutzer“, „Betroffene“, „Klienten“ und „Psychiatrie-Erfahrene“ verwendet. Im Bereich der medizinischen Behandlung ist die Bezeichnung „Patienten“ üblich. In Kontaktstellen und Tagesstätten wird auch von „Besuchern“ oder „Teilnehmern“ gesprochen. Der Begriff der „Nutzer“ entspricht dem englischen Ausdruck des „user“, wird insbesondere in Großbritannien verwendet und bezeichnet dort Personen, die gegenwärtig psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen. Der Begriff der Nutzerbeteiligung ist angelehnt an die etablierte englische Bezeichnung des „user involvement“. (Vgl. Becker et al. 2008, S. 114)

Die Forderung nach mehr Personenzentrierung und Nutzerorientierung besteht im sozialpsychiatrischen Diskurs schon seit gut zwanzig Jahren (vgl. Utschakowski 2016 a, S. 247). Die Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen orientieren sich allerdings noch immer stark an den bestehenden Institutionen und nicht an den individuellen Bedürfnissen der Nutzer*innen. Unterstützung bekommt die Forderung nach mehr Beteiligung der Betroffenen an der Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten auch von politischer Seite. Die WHO bezeichnet es in ihrer „Europäischen Erklärung zur

psychischen Gesundheit“, als eine der vorrangigen Aufgaben, die „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess (der Modernisierung der Psychiatrie, d. Verf.) aktiv beteiligen können“ (WHO Europa 2005, S. 3).

Ziel dieser Reformbestrebungen ist es, die subjektive Nutzerperspektive in die Planung, Bereitstellung und Bewertung psychiatrischer Angebote einzubeziehen und damit eine verbesserte und an die Nutzer*innen angepasste Versorgung zu erreichen (vgl. Becker et al. 2008, S. 113). Es wird auf Erkenntnisse hingewiesen, „wonach eine aktive Beteiligung der Menschen mit psychischen Störungen und ihrer Familien die Qualität der Dienste und der Versorgung insgesamt steigert“ (WHO Europa 2006, S. 105).

Leitprinzip bei der Beteiligung sollte sein, dass die Menschen, die eigene Erfahrungen mit seelischen Krisen und dem psychiatrischen Hilfesystem haben, einen substantiellen Einfluss auf die angebotenen Unterstützungsleistungen bekommen. Ihr Wissen aus Erfahrung soll ein zentraler Bestandteil von Planung, Entwicklung und Evaluation psychosozialer und psychiatrischer Angebote sein. Die Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen an der Versorgungsplanung und -entwicklung ermöglicht einen besseren Zugang sowie eine höhere Akzeptanz der Angebote und schafft Transparenz. Dazu ist es dringend erforderlich die alleinige Expertise der Fachkräfte bei der Konzeption und Ausgestaltung von psychiatrischen Angeboten grundsätzlich in Frage zu stellen. (Vgl. Utschakowski 2016 a, S. 249-250)

Es geht bei der Beteiligung von Angehörigen und Erfahrenen nicht darum, deren Meinung zuzulassen, sondern ihre Erfahrungen und ihr Wissen als zentrale Expertise zu nutzen. Hierzu gehört die Erfahrung mit hilfreichen und weniger hilfreichen Angeboten und Strukturen und die Erfahrung mit verdeckter und struktureller Gewalt, Fremdbestimmung und Zwang. Ihre Expertise zeigt sich aber auch in dem Wissen um die Bedeutung von Informationen und Wahlmöglichkeiten, über den Sinn psychischer „Störungen“, über Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien und vieles mehr. (Utschakowski 2016 a, S. 248)

Aktuell basieren die Angebote im psychosozialen Bereich überwiegend auf dem fachlichen Wissen der Professionellen. Die Erfahrungen der Nutzer*innen wer-

den in diese Entscheidungsprozesse bisher kaum einbezogen. Dies liegt unter anderem an der niedrigen Wertschätzung von Erfahrungswissen im Vergleich zum akademischen Wissen in unserer Gesellschaft. Erfahrungswissen unterscheidet sich von akademischen Wissen dadurch, dass es nicht erlernt, sondern nur selbst erlebt werden kann. Ein umfassendes Expertenwissen benötigt allerdings die Expertise aus beiden Wissensbereichen. Das Konzept der Nutzerbeteiligung gibt dem Erfahrungswissen einen zentralen Stellenwert in der Planung und Gestaltung psychosozialer und psychiatrischer Angebote. (Vgl. Für alle Fälle e.V. 2005, S. 4)

Die Beteiligung der Nutzer*innen kann grundsätzlich auf unterschiedlichen Interventionsebenen stattfinden:

1. Individuelle Ebene:

Diese Ebene bezieht sich auf die direkte Unterstützung des Einzelnen bzw. seiner Familie und betrifft damit die unmittelbare Beziehung zwischen Professionellen und Betroffenen. Es geht damit um Beteiligungsformen, die sich auf die jeweils eigene individuelle Behandlung oder Betreuung beziehen. Idealerweise werden Entscheidungen bzgl. der gewünschten Unterstützung in einem gleichberechtigten Aushandlungsprozess zwischen Fachkraft und Klient*in getroffen. Die Kommunikation kann dazu nach strukturierten Konzepten wie dem Shared Decision Making gestaltet werden oder es können Behandlungsvereinbarungen in der medizinischen Behandlung bzw. Instrumenten zur individuellen und personenzentrierten Hilfeplanung genutzt werden. Es geht aber auch schlicht darum, individuelle Rückmeldungen der Nutzer*innen einzuholen und ernst zu nehmen. Diese Rückmeldungen können informell über direktes Nachfragen oder über diverse Beschwerdeverfahren erhoben werden. (Vgl. Becker et al. 2008, S. 114f.)

2. Institutionelle Ebene:

Auf dieser Ebene geht es im Schwerpunkt um die Qualitätsentwicklung und -sicherung in psychosozialen Einrichtungen. Die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen werden dabei zu einem zentralen Kriterium für die Planung, Bereitstellung und Bewertung von Versorgungsangeboten. Der

Einbezug der Nutzer*innen kann dabei auf vielfältige Art und Weise erfolgen. Hierzu zählen unter anderem die Mitwirkung in einrichtungsinternen Gremien wie Haus- und Vollversammlungen, Heimbeiräten und Werkstattträten oder Nutzersprecherräten. Auch die Teilnahme an Teamsitzungen, Qualitätszirkeln und die standardisierte Erhebung der Nutzerzufriedenheit über regelmäßig durchgeführte Befragungen stellen weitere Möglichkeiten der Partizipation dar. (Vgl. Prins 2005, S. 9)

Auch die Anstellung von Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen ist der institutionellen Ebene der Nutzerbeteiligung zuzuordnen. Die Aufgaben der Peer-Mitarbeiter*innen können in der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte, der Unterstützung und Beratung von Betroffenen, der Durchführung von Gruppenangeboten, sowie in der Entwicklung und Evaluation von Einrichtungen liegen. (Vgl. Becker et al. 2008, S. 116)

3. Politische und strukturelle Ebene:

Hierbei geht es um die politische Partizipation über die Einflussnahme in Form einer Vertretung der gebündelten Interessen von Betroffenenengruppen. Zu nennen sind dabei auf kommunaler Ebene Gremien wie die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, regionale Beiräte, gemeindepsychiatrische Verbände, Besuchskommissionen oder sozialpsychiatrische Beschwerdestellen. Auf Bundesebene sind vor allem der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) und die Aktion Psychisch Kranke e.V. (AKP) in unterschiedliche politische Gremien einbezogen. (Vgl. Becker et al. 2008, S. 119)

Über den tatsächlichen Stand der Beteiligung auf den unterschiedlichen Ebenen existieren nur sehr wenige Daten und Erkenntnisse. Auf Landes- und Bundesebene sind die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen in den relevanten Gremien beteiligt und dort auch in Entscheidungen einbezogen. Auch auf der Ebene der Einrichtungen werden Betroffene vielfach beteiligt, inwieweit dies allerdings flächendeckend bei den Trägern umgesetzt wird und in welcher Form Beteiligung stattfindet, ist nicht bekannt. Auch für die kommunale Ebene existieren so gut wie keine Zahlen und Berichte. Der tatsächliche Grad der aktuellen Nutzerbeteiligung bleibt damit unklar. (Vgl. Widmaier-Berthold 2013, S. 18)

3.2. Rechtliche und normative Rahmenbedingungen

Die unklare Datenlage darüber, inwieweit Partizipation im Sinne von Entscheidungsteilhabe in der Sozialpsychiatrie bereits umgesetzt wird, liegt unter anderem auch daran, dass eine Beteiligung der Nutzer*innen an der Ausgestaltung und Planung der Angebote in vielen Bereichen nicht gesetzlich vorgeschrieben ist. Im folgenden Abschnitt sollen daher einige relevante rechtliche Grundlagen zum Thema Partizipation im sozialpsychiatrischen Kontext beschrieben werden.

3.2.1. UN-Behindertenrechtskonvention

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Im Jahr 2009 wurde die sogenannte UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) vom Deutschen Bundestag ratifiziert und ist somit in Deutschland geltendes Recht. Kernbotschaften der UN-BRK sind die Forderungen nach Teilhabe und Partizipation von Menschen mit Behinderungen. Die Konvention stärkt die Rechte der Menschen mit Behinderungen, wozu nach dem Verständnis der UN-BRK auch Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen gehören. Dieser Personenkreis ist in unserer Gesellschaft nach wie vor von Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen. Die UN-BRK bietet die Chance, auch in der Psychiatrie einen Paradigmenwechsel einzuleiten, bei dem Menschen mit Beeinträchtigungen von Objekten der Fürsorge zu Rechtssubjekten werden, die selbst über ihr Leben bestimmen. (Vgl. Brosey/Osterfeld 2017, S. 141)

Die UN-BRK thematisiert Partizipation an verschiedenen Stellen und versteht Partizipation damit als ein Querschnittsthema der Konvention. Zu beachten ist allerdings, dass die englischen Begriffe „participation“ bzw. „to participate“ aus der Originalfassung in der deutschen Ausgabe durchgehend mit „Teilhabe“ bzw. „Teilnahme“ übersetzt wurden. Der Begriff der Partizipation wird in der deutschen Übersetzung somit auf die Bedeutung der gesellschaftlichen Teilhabe fokussiert. Damit geht der zweite Aspekt, der Mitbestimmung und Mitwirkung, den die Konvention mit dem Begriff der Partizipation auch verbindet, im Text verloren. (Vgl. Hirschberg 2010, S. 2)

In der UN-BRK wird Partizipation im Sinne von voller und wirksamer Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft in Art. 1 und Art. 3 als oberster Zweck und Grundsatz des Übereinkommens benannt (vgl. BMAS 2010 S. 10-12). In Art. 4 Abs. 3 schreibt die UN-BRK vor, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Interessenvertretungen aktiv an der Ausgestaltung und Umsetzung der Konvention beteiligt werden müssen:

Bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein. (BMAS 2010, S. 15)

Der Aspekt der politischen Partizipation von Menschen mit Behinderungen wird insbesondere in Art. 29 zur Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben näher definiert:

Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte sowie die Möglichkeiten, diese gleichberechtigt mit anderen zu genießen, und verpflichten sich, a) sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen, was auch das Recht und die Möglichkeit einschließt, zu wählen und gewählt zu werden; und b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können. (BMAS 2010, S. 46-47)

Die UN-BRK verfolgt damit das Ziel der vollständigen gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Dazu gehört auch das Recht, dass Menschen mit einer seelischen Behinderung an allen sie betreffenden Entscheidungen gleichberechtigt und selbstbestimmt mitwirken können. Der Staat kann somit kein Gesetz, das einen Lebensbereich von Menschen mit Behinderungen betrifft, keine Verwaltungsvorschrift oder Maßnahme entwickeln, ohne die Betroffenen aktiv zu beteiligen. (Vgl. Hirschberg 2010, S. 4)

3.2.2. Aktionsplan und Psychiatriebericht des Landes Schleswig-Holstein

Im Aktionsplan der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Umsetzung der UN-BRK wird das Thema der Beteiligung im Handlungsfeld 8 „Partizipation und Interessenvertretung“ aufgegriffen. Dort wird unter anderem auf die Erarbeitung eines Psychiatrieberichtes durch eine Arbeitsgruppe hingewiesen, in der auch Menschen mit psychischer Erkrankung als Vertreter des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein e.V. Mitglied sind. Neben der Mitarbeit in der Arbeitsgruppe wurde dabei auch mit einem qualitativen Ansatz über mehrere Fokusgruppen gearbeitet. Damit sollte die Bandbreite der Menschen mit seelischen Behinderungen besser vertreten werden und wahrgenommene Versorgungsdefizite und Verbesserungsvorstellungen herausgearbeitet werden. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2016 a, S. 86ff.)

In dem im Landesaktionsplan erwähnten Psychiatriebericht 2016 der Landesregierung Schleswig-Holstein wird im Handlungsfeld Nr. 11 „Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen“ das folgende Ziel formuliert:

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer daraus entstandenen seelischen Behinderung werden als Expertinnen und Experten in eigener Sache an Prozessen zur Planung der Hilfesysteme, zu deren Ausgestaltung und in der Phase der Umsetzung und Nutzung beteiligt. (Landesregierung Schleswig-Holstein 2016 b, S. 249)

Zur Erreichung dieses Ziels werden unter anderem folgende Maßnahmen vorgeschlagen: (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2016 b, S. 249)

- Das MSGWG (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, d. Verf.) wird die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen bei eigenen Veranstaltungen, Gremien und Projekten fortsetzen und durch eine Weiterentwicklung eine barrierefreie Teilnahme ermöglichen.
- Das MSGWG wird eine Prüfung veranlassen mit dem Ziel, die Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an Gremien des MSGWG adäquat zu entschädigen.

- Die Wahrnehmung von Beteiligungsrechten durch Selbstvertretungsorganisationen wie den LPE SH e.V. setzt eine verlässliche und angemessene Basisfinanzierung voraus.
- Um der qualifizierten EX-IN Genesungsbegleitung mehr Geltung zu verschaffen, sind nach einer Sensibilisierung der Träger aus allen Versorgungsbereichen für das Thema, Modelle finanzieller Unterstützungen zu erarbeiten.
- Die Beschäftigung von EX-IN-Genesungsbegleitern in den niedrigschwelligen ambulanten Hilfen wird die Landesregierung mit den Kommunen als Vertragspartner des Rahmenstrukturvertrages erörtern.

Auch wenn diese im Psychiatriebericht des Landes Schleswig-Holstein vorgeschlagenen Maßnahmen keine rechtlich bindende Wirkung haben, so zeigen die Beispiele doch, dass das Thema der Beteiligung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen bei der Landespolitik in Schleswig-Holstein angekommen ist. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind in ihrer Realitätsnähe sicher auch der Beteiligung der Betroffenen an der Erstellung des Berichts zu verdanken.

3.2.3. Bundesteilhabegesetz und Sozialgesetzbuch IX

Wie in Abschnitt 3.2.1. dargestellt, ist laut Art. 3 UN-BRK, die volle und wirksame Teilhabe der Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft, ein zentrales Leitprinzip der UN-Behindertenrechtskonvention. Um den Zielen der UN-BRK näher zu kommen, hat der Bundestag am 1. Dezember 2016 das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) verabschiedet. Mit dem Bundesteilhabegesetz soll das deutsche Recht in Bezug auf die UN-BRK weiterentwickelt und die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und Selbstbestimmung verbessert werden. Ein weiteres Ziel ist es, den für Menschen mit Behinderungen wichtigen Leistungsbereich der Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. (Vgl. BMAS 2016 a, S. 2)

Konkret bedeutet dies, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe im Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) herausge-

löst werden und als neuer Teil des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen etabliert werden (vgl. Schmachtenberg 2016, S. 104). Die Trennung der Eingliederungshilfe von der Sozialhilfe hat unter anderem den wesentlichen Vorteil, dass es Bezieher*innen von Eingliederungshilfe möglich werden soll, mehr von ihrem Einkommen zu behalten und anzusparen, da die Freigrenzen im SGB IX deutlich höher sind (vgl. BMAS 2016 a, S. 3).

Zum leistungsberechtigten Personenkreis der Menschen mit Behinderungen zählen laut § 2 SGB IX auch Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen, deren gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate beeinträchtigt ist. Neben der Orientierung an den Zielen der Teilhabe und Selbstbestimmung sind im neuen Bundesteilhabegesetz, wie zuvor auch schon im „alten“ Rehabilitationsrecht SGB IX, einige konkrete Mitwirkungsmöglichkeiten der Leistungsberechtigten formuliert. Dabei ist vor allem das in § 8 SGB IX formulierte Wunsch- und Wahlrecht hervorzuheben. So muss nach Abs. 1 bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen werden. (Vgl. BMAS 2016 b, S. 5-6)

Allerdings können dabei nur wirksame, notwendige und wirtschaftliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies bedeutet beispielsweise in Bezug auf das freie Wahlrecht einer Wohnform, dass eine Angemessenheits- und Zumutbarkeitsprüfung vorgenommen wird, wenn die gewünschte Wohnform gegenüber einer anderen Wohnform unverhältnismäßige Mehrkosten verursachen würde (vgl. BMAS 2016 a, S. 21).

Über die Wahl der Leistung hinaus, bestehen nach § 117 ff. SGB IX weitere Mitgestaltungsrechte der Leistungsberechtigten an der Planung und Koordinierung der Leistungen durch die Beteiligung an der sogenannten Gesamtplanung (vgl. BMAS 2016 b, S. 38-40). Diese Gesamtplanung erhält aufgrund der personenzentrierten Leistungsgewährung und -erbringung in der Eingliederungshilfe eine Schlüsselrolle und soll die bedarfsdeckende Erbringung der Leistungen sicherstellen. Die Menschen mit Behinderungen sollen dabei aktiv in das Planungs-

verfahren einbezogen und damit ihre Position gegenüber den Leistungsträgern und Leistungserbringern gestärkt werden. In einer Gesamtplankonferenz wird gemeinsam mit den Leistungsberechtigten über ihre Wünsche und die Erbringung der Leistungen beraten. Am Ende der Gesamtplanung wird eine Teilhabezielvereinbarung zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungsberechtigten abgeschlossen. (Vgl. BMAS 2016 a, S. 61f.)

Eine erwähnenswerte Neuerung mit Bezug zum Thema Partizipation stellt die Einführung einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung dar. Das in § 32 SGB IX festgelegte Beratungsangebot soll unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern insbesondere von Betroffenen für Betroffene erbracht werden und parallel zum Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger bestehen (vgl. BMAS 2016 b, S. 15).

Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen werden dabei durch andere Menschen mit Behinderungen (sogenanntes „Peer-Counseling“) beraten. Die Position der Betroffenen soll damit im sozialrechtlichen Leistungsdreieck gestärkt werden. Das kostenfreie und niedrighschwellige Beratungsangebot soll im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen ansetzen und über mögliche Leistungsansprüche, Ansprechpartner sowie zuständige Rehabilitationsträger informieren. Betroffene werden als besonders geeignete Berater angesehen, da sie die Fallstricke des Hilfesystems aus eigener Erfahrung kennen und die Hemmschwelle für Ratsuchende dadurch niedriger wird. Ziel des Beratungsansatzes ist es, die Betroffenen zu ermutigen und zu ermächtigen, mehr Selbstbewusstsein, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zu entwickeln. (Vgl. BMAS 2016 a, S. 15f.)

Die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes treten stufenweise in insgesamt vier Reformschritten in Kraft. Die ersten Änderungen sind bereits am 1. Januar 2017 umgesetzt worden, weitere Regelungen der folgenden drei Stufen treten jeweils zu Jahresbeginn 2018, 2020 und 2023 in Kraft (vgl. BMAS 2016 a, S. 69).

3.2.4. Werkstätten-Mitwirkungsverordnung

Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes am 1. Januar 2017 wurde die ursprünglich aus dem Jahr 2001 stammende Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO) weiterentwickelt. In § 222 SGB IX ist festgelegt, dass Menschen mit Behinderungen, die in Werkstätten beschäftigt sind, in den ihre Interessen berührenden Angelegenheiten durch Werkstatträte mitwirken (vgl. BMAS 2016 b, S. 68). Die Regelungen betreffen alle Menschen mit Behinderungen, die in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt sind. Dazu zählen auch viele Menschen mit einer psychischen oder seelischen Behinderung die in einer WfbM unterstützt und gefördert werden. Die allgemeinen Aufgaben des Werkstattrates sind in § 4 WMVO benannt, dazu zählen unter anderem, auf die Einhaltung geltender Vorschriften und Regeln zu achten, Anregungen und Beschwerden entgegenzunehmen und Verhandlungen mit der Werkstattleitung zu führen (vgl. BMAS 2016 c, S. 3).

Die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung unterscheidet seit dem 1. Januar 2017 erstmals zwischen Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechten. Kann bei entsprechenden Angelegenheiten keine einvernehmliche Lösung zwischen Werkstattleitung und Werkstattrat hergestellt werden, haben beide Seiten die Möglichkeit eine Vermittlungsstelle anzurufen, die einen Einigungsvorschlag unterbreitet. Bei Themen, die lediglich mit einem Mitwirkungsrecht ausgestattet sind, entscheidet nach dem Einigungsvorschlag der Vermittlungsstelle die Werkstattleitung abschließend. Bei Angelegenheiten mit einem Mitbestimmungsrecht, entscheidet hingegen die Vermittlungsstelle endgültig. (Vgl. BMAS 2016 c, S. 4)

Laut § 5 Abs. 1 WMVO hat der Werkstattrat bei den folgenden Angelegenheiten ein *Mitwirkungsrecht*:

- Darstellung und Verwendung von Arbeitsergebnissen;
- Regelungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;
- Weiterentwicklung der Persönlichkeit und Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt;
- Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsablauf und Arbeitsumgebung;

- dauerhafte Umsetzung von Werkstattbeschäftigten;
- Planung von Neu-, Um-, Erweiterungsbauten, Einschränkung, Stilllegung oder Verlegung der Werkstatt, grundlegende Änderungen der Werkstattorganisation und des Werkstattzwecks (vgl. BMAS 2016 c, S. 3f.).

Laut § 5 Abs. 2 WMVO hat der Werkstattrat bei den folgenden Angelegenheiten ein *Mitbestimmungsrecht*:

- Aufstellen und Änderung einer Werkstattordnung;
- Beschäftigungs- und Pausenzeiten;
- Aufstellen von Entgeltordnungen;
- Urlaubsgrundsätze und Verpflegung;
- technische Überwachungseinrichtungen;
- Fort- und Weiterbildungsgrundsätze;
- Gestaltung von Sanitär- und Aufenthaltsräumen;
- soziale Aktivitäten der Werkstattbeschäftigten (vgl. BMAS 2016 c, S. 4).

Außerdem steht dem Werkstattrat laut § 7 WMVO ein *Unterrichtungsrecht* bei der Kündigung und Versetzung von Werkstattbeschäftigten sowie der Einstellung und Versetzung von Betreuungspersonal zu. Unterrichtung bedeutet dabei, dass alle Unterlagen, die für die Information des Werkstatrates nötig sind, unaufgefordert durch die Geschäftsführung vorgelegt werden müssen. (Vgl. BMAS 2016 c, S. 5)

Eine weitere Neuerung, die zu mehr Partizipation beitragen kann, ist die Wahl einer Frauenbeauftragten in Werkstätten für behinderte Menschen. Diese soll Betroffene, die geschlechtsspezifische Diskriminierungen, Grenzüberschreitungen oder Gewalt erlebt haben, als Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen und dabei unterstützen, ihre Rechte selbst wahrzunehmen. Die Frauenbeauftragte und die Werkstatteleitung sollen regelmäßig zu Besprechungen zusammenkommen und über die Gleichstellung von Frauen und Männern, die Vereinbarkeit von Familie und Beschäftigung, sowie den Schutz vor körperlicher, sexueller oder psychischer Belästigung oder Gewalt sprechen. (Vgl. BMAS 2016 a, S. 46)

3.2.5. Selbstbestimmungsstärkungsgesetz

Eine weitere gesetzliche Grundlage in der konkrete Beteiligungsrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen festgeschrieben sind, stellen die Mitwirkungsregelungen in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe auf Länderebene dar. Im Zuge der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde der Schutz von Menschen, die in Einrichtung leben und betreut werden, Sache der einzelnen Bundesländer. Diese ordnungsrechtlichen Vorschriften, die zuvor in der Heimmitwirkungsverordnung bundesweit einheitlich geregelt waren, sind im Land Schleswig-Holstein seit dem 1. August 2009 durch das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) geregelt. Die vertragsrechtlichen Vorschriften verbleiben mit dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) weiterhin beim Bund. (Vgl. Künzel 2013, S. 220f.)

Das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz hat laut § 1 den Zweck, die Verwirklichung der Rechte von volljährigen Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderungen zu gewährleisten. Dazu zählen insbesondere die Wahrung und Förderung ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ebenso der Schutz ihrer Würde und Privatheit, sowie ihrer Interessen und Bedürfnisse vor Beeinträchtigungen und die Sicherung der Qualität des Wohnens und der Betreuung. Laut § 7 SbStG gilt das Gesetz für stationäre Einrichtungen, sowie weitere Betreuungsformen, in denen volljährige Menschen wohnen und Leistungen der Pflege und Betreuung erhalten. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2009, S. 2ff.)

In § 16 Abs. 1 SbStG wird die Sicherung und Stärkung der Mitwirkung in den Einrichtungen beschrieben:

Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung wirken über einen Beirat an der Gestaltung der Rahmenbedingungen des Wohnens, an Inhalten der Betreuung und an der Gestaltung von hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Freizeit mit. Die Mitwirkung fördert die Selbstbestimmung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. (Landesregierung Schleswig-Holstein 2009, S. 8)

In einer Durchführungsverordnung zum Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG-DVO) sind die Aufgaben der Interessenvertretung des Bewohnerbeirats in § 16 beschrieben. Dazu zählen insbesondere Maßnahmen, die den Bewohner*innen dienen, bei der Einrichtungsleitung zu beantragen; Beschwerden und Anregungen weiterzuleiten; eine jährliche Bewohnerversammlung durchzuführen und sich an der Prüfung durch die Aufsichtsbehörden zu beteiligen. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2011, S. 9)

Laut § 18 SbStG-DVO hat der Bewohnerbeirat bei den folgenden Angelegenheiten ein *Mitwirkungsrecht*:

- Aufstellung oder Änderung eines Mustervertrags für Bewohner*innen;
- Maßnahmen zu Unfallverhütung;
- Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen;
- Veränderungen des Betriebes der stationären Einrichtung;
- umfassende Baumaßnahmen und Instandsetzungsarbeiten;
- Sicherstellung einer angemessenen Qualität der Betreuung, des Wohnens und der hauswirtschaftlichen Versorgung;
- Maßnahmen der sozialen Betreuung und Teilhabe am gesell. Leben. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2011, S. 10)

Nach § 19 SbStG-DVO hat der Bewohnerbeirat bei Entscheidungen der Leitung oder des Trägers in folgenden Angelegenheiten ein *Mitbestimmungsrecht*:

- Aufstellen der Grundsätze der Verpflegungsplanung;
- Planung und Durchführung von Veranstaltungen zur Freizeit- und Alltagsgestaltung;
- Aufstellung und Änderung der Hausordnung;
- Gestaltung der Gemeinschaftsräume. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2011, S. 10)

In § 15 SbStG-DVO ist geregelt, dass die Einrichtungsleitung vertrauens- und verständnisvoll mit dem Bewohnerbeirat zusammenarbeiten und diesen recht-

zeitig über Angelegenheiten der Mitwirkung und Mitbestimmung unterrichten muss. Beabsichtigte Entscheidungen sind von der Einrichtungsleitung mit dem Bewohnerbeirat zu erörtern. Anträge und Beschwerden des Bewohnerbeirates müssen spätestens nach zwei Wochen beantwortet werden. Wenn der Beirat in Angelegenheiten der Mitbestimmung seine Zustimmung nicht erteilt, hat die zuständige Behörde zu vermitteln. Wenn dadurch keine Einigung zustande kommt, entscheidet die Behörde unter Abwägung der Interessen der Bewohner*innen und der unternehmerischen Interessen des Trägers. (Vgl. Landesregierung Schleswig-Holstein 2011, S. 9)

3.3. Grundlegende Handlungsansätze und Konzepte

Nach der Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen möchte ich im folgenden Abschnitt einige, für die Partizipation bedeutsame aktuelle Handlungsansätze der sozialpsychiatrischen Arbeit näher vorstellen. Die stärkere Einbeziehung der Nutzer*innen in die Planung, Ausgestaltung und Evaluation sozialpsychiatrischer Hilfen ist eng mit den Konzepten des Dialogs, der Recovery-Orientierung und der EX-IN-Bewegung verbunden. Diese handlungsleitenden Konzepte gelten als die wesentlichen Triebfedern für einen erneuten Aufbruch in der Psychiatrie (vgl. Utschakowski et al. 2016, S. 11).

3.3.1. Dialog

Die ersten dialogischen Denk- und Handlungsansätze in Deutschland reichen zurück bis Anfang der 1970er Jahre und stehen in engem Zusammenhang mit dem Beginn der sozialpsychiatrischen Bewegung. Im Rahmen der Psychiatriereform wurde eine verstärkte „Subjektorientierung“ gefordert. Die Psychiatrie sollte sich vermehrt den individuellen Erfahrungen, Erkenntnissen und Bewertungen der Psychiatrie-Erfahrenen öffnen (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 11). Der bisherige entmündigende Monolog als vorherrschende Gesprächsform in der Psychiatrie sollte zugunsten eines echten Austausches zwischen Professionellen und Betroffenen aufgegeben werden (vgl. Siemen 2004, S. 20).

Klaus Dörner und Ursula Plog beschreiben in „Irren ist menschlich“ den Wesenskern des Dialogs mit den folgenden Worten:

Während wir Profis vor 25 Jahren Fürsprecher der Sprachlosen waren, besteht die wichtigste Veränderung darin, dass erst die Angehörigen, dann auch die psychisch Kranken selbst auf kommunaler und auf Bundesebene sich zu Selbsthilfeinitiativen zusammengeschlossen haben und selbst für ihre Interessen kämpfen. Alles muss anders sein, seit die psychiatrische Diskussion somit auf drei grundsätzlich gleichberechtigten Partnern, auf einem Trialog beruht. Eine solche trialogische Psychiatrie muss eine ungleich stärkere politische Glaubwürdigkeit haben. Vorausgesetzt, wir Profis erliegen nicht der Versuchung, unsere Partner zu instrumentalisieren, sondern unsere Rolle neu zu definieren, mehr Assistenten für die Bedürfnisse anderer zu sein, also mehr dienend. (Dörner et al. 2004, S. 465)

Für die Idee und die Praxis des Trialogs stehen heute vor allem die beiden Namen Dorothea Buck und Thomas Bock, die 1989 das erste sogenannte Psychose-Seminar in Hamburg ins Leben riefen (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 13). Dorothea Buck kam 1936 aufgrund einer Psychose in die Nazi-Psychiatrie, wurde dort zwangssterilisiert und erlebte die totale menschliche Entwertung bis hin zum nur noch verwahrten und sprachlosen Objekt. Aufgrund dieser Erfahrungen der völligen Sprachlosigkeit zwischen Patient*innen und Personal in der Psychiatrie, entwickelte sie die Idee zu einem gleichberechtigten Erfahrungsaustausch zwischen Erkrankten und Therapeuten. Schon bald nach den ersten, sehr erfolgreichen Treffen zwischen Psychose-Erfahrenen, Berufstätigen und Studierenden, kamen auch Angehörige als dritte Gruppe zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch hinzu. (Vgl. Buck 2004, S. 24-26)

Das Wort Trialog ist eine Neuschöpfung die sich auf die Worte Monolog und Dialog bezieht und das Gespräch zwischen den drei unterschiedlichen Parteien meint. Beim Trialog handelt es sich somit um eine Form des Kontaktes und des Austausches zwischen Betroffenen, Angehörigen und psychiatrischen Fachkräften, als Versuch der Begegnung auf Augenhöhe (vgl. Utschakowski 2017, S. 294). Thomas Bock, Professor für Sozialpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, beschreibt den Trialog auch als gleichberechtigte Begegnung zwischen den drei Gruppen im Sinne von wechselseitigem Lernen und gegenseitigem Respekt:

In Psychoseseminaren begegnen mir die Erfahrenen zum ersten Mal als Lehrende und Lernende zugleich. (...) Experten durch eigene Erfahrung bzw. durch Miterleben als Angehörige sowie Experten durch Ausbildung und Beruf begegnen sich auf gleicher Ebene, um sich fortzubilden und Respekt zu vermitteln für subjektive Wahrnehmungen und unterschiedliche Bedürfnisse. (Bock 2009, S. 22)

Die Idee des Trialogs verbreitete sich schnell im gesamten deutschsprachigen Raum, so dass heute an über 150 Orten trialogische Foren stattfinden. Da es in den Seminaren nicht mehr nur um Psychosen als Erkrankung geht, wird mittlerweile meist von Trialogischen Seminaren gesprochen. Auch Auszubildende, Studierende, ehrenamtliche Bürgerhelfer und interessierte Laien nehmen daran teil. Diese Seminare sind keine Lehrveranstaltungen, sondern Begegnungen auf Augenhöhe zum gegenseitigen Austausch von Erfahrungen über das subjektive Erleben psychischer Erkrankungen und ihrer Bewältigung. Ziel des Trialogs ist ein neues, gemeinsames Verständnis für psychische Erkrankungen und für neue Formen der Zusammenarbeit (vgl. Utschakowski 2017, S. 294).

Ein Meilenstein für die Weiterentwicklung des Trialogs war der Weltkongress für Soziale Psychiatrie, der 1994 unter dem Titel „Abschied von Babylon“ in Hamburg stattfand und stark vom trialogischen Gedanken geprägt war. Auch die Verabschiedung der Magdeburger Thesen auf dem gemeinsamen Kongress des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BapK) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im März 2003, unterstützte die weitere Verbreitung der trialogischen Idee (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 117).

Trialog als gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen findet aber nicht nur in Seminaren statt. Jürgen Bombosch, Hartwig Hansen und Jürgen Blume definieren Trialog in ihrem 2004 erschienenen Sammelband „Trialog praktisch“ wie folgt:

Für uns ist Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind. Dies sind die Psychiatrie-Erfahrenen ..., die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und die professionellen MitarbeiterInnen in (sozial)psychiatrischen Handlungsfeldern. (Bombosch et al. 2004, S. 14)

Mittlerweile ist der trialogische Gedanke für alle psychiatrische Handlungsebenen von großer Bedeutung. Ziel ist eine trialogische Kultur, mit der regelmäßigen, kontinuierlichen und gleichberechtigten Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als Experten aus Erfahrung auf gleicher Augenhöhe mit den professionell Tätigen. Die unterschiedlichen Ebenen des Trialogs umfassen die psychiatrische Praxis (z.B. über trialogische Behandlungsvereinbarungen), gemeinsame Antistigmaarbeit zur Aufklärung über psychische Erkrankungen und dem Abbau von Vorurteilen, trialogisch besetzte Beschwerdestellen, Psychiatrieplanung und Qualitätssicherung sowie Lehre, Tagungen, Fortbildungen und die trialogische Forschung. (Vgl. Bock 2013, S. 62ff.)

3.3.2. Recovery

Im deutschsprachigen Raum hat unter anderem die trialogische Bewegung den Psychiatrie-Erfahrenen zu mehr Selbstbewusstsein und einer stärkeren Position verholfen. In den englischsprachigen Ländern wie den USA, Großbritannien, Australien und Neuseeland hat hingegen die Recoverybewegung den Status der Nutzer*innen stark beeinflusst (vgl. Utschakowski 2017, S. 295).

Das Recovery-Konzept ist von Psychiatrie-Erfahrenen in den 1990er Jahren in den USA entwickelt worden. Die Vorreiter*innen der Bewegung wie beispielsweise Pat Deegan wollten sich nicht damit abfinden, dass Ärzte sie als „aus therapiert“ oder „chronisch psychisch krank“ bezeichneten. Aus eigener Erfahrung wussten sie, dass Genesung auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Gemeinsam mit engagierten Fachleuten und Angehörigen setzten sie sich für eine alternative Art der psychiatrischen Behandlung ein, in der ein positiver, ganzheitlicher und gesundheitsförderlicher Blick auf psychische Erkrankungen im Mittelpunkt steht. (Vgl. Schmolke 2009, S. 25)

Recovery ist mittlerweile auch in Deutschland ein viel besprochenes und beachtetes Thema. Der englische Begriff „Recovery“ könnte mit „Genesung“ oder „Wiedererlangung von Gesundheit“ übersetzt werden (vgl. Knuf 2016, S. 12). Recovery wird dabei als ein sehr individueller Prozess und nicht als ein standardisierter Zustand, der erreicht werden sollte, verstanden. In ihrem 2007 erschienenen Buch „Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit“ beschreiben die Autorin-

nen Michaela Amering und Margit Schmolke Recovery als eine „Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben“ (Amering/Schmolke 2007, S. 11).

Im Recoveryansatz wird die Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, wobei Genesung nicht als Symptomfreiheit verstanden wird, sondern ein Weg hin zu einem freudvolleren und zufriedeneren Leben. Recovery stellt einen Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung dar, der dazu führt, dass die Person trotz ihrer psychischen Probleme in der Lage ist, ein hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. (Knuf 2016, S. 12)

Wissenschaftliche Erkenntnisse zum Verlauf und zu Behandlungsmöglichkeiten von schweren psychiatrischen Erkrankungen zeigen, dass es nicht sinnvoll ist, von einer bestimmten Diagnose auf eine ungünstige Prognose zu schließen. Psychische Erkrankungen können sehr unterschiedlich verlaufen, daher sind sowohl zu pessimistische, wie auch zu optimistische Voraussagen bzgl. des Krankheitsverlaufs nicht hilfreich. Solche Aussagen von Helfern gegenüber den Betroffenen können sogar gefährlich sein, indem sie Hoffnungen zerstören, die für die Bewältigung der Erkrankung von großer Bedeutung sind. (Vgl. Amering/Schmolke 2007, S. 12)

Besonders hervorgehoben wird von vielen Betroffenen wie wichtig Hoffnung und Zuversicht für den individuellen Gesundungsprozess sind. Betroffene brauchen Menschen in ihrer Umgebung, die an sie glauben und eine Art „stellvertretende Hoffnung“ vermitteln können. Andreas Knuf (vgl. 2016, S. 23) hat folgende zentrale Botschaften von Recovery formuliert:

1. Gesundheit ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich!
Mit Gesundheit ist gemeint, dass die Erkrankung ganz abklingt oder die Betroffenen gut mit ihrer Erkrankung leben können. Gesundheit ist auch nach längerer Krankheitszeit möglich.
2. Ohne Hoffnung geht es nicht!
Hoffnung auf eine positive Entwicklung ist ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob Gesundungsprozesse in Gang kommen. Dies gilt für die Hoffnung der Betroffenen, wie auch die der Angehörigen und Fachpersonen.

3. Jeder Gesundungsweg ist anders!

Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für Gesundungsschritte. Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden.

4. Gesundung ist kein linearer Prozess!

Sie ist nicht systematisch und planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.

5. Gesundung geschieht, auch wenn Symptome und Krisen fortbestehen!

Gesundung bedeutet nicht zwangsläufig vollkommene Symptomfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und sind weniger belastend.

6. Krankheit und Gesundung verändern den Menschen!

Durch die Erkrankung verändert sich der Betroffene. Gesundung bedeutet nicht, wieder genauso wie vor der Erkrankung zu sein.

7. Gesundung ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich!

Fachliche Unterstützung ist nur ein Faktor unter vielen, der Gesundung fördern kann.

Während die Behandlungsansätze der klassischen Psychiatrie vor allem auf die Reduktion von Symptomen und die Krisenprophylaxe abzielen, geht es beim Recoveryansatz stärker um subjektive Einschätzungen wie Zufriedenheit und Lebensqualität (vgl. Knuf 2016, S. 14). Recovery ist dabei eng verbunden mit dem Konzept des Empowerment (vgl. Abschnitt 2.4.4.) und beschreibt Prozesse, die zu mehr Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit führen (vgl. Utschakowski 2017, S. 295).

Um mehr Selbstverantwortung für das eigene Leben übernehmen zu können, muss den Betroffenen allerdings mehr Recht auf eigene Entscheidungen in der psychiatrischen Behandlung zugestanden werden und die professionellen Helfer*innen müssen Macht abgeben. Dies kann über partizipative Modelle zur „geteilten Entscheidungsfindung“, über Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen für akute Krisenfälle erreicht werden. Die Beziehungen zwischen den Nutzer*innen psychiatrischer Einrichtungen und den Fachkräften ändert sich dadurch von einer überwiegend hierarchischen oder fürsorglichen, hin zu einer mehr symmetrischen Beziehung. (Vgl. Schmolke 2009, S. 27)

3.3.3. EX-IN – Experienced Involvement

Als weiteres grundlegendes bzw. unterstützendes Konzept für Partizipation in der Sozialpsychiatrie möchte ich das EX-IN-Modell vorstellen. EX-IN steht als Abkürzung für den englischen Begriff „Experienced Involvement“ und bedeutet übersetzt „die Beteiligung Erfahrener“. Das Konzept steht für die Einbeziehung von Menschen mit eigenen Krisenerfahrungen in die psychiatrische Versorgung, beispielsweise als Genesungsbegleiter*innen in Krankenhäusern, Tageskliniken, Wohnheimen, im Betreuten Wohnen, in Beratungsstellen und weiteren psychiatrischen Angeboten. Eigene Erfahrungen mit seelischen Krisen und deren Folgen wie Stigmatisierung, Isolation und Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, können dabei einen Zugang zu Menschen in ähnlichen Situationen schaffen, wie er von Fachkräften ohne solche Erfahrungen oftmals nicht hergestellt werden kann. (Vgl. Utschakowski 2017, S. 301)

Wie in den vorherigen Abschnitten bereits verdeutlicht, sieht das klassische Behandlungsmodell der Psychiatrie auch heute noch überwiegend eine klare Trennung zwischen der Seite der Patient*innen und der Seite der Behandler*innen vor. Diese klare Rollen- und damit verbundene Machtverteilung soll durch die EX-IN-Idee verändert werden. Die Idee der Einbeziehung therapieerfahrener Patient*innen in die psychiatrische Behandlung existiert bereits seit den 1980er Jahre in Großbritannien und den Niederlanden. Dort wird häufig auch von „Peer-Support“ oder „Peer-Counseling“ gesprochen, was übersetzt so viel bedeutet wie „die Unterstützung durch gleichrangige Menschen“. Eine größere Verbreitung erlangte die Idee durch ein europäisches Pilotprojekt, welches von 2005 bis 2007 durch das EU-Programm Leonardo da Vinci gefördert wurde. An dem Projekt beteiligten sich Psychiatrie-Erfahrene und Mitarbeiter*innen aus Norwegen, Schweden, England, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland, um gemeinsam ein Konzept für eine EX-IN-Ausbildung zu entwickeln. (Vgl. Utschakowski 2016 b, S. 8)

Diese EX-IN-Ausbildung richtet sich an Menschen, die selbst eine schwere Krise durchlebt haben. Außerdem sollten die Teilnehmer*innen Erfahrungen in der Selbsthilfe oder mit Dialogischen Seminaren mitbringen und sich aktuell nicht in einer Krise befinden. Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die gemeinsame Ent-

wicklung von Erfahrungswissen. Zunächst reflektiert dabei jeder Einzelne seine eigenen Erfahrungen, strukturiert diese und teilt sie einem Gegenüber mit, woraus das sogenannte Ich-Wissen entsteht. Wenn die eigenen Erfahrungen dazu genutzt werden sollen anderen Menschen in Krisensituationen zu helfen, muss allerdings ein Standpunkt entwickelt werden, der auch von anderen verstanden und geteilt werden kann. Durch das Teilen der individuellen Erfahrungen und die gemeinsame Reflektion während der EX-IN-Ausbildung, entsteht aus dem Ich-Wissen das sogenannte Wir-Wissen. Dieses Wissen ist wichtig, um die eigenen Erfahrungen nicht zu generalisieren und um zu verhindern, dass eigene Wünsche und Sehnsüchte auf andere übertragen werden. Das Wir-Wissen ist die zentrale Wissens- und Handlungsgrundlage der Expert*innen durch Erfahrung. (Vgl. Utschakowski 2017, S. 303f.)

Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktiv Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im soziokulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, umzugehen. Um ein Experte durch Erfahrung zu werden, ist es erforderlich, dass jemand seine eigenen Erfahrungen reflektiert und sie mit anderen, die die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben teilt. Es ist erforderlich, dass die Experten ihre Erfahrungen mit einer Vielzahl anderer Erfahrungen anderer Personen in unterschiedlichen Situationen vergleichen. (van Haaster/Yoster 2005, zit. n. Utschakowski 2016 c, S. 83-84)

Die EX-IN-Ausbildung wird jeweils durch ein Team aus einem Experten durch eigene Erfahrung und einem Experten durch Ausbildung und Beruf geleitet. Der Kurs umfasst ca. 250 Stunden und behandelt grundlegende Themen wie gesundheitsfördernde Haltungen, Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Dialog und Recovery, sowie vertiefende Themen wie Betroffenen-Fürsprache, Bestandsaufnahme und Lebensplanung, Beraten und Begleiten, Krisenintervention sowie Lernen und Lehren. Zusätzlich sind zwei Praktika in sozialpsychiatrischen Einrichtungen im Umfang von mindestens 40 Stunden von den Teilnehmer*innen zu absolvieren. Zum Abschluss erstellen die Teilnehmer*innen ein Portfolio, welches dazu dient, sich der eigenen Möglichkeiten, Stärken und Zie-

len bewusst zu werden und das eigene professionelle Profil genau zu beschreiben. (Vgl. Utschakowski 2016 c, S. 91)

Das EX-IN-Modell hat sich schnell in Deutschland verbreitet, so dass derzeit an ca. dreißig Orten eine solche Ausbildung für Genesungsbegleiter*innen durchgeführt wird. Auch in weiteren europäischen Ländern wie der Schweiz, Österreich, Bulgarien und Polen gibt es entsprechende EX-IN-Ausbildungen (vgl. Utschakowski 2016 b, S. 8). In den Niederlanden werden Erfahrungsexperten in einer dualen Ausbildung mit kombinierten Theorie- und Praxisanteilen zu Genesungsbegleitern geschult und rund 250 von ihnen sind in psychiatrischen Einrichtungen angestellt. In Italien sind in der Region Trentino in Südtirol rund 50 Utenti Familiari Esperti (UFE), also Familien-Experten in gemeindepsychiatrischen Diensten tätig. Und in Großbritannien übernehmen Psychiatrie-Erfahrene besonders in der Forschung und Lehre eine aktive und verantwortliche Rolle. (Vgl. Bethmann/Hilgenböcker 2013, S. 26ff.)

Genesungsbegleiter*innen stellen eine wichtige Berufsgruppe für viele neue Behandlungsmodelle dar, da ihre Grundsätze und Kompetenzen genau zu den Grundgedanken dieser Ansätze passen. Dazu zählen unter anderem die Behandlung Zuhause (Home Treatment), die bedürfnisangepasste Behandlung (Need Adapted Treatment) oder der offene Dialog. Um aktuell noch offene Fragen wie die Berufsgruppenanerkennung von Genesungsbegleiter*innen, ein klares Entlohnungssystem und verbindliche Qualitätskriterien für Ausbildung und Praxis zu beantworten, wurde mit dem Verein EX-IN Deutschland e.V. eine Dachorganisation gegründet. Durch die Zusammenarbeit der Genesungsbegleiter*innen in der stationären und ambulanten Sozialpsychiatrie mit den herkömmlichen Mitarbeiter*innen findet ein Paradigmenwechsel statt. Durch den Einbezug des Erfahrungswissens der Betroffenen verändern sich die Haltungen und Vorstellungen darüber, worauf es bei der Begleitung von Menschen in Krisen ankommt. (Vgl. Sielaff 2016, S. 196f.)

3.4. Ausgewählte Methoden und Handlungsfelder der Partizipation

Nachdem ich mit dem Dialog, Recovery und EX-IN, die aus meiner Sicht wichtigen, grundlegenden und anschlussfähigen Konzepte für das Thema der Partizipation in der sozialpsychiatrischen Arbeit beschrieben habe, möchte ich im folgenden Abschnitt sechs ausgewählte Methoden bzw. Vorgehensweisen zur Beteiligung der Nutzer*innen kurz vorstellen. Es handelt sich dabei um Ansätze, die sich sowohl auf die individuelle, die institutionelle wie auch die politische bzw. strukturelle Ebene beziehen. Anhand der Beispiele soll aufgezeigt werden, wie und an welchen Entscheidungen sich die Nutzer*innen in der praktischen Arbeit konkret beteiligen können.

3.4.1. Partizipative Entscheidungsfindung

Der Begriff der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF) steht für einen partnerschaftlichen Entscheidungsprozess im medizinischen Kontext und wird im englischen Sprachgebrauch auch als „Shared Decision Making“ (SDM) bezeichnet. Dabei geht es um individuelle medizinische Entscheidungen, die im direkten Gespräch zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient*in getroffen werden. Definiert wird die PEF dabei als ein „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient/in und Arzt/Ärztin auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Dirmaier/Härter 2012, S. 319).

Das Modell der PEF lässt sich in Abgrenzung zum sogenannten paternalistischen Modell und zum Informationsmodell der medizinischen Entscheidungsfindung beschreiben und nimmt dabei eine Mittelstellung ein (siehe Tabelle 5). Im paternalistischen Modell trifft der Arzt bzw. die Ärztin die anstehende Entscheidung alleine, ohne die Vorstellungen und Wünsche der Patient*in zu berücksichtigen. Beim Informationsmodell erhält die Patient*in alle wichtigen Informationen zur Behandlung vom Arzt bzw. der Ärztin und trifft die Entscheidung dann alleinverantwortlich. Beim Ansatz der PEF finden Informationsaustausch und Entscheidungsprozess auf gleichberechtigter Ebene zwischen dem Arzt bzw. der Ärztin und der Patient*in statt. Die Verantwortung für die Umsetzung der Behandlung wird somit geteilt. (Vgl. Dirmaier/Härter 2012, S. 318f.)

		Paternalistisches Modell	Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)	Informationsmodell
Informationsaustausch	Richtung des Informationsflusses	Vom Arzt/Ärztin zur Patient/in	Vom Arzt/Ärztin zur Patient/in und von der Patient/in zum Arzt/Ärztin	Vom Arzt/Ärztin zur Patient/in
	Art der Information	medizinisch	medizinisch und persönlich	medizinisch
	Ausmaß der Information	den gesetzlichen Anforderungen entsprechend	alles für die Entscheidung relevante	alles für die Entscheidung relevante
Wer wägt die unterschiedlichen Behandlungen gegeneinander ab?		Arzt/Ärztin alleine	Arzt/Ärztin und Patient/in	Patient/in alleine
Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?		Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin und Patient/in	Patient/in

Tabelle 5: Modelle medizinischer Entscheidungsfindung (vgl. Dirmaier/Härter 2012, S. 319)

Für die Fachrichtung der Psychiatrie ist das Modell der PEF ein wichtiger Behandlungsansatz, da die Einbeziehung der Patient*innen in die psychiatrische Behandlung eine Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Intervention darstellt. In einem Forschungsprojekt untersuchte die Psychologin Peri Terzioglu „Formen und Bedingungen der Kooperation zwischen niedergelassenen Psychiatern und psychoseerfahrenen Patienten in der ambulanten Behandlung“. In ihrer qualitativen Studie kam sie zu dem Ergebnis, dass für Patient*innen mit Psychosen eine psychiatrische Behandlung erstrebenswert ist, in der sie in gesunden Phasen Einfluss auf Entscheidungen nehmen können und der Arzt bzw. die Ärztin in Krankheitsphasen zeitweise die Verantwortung an ihrer Stelle übernimmt und in ihrem Sinne handelt. Zentrale Voraussetzung dafür ist eine stabile und vertrauensvolle Behandlungsbeziehung. In einem solchen Setting, der flexiblen Übernahme und Rückgabe von Verantwortung, ist Partizipation auch für psychoseerfahrene Patient*innen möglich und sinnvoll, deren Entscheidungsfähigkeit in akuten Krankheitsphasen häufig eingeschränkt ist. Wird es den Patient*innen durch die gemeinsam mit dem Arzt bzw. der Ärztin getroffenen Entscheidung möglich, ihren Wunsch nach einem Leben ohne Medika-

mente zu realisieren, ist es eher wahrscheinlich, dass die Behandlung bei einer beginnenden Psychose fortgeführt wird. Dadurch können Krankenhausaufenthalte vermieden und die gesellschaftliche Teilhabe der Patient*innen verbessert werden. (Vgl. Terzioglu 2006, S. 41ff.)

Das Modell der PEF wird auch in den S3-Leitlinien der „Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ im Kapitel zur Therapeutischen Beziehung beschrieben. Dabei wird auf die besondere Bedeutung der Kommunikation und der Beziehung zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient*in hingewiesen. Die Einbeziehung der Patient*innen in den Behandlungsprozess kann einen vertrauensfördernden Effekt haben, zur Zufriedenheit der Patient*innen beitragen und die Wahrscheinlichkeit der Einhaltung der Behandlungsempfehlungen erhöhen. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass je nach Schwere der Erkrankung und Bedeutung der Entscheidung, eine partizipative Entscheidungsfindung nicht immer anwendbar ist. Gerade bei schweren psychischen Erkrankungen mit einem langen Verlauf, gibt es aber eine Reihe von Behandlungsalternativen, bei denen eine partizipative Entscheidungsfindung von Vorteil ist. (Vgl. DGPPN 2013, S. 27f.)

3.4.2. Behandlungsvereinbarungen

Ebenso wie die Partizipative Entscheidungsfindung ist die Behandlungsvereinbarung auf der individuellen Ebene der psychiatrischen Behandlung einzuordnen. Bei der Behandlungsvereinbarung handelt es sich um eine schriftlich festgehaltene Absprache zwischen ehemaligen Patient*innen und Vertretern einer Behandlungseinrichtung (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegedienst) für den Fall einer erneuten stationären Behandlung. Mit Hilfe einer Behandlungsvereinbarung können Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle als verantwortliche Partner ihre gegenseitigen Wünsche und Möglichkeiten aufeinander abstimmen und schriftlich festhalten. Es handelt sich dabei allerdings nicht um einen rechtlich verbindlichen Vertrag, sondern lediglich um eine beiderseitige Vereinbarung (vgl. Prins 2010, S. 35).

Ziel der Behandlungsvereinbarungen ist es, die Patient*innen stärker in die Entscheidung über die Behandlung mit einzubeziehen. Damit soll ihr Recht auf

Selbstbestimmung gestärkt und Zwangsmaßnahmen in der Behandlung reduziert werden (vgl. Marschner 2010, S. 23). Entstanden ist die Behandlungsvereinbarung im Jahr 1994 aus einem gemeinsamen Projekt der psychiatrischen Klinik Bielefeld-Bethel und dem Verein der Psychiatrie-Erfahrenen Bielefeld e.V. Zur Vereinbarung gehört eine sogenannte Versorgungsvollmacht, mit der eine Vertrauensperson zur Wahrnehmung persönlicher Interessen wie z.B. Auskunftsrecht, Zustimmung zu ärztlichen Maßnahmen, finanzielle Angelegenheiten bevollmächtigt werden kann. Eine Behandlungsvereinbarung enthält Regelungen und Absprachen zu folgenden Punkten:

- Kontakt- und Besuchswünschen (Wer darf zu Besuch kommen? Wer soll bei einer überraschenden Einweisung informiert werden?)
- Angaben zur ambulanten (Vor-)Behandlung bei niedergelassenen Ärzten, Regelungen zur Aufnahmesituation und Bezugspersonen.
- Absprachen zu Medikamenten und Darreichungsformen.
- Die Möglichkeit, Elektrokrampftherapie grundsätzlich abzulehnen.
- Hinweise, wie in eskalierten Situationen Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Fixierung, etc. vermieden werden können.
- Die Möglichkeit, bei erfolgten Zwangsmaßnahmen Einsicht in die Dokumentation und eine Nachbesprechung zu erhalten.
- Angaben und Regelungen zur sozialen Situation, z.B. sind Kinder, andere Personen oder Haustiere zu versorgen? Sind Fragen bzgl. der Wohnsituation, der Arbeitsstelle, finanziellen Angelegenheiten zu klären?
- Falls eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden soll: Gibt es die Möglichkeit einen Betreuer vorzuschlagen?
- Behandlungswünsche z.B. Tages- und Therapieprogramm, Ernährung, Rückzugsbedürfnis. (Vgl. Prins 2010, S. 36)

In der Regel wird eine Behandlungsvereinbarung in einer gesundheitlich stabilen Phase abgeschlossen. In der Vereinbarung können die Patient*innen Wünsche und Forderungen bezüglich der eigenen Behandlung formulieren. Die Vertreter*innen der Klinik können erklären, welche dieser Wünsche und Forderungen

gen sie berücksichtigen können und welche nicht. Bei einer Einigung wird die Angst vor einer Wiederaufnahme in die Klinik vermindert. Im günstigen Fall entwickelt sich ein gegenseitiges Vertrauen zwischen Klinik und Betroffenen, welches eine Voraussetzung für eine gute Behandlung darstellen kann. Behandlungsvereinbarungen können helfen, gute Behandlungserfahrungen aus der Vergangenheit abzusichern und schlechte zu vermeiden. (Vgl. Finzen 2011, S. 23f.)

Die Umsetzung, ob eine Klinik die Möglichkeit zum Abschluss einer Behandlungsvereinbarung anbietet, gestaltet sich in Deutschland regional sehr unterschiedlich. Das Angebot zur Mitbestimmung über die eigene psychiatrische Behandlung mit Hilfe einer solchen Vereinbarung, hat sich bislang allerdings nicht bundesweit durchgesetzt (vgl. Marschner 2010, S. 23). Für Nutzer*innen stellt die Erarbeitung einer Behandlungsvereinbarung allerdings eine wirkungsvolle Möglichkeit dar, Einfluss auf zukünftige Behandlungsentscheidungen zu nehmen. Somit kann Partizipation und Beteiligung sozusagen im Voraus bzw. im Vorgriff auf eine evtl. notwendig werdende psychiatrische Behandlung von den Betroffenen wahrgenommen werden.

3.4.3. Individuelle Hilfeplanung

Die „Individuelle Hilfeplanung“ ist eine Methode zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen, die einen Rechtsanspruch auf sogenannte Eingliederungshilfe nach den Sozialgesetzbüchern IX und XII (SGB IX und XII) haben. Ein solcher Rechtsanspruch liegt vor, wenn ein Facharzt attestiert, dass beispielsweise eine psychische Erkrankung vorliegt, die voraussichtlich für mehr als sechs Monate bestehen bleibt und dadurch die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es nach § 90 SGB IX, Menschen mit Behinderungen eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen dazu befähigen, die Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können. (Vgl. BMAS 2016 b, S. 32)

Zuständig für die Hilfeplanung ist in erster Linie der Träger der Eingliederungshilfe. Im Bundesteilhabegesetz wird das Hilfeplanverfahren mit dem Begriff Gesamtplanverfahren bezeichnet. Das Instrument der Bedarfsermittlung soll sich dabei laut § 118 SGB IX an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation orientieren (vgl. BMAS 2016 b, S. 38). Da die Ausgestaltung der Eingliederungshilfe Ländersache ist, wird das Hilfeplanverfahren in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. Trotz der verschiedenen Verfahren, hat der Prozess jeweils das Ziel zu klären, welcher individuelle Hilfebedarf besteht und wie dieser erfüllt werden kann, damit die gesellschaftliche Teilhabe gelingt (vgl. Schreiber/Giere 2014, S. 25).

Die individuelle Hilfeplanung verfolgt eine personenzentrierte Sichtweise und stellt den Menschen mit Unterstützungsbedarf in den Mittelpunkt des Verfahrens. Ausgangspunkt für die erforderliche Leistung ist die gewünschte Lebensform des Klienten sowie der individuelle Hilfebedarf. Die Ziele und Wünsche des Menschen mit Unterstützungsbedarf dienen dabei als Leitlinien. Durch die individuelle Hilfeplanung werden die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sowie die spezifischen Probleme und Barrieren ausfindig gemacht. Im Vordergrund stehen dabei nicht die zur Verfügung stehenden Angebote, um einen bestehenden Hilfebedarf zu decken, sondern die Frage, welche Hilfen eine Person zur gesellschaftlichen Teilhabe benötigt. (Vgl. Schreiber/Griebe 2014, S. 20ff.)

Die aktive Beteiligung der Menschen mit Unterstützungsbedarf an der Erstellung und Diskussion des Hilfeplans ist ein zentrales Anliegen des Verfahrens. Die Einbeziehung geschieht durch die gemeinsame Formulierung des Hilfeplans durch die Nutzer*in mit Unterstützung durch die professionelle Betreuungskraft. In einer Hilfeplankonferenz wird der Hilfeplan bzw. der Gesamtplan beraten, der individuelle Hilfebedarf geprüft und besprochen, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen zu den Zielen passen und die Zeitangaben nachvollziehbar sind. Neben den Betroffenen sind Vertreter der Leistungsträger und Leistungsanbieter sowie evtl. weitere Bezugspersonen an der Konferenz beteiligt. Die Nutzer*innen haben durch die Beteiligung an der individuellen Hilfeplanung die Möglichkeit, die Ziele und die Ausgestaltung der Eingliederungshilfe

entscheidend mitzubestimmen und damit ihr Recht auf Selbstbestimmung zu verwirklichen. (Vgl. Schreiber/Griebe 2014, S. 83ff.)

3.4.4. Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Angebote

Neben einer personenzentrierten Hilfeplanung, die auf die Verbesserung der individuellen Betreuung der Betroffenen ausgerichtet ist, kann eine Einbeziehung der Nutzer*innen auch im Rahmen der Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Einrichtungen erfolgen. Die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen werden dabei zu einem zentralen Kriterium bei der Planung, Bereitstellung und Bewertung der einzelnen Betreuungs- und Behandlungsangebote. Einen entscheidenden Stellenwert nimmt dabei die Bewertung der Angebote durch die Nutzer*innen ein. Eine standardisierte Erhebung der Zufriedenheit der Nutzer*innen allein z.B. durch eine schriftliche Befragung, scheint dabei kein verlässliches Kriterium für die Qualität der Angebote darzustellen. (Vgl. Becker et al. 2008, S. 115)

Weitere Möglichkeiten die Nutzer*innen in die Qualitätsentwicklung einer Organisation mit einzubeziehen, möchte ich anhand der sozialpsychiatrischen Einrichtung „Kieler Fenster“ beispielhaft darstellen. Im Kieler Fenster wirken die Nutzer*innen über mehrere strukturell vorgegebene und festgelegte Wege an der Sicherung und Entwicklung der Qualität mit. Grundsätzlich ist die Bedeutung der Mitwirkung und der partnerschaftlich ausgerichteten Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen im Leitbild der Organisation festgeschrieben:

Wesentlich in der Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und NutzerInnen ist eine respektvolle Begegnung auf Augenhöhe, in der Eigenständigkeit und individuelle Lebensentwürfe anerkannt werden. Nur so ist eine an den realen Bedürfnissen, den Stärken und Schwächen der NutzerInnen orientierte Hilfeplanung und Hilfeleistung auf hohem fachlichen Niveau möglich. (...) Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung unserer Hilfen ist uns die selbstverständliche Mitwirkung und Einbeziehung des Erfahrungswissens der Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen besonders wichtig. (Kieler Fenster 2015 a, S. 2, 4)

Im Kieler Fenster-Qualitätshandbuch, in dem das gesamte Qualitätsmanagementsystem der Organisation beschrieben ist, werden weitere, das Leitbild ergänzende Qualitätsgrundsätze formuliert. Darin ist unter anderem beschrieben, dass Psychiatrie-Erfahrene von den Mitarbeiter*innen der Einrichtung dabei unterstützt werden sollen, sich als „Experten*innen in eigener Sache“ bei politischen Belangen und Entscheidungen, die sie selbst betreffen, z.B. bei der Psychiatrieplanung oder dem Beirat für Menschen mit Behinderungen, zu beteiligen. Ein weiterer Qualitätsgrundsatz ist die regelhafte Beteiligung der Nutzer*innen und gegebenenfalls weiteren Bezugspersonen wie z.B. Familienangehörigen an der internen personenbezogenen Hilfeplanung. In regelmäßigen Abständen werden die Hilfe- und Unterstützungsangebote der Einrichtung durch interne und externe Bewertungen evaluiert. Dazu zählt eine regelmäßige Befragung der Nutzer*innen im Rahmen eines Benchmarking-Prozesses. (Vgl. Kieler Fenster 2015 b, S. 18f.)

Zum Mitwirkungssystem der Einrichtung „Kieler Fenster“ gehört, dass die Sichtweisen und Bedürfnisse der Nutzer*innen im Betreuungsalltag und bei grundsätzlichen Entscheidungen der einzelnen Abteilungen berücksichtigt werden sollen. Dazu besteht ein abgestuftes System der Information, Mitsprache und Mitbestimmung der Nutzer*innen bei Entscheidungen die ihre Belange betreffen. Weiterhin werden in den einzelnen Abteilungen Nutzersprecher*innen gewählt, die als Ansprechpartner*innen fungieren und die Aufgabe einer Interessenvertretung wahrnehmen. Die Vertreter*innen holen zu bestimmten Fragestellungen ein Meinungsbild der Nutzergruppe ein und vertreten dieses gegenüber den Mitarbeiter*innen. Regelmäßig, sechsmal pro Jahr, treffen sich die Nutzersprecher*innen zu einer abteilungsübergreifenden Nutzersprecherkonferenz (NSK). Neben dem Informations- und Erfahrungsaustausch werden in diesem Gremium auch abteilungsübergreifende Themen bearbeitet und Anregungen für die Verbesserung der Angebote formuliert. (Vgl. Kieler Fenster 2015 b, S. 36-38)

Die Nutzer*innen bzw. ihre Sprecher*innen sind in weitere Gremien der Qualitätsentwicklung und -sicherung des Kieler Fensters einbezogen. Dazu zählt die themenbezogene Mitarbeit in den Qualitätszirkeln der Abteilungen und bei der

Erarbeitung von abteilungsinternen und -übergreifenden Handlungsleitlinien, die Mitwirkung der Nutzer*innen im Beschwerderat und die Einbeziehung in die Qualitätskonferenz als zentrales Beratungsgremium innerhalb des Qualitätsmanagements der Organisation. (Vgl. Kieler Fenster 2015 b, S. 27ff.)

Es existieren weitere Berichte über ähnliche Vorgehensweisen in anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen. So sind beispielsweise die Nutzer*innen des sozialpsychiatrischen Vereins „Brücke Neumünster e.V.“ durch die Mitwirkung als gewählte Sprecher*innen und in regelmäßig tagenden Qualitätszirkeln an der dialogischen Qualitätsentwicklung der Einrichtung beteiligt (vgl. Bremer 2004, S. 150f.). Ebenso wirken die Nutzer*innen des „Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V.“ unter anderem im beratenden Gremien des Bürgerbeirates, im Beschwerdemanagement als Ombudsleute und in Personalausschüssen an der Qualitätsentwicklung der Einrichtung mit (vgl. Greve 2005, S. 18-19).

3.4.5. Unabhängige Beschwerdestellen

Für Psychiatrie-Erfahrene Menschen ist es aufgrund des bestehenden Machtgefälles und der Abhängigkeit von den psychiatrischen Einrichtungen wie z.B. dem Wohlwollen des Personals in stationären Kliniken oder Heimen, häufig schwierig ihre Rechte als Patient*innen oder Nutzer*innen durchzusetzen. Krankheitsbedingte Überforderungen in Konflikten, mangelnde Rechtskenntnisse und eine negative Erwartungshaltung können es den Nutzer*innen zusätzlich erschweren sich bei Unzufriedenheiten mit der Behandlung oder Betreuung zur Wehr zu setzen und selbst die Initiative zu ergreifen. Ziel von unabhängigen Beschwerdestellen in der Psychiatrie ist es daher, Beschwerdeführer dabei zu unterstützen ihre Rechte wahrzunehmen und gleichzeitig die Verbesserung von Zuständen in der Psychiatrie zu erreichen. (Vgl. Uebele 2007, S. 15)

In vielen (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen besteht bereits ein internes Beschwerdewesen, beispielsweise mit der Möglichkeit Beschwerden schriftlich einzureichen und einem Gremium, welches sich mit diesen Beschwerden auseinandersetzt. Gegenüber einem solchen einrichtungsinternen Beschwerdewesen, haben unabhängige Beschwerdestellen den Vorteil, dass sie eine neutrale Instanz darstellen. Den Nutzer*innen ist dadurch deutlich, dass nicht die Inter-

essen der Institution, sondern die des Beschwerdeführers im Vordergrund stehen. Die Akzeptanz und die Inanspruchnahme der unabhängigen Beschwerdestellen ist damit größer, als bei institutionsgebundenen Beschwerdemöglichkeiten. (Vgl. Uebele 2007, S. 16)

Die erste unabhängige Beschwerdestelle in der Psychiatrie wurde 1994 auf Initiative einer Psychiatrie-Erfahrenen, einer Bürgerhelferin und einer Psychologin in Stuttgart gegründet (vgl. DGSP 2007, S. 9). Seitdem sind an vielen Orten in Deutschland solche Beschwerdestellen entstanden, in denen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Mitarbeiter*innen und Bürgerhelfer*innen überwiegend auf ehrenamtlicher Basis gleichberechtigt und dialogisch zusammenarbeiten. In Berlin existiert mit der „Berliner Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie“ (BIP) sogar eine professionell arbeitende unabhängige Beschwerdestelle, die von der dortigen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales getragen wird (vgl. Lisofsky/Rossmann 2013, S. 6).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (DGSP) hat in der Zeit von Mai 2005 bis April 2008 ein Projekt zur Förderung unabhängiger Beschwerdemöglichkeiten in Deutschland durchgeführt (vgl. Uebele 2007, S. 6). Während eines Workshops mit dem Titel „Wehrt euch – beschwert euch“, der von diesem Projekt im April 2006 in Fulda veranstaltet wurde, hat eine dialogische Arbeitsgruppe folgende Definition des Begriffs Beschwerde für die Arbeit unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie formuliert:

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

Die Beschwerden beziehen sich häufig auf Unzufriedenheiten mit der Qualität der erbrachten Leistungen, Beschwerden zur medizinischen Behandlung und rechtlichen Betreuung, Zwangsmaßnahmen oder persönlichem Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter*innen (vgl. DGSP 2007, S. 27). In solchen Beschwerdefällen wird in Absprache mit dem Beschwerdeführer, ein gemeinsames Gespräch der Beschwerdeparteien angestrebt, mit dem Ziel einer Aussprache und einer

Lösung des Konflikts. Während des oben bereits erwähnten Workshops der DGSP haben Vertreter*innen von unabhängigen Beschwerdestellen in einer Arbeitsgruppe folgende Standards für die Arbeitsweise unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie formuliert:

- Trialogische und multiprofessionelle Besetzung;
- Leitung möglichst durch Betroffene oder Angehörige;
- alle Mitglieder sind gleichberechtigt – alle Meinungen werden respektiert;
- parteiliche Arbeit für den Beschwerdeführer;
- Beschwerden werden nur mit Zustimmung des Betroffenen und mit ihm gemeinsam gelöst;
- Beschwerdeaufnahme immer schriftlich inklusive Verlauf und Ergebnis;
- Beschwerdebearbeitung nur für Beschwerden der eigenen Region;
- Grundkenntnisse des Sozialrechts und der Psychiatriegesetze;
- regelmäßige Sprechstunden an neutralem Ort, möglichst wöchentlich;
- regelmäßige Treffen aller Mitglieder der Beschwerdestelle; möglichst monatlich;
- Kooperationsvereinbarungen mit den Leistungserbringern vor Ort;
- Schweigepflichtserklärung der Mitarbeiter*innen der Beschwerdestelle;
- Berichterstattung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, Sozialausschuss der Kommune, etc.;
- Plakate/Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen, Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse;
- Dienstvorgesetzte werden bei Bedarf in das Beschwerdeverfahren mit einbezogen. (Vgl. DGSP 2007, S. 16)

Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie stellen ein wichtiges Instrument zur Qualitätskontrolle psychiatrischer Einrichtungen und zum Empowerment der Nutzer*innen dar. Mit Hilfe der Unterstützung der Mitarbeiter*innen unabhängiger Beschwerdestellen, kann es psychiatriee erfahrenen Menschen gelin-

gen, entstandene Konflikte und Probleme zu thematisieren, Lösungen herbeizuführen und so Veränderungen in den Institutionen anzuregen. Dieses Vorgehen stellt somit eine Form der Beteiligung bzw. Partizipation von Nutzer*innen an der Erbringung sozialer Dienstleistungen in der Sozialpsychiatrie dar.

3.4.6. Partizipative Forschung

Die systematische Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen an sozialpsychiatrischen Forschungsprojekten im Sinne einer partizipativen Forschung ist in Deutschland noch relativ wenig verbreitet (vgl. Brütt et al. 2017, S. 100). International hingegen ist die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Forschern, vor allem in den angelsächsischen Ländern, bereits seit Jahrzehnten selbstverständlich. Die partizipativen Ansätze reichen dabei von der Selbsthilfe durch partnerschaftliche Zusammenarbeit bis hin zur betroffenenkontrollierten Forschung (vgl. Degano Kieser/Robra-Marburg 2016, S. 257).

Durch die Beteiligung der Betroffenen, sollen die spezifischen Sichtweisen, Analysen und Bedürfnisse der Nutzer*innen psychiatrischer Angebote in den Forschungsprozess einbezogen werden. Dadurch erhofft man sich eine qualitative Verbesserung der Forschungsergebnisse und in der Folge die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsangeboten, die stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert sind. Ein weiterer positiver Effekt der Beteiligung ist die Stärkung der Nutzer*innen im Sinne von Empowerment. (Vgl. Krumm/Becker 2006, S. 61)

Sind die Nutzer von psychiatrischen Angeboten an der Planung, Konzeption und Durchführung einer Studie beteiligt, wird eine weitgehende Berücksichtigung der subjektiven Perspektive ermöglicht und Angebote können bedürfnisorientierter gestaltet werden. (Krumm/Becker 2006, S. 61)

Bei der Einbeziehung der Nutzer*innen in den Forschungsprozess wird zwischen drei Formen unterschieden (vgl. Krumm/Becker 2006, S. 61):

1. „Consultation“: Die Nutzer*innen psychiatrischer Dienste werden um ihre Einschätzung bzgl. spezifischer Aspekte des Forschungsdesigns gebeten. Die Entscheidung über die Berücksichtigung der Anmerkungen liegt bei den professionell Forschenden.

2. „Collaboration“: Nutzer*innen sind für einzelne Teile des Forschungsprojekts verantwortlich. Ihre Expertise wird jener der professionell Forschenden gleichgestellt. Die Nutzer*innen sind über den gesamten Projektverlauf informiert und an allen Entscheidungen beteiligt.
3. „User Led/User Control“: Die Leitung und Kontrolle sämtlicher Stufen des Forschungsprozesses liegt bei den Nutzer*innen, wobei professionell Forschende bei Bedarf um Unterstützung gebeten werden können. Der Forschungsverlauf ist damit abhängig von den (professionellen) Fähigkeiten der Nutzer*innen.

Entstanden ist die sogenannte nutzergeleitete bzw. -kontrollierte Forschung Ende der 1980er Jahre innerhalb der Betroffenenbewegung psychiatrieerfahrener Menschen in den USA und Großbritannien. Von 1986 bis 1989 wurde in Kalifornien die erste ausschließlich von Psychiatrie-Erfahrenen durchgeführte Studie von der krisenerfahrenen Forscherin Jean Campell und dem Aktivisten Ron Schraiber durchgeführt. Im Rahmen der Studie mit dem Titel „The Well-Being Project: Mental Health Clients speak for themselves“ wurden ca. 500 Klient*innen, Angehörige und Profis aus dem psychiatrischen Versorgungssystem befragt. Ziel war es herauszufinden, welche Lebensbedingungen, Aktivitäten, Hilfsangebote und Erfahrungen sich im Alltag fördernd oder hemmend auf das Wohlergehen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auswirken. Die Psychiatrie-Erfahrenen waren dabei am gesamten Forschungsprozess wie der Entwicklung der Fragebögen, dem Interviewen der Teilnehmer*innen, der Dateneingabe und -auswertung, sowie der Verarbeitung der Forschungserkenntnisse beteiligt. (Vgl. Krämer/Rose 2017, S. 39)

In Europa sind die Forschungsabteilung SURE (Service Users Research Enterprise) am renommierten King's College in London unter der Leitung von Diana Rose und die Organisation IGPB (Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid) in Amsterdam zwei beispielhafte Einrichtungen. Dort arbeiten Wissenschaftler*innen mit eigener Psychiatrieerfahrung und entwickeln Methoden zur systematischen Förderung des Nutzereinbezugs in die (sozial-)psychiatrische Forschung. Zu den zentralen Aufgaben dieser Institute zählen neben der Durchführung von betroffenengeleiteten Studien, die Ausbildung von Psychiatrie-

Erfahrenen zu sogenannte „Service User Researchers“ und die Beratung und Unterstützung von externen Forschungsprojekten, welche die Nutzerperspektive in ihre Forschung mit einbeziehen möchten. (Vgl. Krumm/Becker 2006, S. 62)

In den deutschsprachigen Ländern gibt es bisher kein vergleichbares Angebot, aber zunehmend Projekte mit unterschiedlichen Stufen der Betroffenenbeteiligung. Dazu zählt unter anderem das „SuSi-Projekt“, bei dem eine dialogische Forschergruppe zum subjektiven Sinn von Psychosen geforscht hat (vgl. Bock 2012, S. 374). Das ebenfalls in Hamburg entstandene Projekt „Empower peers to research – EmPeeRie“ bietet neben einer Beratung externer Forschungsprojekte durch ein Gremium aus Betroffenen und Angehörigen, ein Forschungstraining für Betroffene, sowie Coaching und Förderung eigenständiger Forschungs-ideen von Betroffenen (vgl. Brütt et al. 2017, S. 99ff.; Demke et al. 2017, S. 43ff.).

Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in Projekte der psychiatrischen Versorgungsforschung stellt einen weiteren, konsequenten Schritt auf dem Wege zu einer stärkeren Patientenorientierung in der Psychiatrie dar und kann die traditionelle Versorgungsforschung daher sinnvoll ergänzen. (Krumm/Becker 2006, S. 64)

Mittlerweile wird „international der genuine Beitrag und die aktive Mitarbeit von Nutzern in Forschungsprojekten als wesentlich und unverzichtbar eingeschätzt“ (Amering 2016, S. 70). Einen Paradigmenwechsel stellt dabei die Überwindung des Gefälles zwischen Beforschten und Forschenden dar. Einerseits werden die Beforschten nun selbst zu Forschenden und zum anderen wird neben dem Fachwissen der Profis, das Erfahrungswissen der Betroffenen mit in den Forschungsprozess und die daraus folgenden Erkenntnisse einbezogen. (Vgl. Krumm/Becker 2006, S. 64)

3.5. Fazit von Kapitel 3

Die Stärkung, Einbeziehung und Teilhabe der Nutzer*innen spielt in der Sozialpsychiatrie, seit der Psychiatriereform in den 1970er Jahren, traditionell eine wichtige Rolle. Ohne das Engagement und die Beteiligung der Betroffenen und

der Angehörigen wäre der Aufbau der heutigen sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft so nicht möglich gewesen. Die seit über 20 Jahren bestehende Forderung nach mehr Personenzentrierung und Nutzerorientierung, wird in der Sozialpsychiatrie unter anderem auch durch das Bereitstellen von Beteiligungsmöglichkeiten der Nutzer*innen auf individueller, institutioneller sowie politischer und struktureller Ebene aufgegriffen. Das Erfahrungswissen der Nutzer*innen soll dadurch einen größeren Einfluss auf die Planung, Entwicklung, Ausgestaltung und Evaluation der sozialpsychiatrischen Betreuungs- und Behandlungsangebote erhalten. Der tatsächliche Stand der bereits realisierten Beteiligung der Nutzer*innen ist aufgrund fehlender empirischer Daten allerdings nur unzureichend zu bestimmen.

Die in Abschnitt 3.2. vorgestellten rechtlichen und normativen Rahmenbedingungen zur Partizipation in der Sozialpsychiatrie zeigen, dass es in mehreren Normen Ausführungen zur Mitwirkung und Mitbestimmung der Nutzer*innen gibt. In der UN-Behindertenrechtskonvention finden sich, entsprechend ihrer Anlage als Präzisierung der allgemeinen Menschenrechte, noch ziemlich allgemein gehalten Bestimmungen, die allerdings erste Auswirkungen in der Praxis zeigen. Die im SGB IX eingeräumten Beteiligungsmöglichkeiten, wie das Wunsch- und Wahlrecht und die Mitwirkung an der Gesamtplanung bieten die Möglichkeit der Beteiligung auf einer individuellen Ebene. Flächendeckende Partizipationsstrukturen, welche die umfassende und kollektive Formulierung der Interessen der Nutzer*innen ermöglichen, ergeben sich daraus allerdings noch nicht.

Explizit verfasste Regelungen zur Nutzerbeteiligung in der Sozialpsychiatrie, sind bereits für Werkstätten für behinderte Menschen und für stationäre Wohn- und Betreuungseinrichtungen vorhanden. Für alle andere Angebotsformen wie beispielsweise Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten, Beschäftigungsprojekte und alle weiteren ambulante Dienste sind keine verbindlichen Regelungen festgelegt. Sofern hier Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt werden, basiert dies in der Regel auf einer freiwilligen Verpflichtung der jeweiligen Träger.

Durch die in Abschnitt 3.3. vorgestellten grundlegenden partizipativen Handlungsansätze, wie die dialogische Bewegung und die Recovery-Orientierung

in Behandlung und Betreuung, ist die Begegnung auf Augenhöhe und die Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen mittlerweile eine wichtige fachliche Grundlage psychiatrischen Handelns. Lange Zeit sind das Wissen und die Erfahrungen der Betroffenen in der Psychiatrie allerdings nicht ernst genommen und nicht mit einbezogen worden. Spezielle Qualifikationen wie die EX-IN-Ausbildung stellen eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass (ehemalige) Nutzer*innen sich zukünftig aktiv mit ihren Erfahrungen in die Versorgung psychisch erkrankter Menschen einbringen können.

Wie in Kapitel 3.4. beispielhaft gezeigt, existieren in der Sozialpsychiatrie bereits vielfältige Instrumente und Verfahren zur Partizipation der Nutzer*innen an Entscheidungsprozessen. Dazu zählen auf der individuellen Ebene beispielsweise Methoden wie die partizipative Entscheidungsfindung, die Erarbeitung von Behandlungsvereinbarungen, sowie unterschiedliche Formen der personenzentrierten und individuellen Hilfeplanung. Auf der institutionellen Ebene sind Verfahren zur Einbeziehung der Nutzer*innen in die Qualitätssicherung und -entwicklung psychiatrischer Einrichtungen zu nennen. Auf der strukturellen Ebene ebenso Angebote wie unabhängige sozialpsychiatrische Beschwerdestellen oder Ansätze partizipativer Forschung. Es handelt sich dabei allerdings größtenteils um Herangehensweisen, die zwar wichtige Möglichkeiten für eine partizipative Mitgestaltung bieten, die aber aktuell nicht flächendeckend und regelmäßig umgesetzt werden.

4. Möglichkeiten und Grenzen in der Sozialpsychiatrie

In Kapitel 2 habe ich mich zunächst mit den theoretischen Grundlagen der Partizipation sowie verschiedenen Aspekten der Begründung für die Soziale Arbeit beschäftigt. Anschließend habe ich in Kapitel 3 den Partizipationsbegriff auf das Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie bezogen und gesetzliche Rahmenbedingungen, fachliche Handlungsansätze und praktische Vorgehensweisen beschrieben. Im nun folgenden Kapitel 4 werde ich mich mit den Chancen und Risiken der Nutzerbeteiligung für die sozialpsychiatrische Praxis und mit notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen beschäftigen. Dies soll jeweils unter Bezugnahme auf die in den beiden vorherigen Kapiteln dargestellten Erkenntnissen geschehen.

4.1. Chancen und Nutzen von Partizipation

Im Zuge der Psychiatrie-Reform in Deutschland ab Mitte der 1970er Jahre konnten die vielfach vorherrschenden menschenverachtenden Zustände in den psychiatrischen Anstalten und Kliniken weitestgehend überwunden werden. Durch den Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung mit Angeboten der Behandlung und Betreuung an den Wohnorten der psychisch erkrankten Menschen, wurde im Anschluss eine weitere zentrale Forderung der Psychiatrie-Enquête erfolgreich in die Praxis umgesetzt. Als nächster Schritt der Modernisierung der Psychiatrie erfolgte dann ein Paradigmenwechsel unter dem Motto „ambulant vor stationär“, weg von den institutionszentrierten Hilfen, hin zu einer personenzentrierten und nutzerorientierten Organisation der Unterstützungsleistungen. Aktuell stößt die Weiterentwicklung der Psychiatrie aufgrund hinderlicher politischer Bedingungen, wie Strukturproblemen bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung, allerdings an Grenzen. (Vgl. Bock 2012, S. 366)

Die Betroffenen fordern ihrerseits Veränderungen in der Psychiatrie im Sinne einer besseren Behandlung mit weniger Gewalt und Zwangsmaßnahmen, sowie einer dialogischen und recoveryorientierten Grundhaltung der Mitarbeiter*innen (vgl. Prins 2001, S. 162ff.). Ebenso wünschen sich die Nutzer*innen eine stärkere Beteiligung sowohl auf der individuellen Ebene der Behandlung und Be-

treuung, wie auch auf der institutionellen und strukturellen Ebene. So fordert die Psychiatrie-Erfahrene Sybille Prins, „dass die Betroffenen nicht nur an den Alltagsfragen einer bestimmten Einrichtung, sondern auch an der Planung psychiatrischer Strukturen und bei der Schaffung, Umsetzung und Auswertung von gesetzlichen Vorgaben beteiligt werden sollen“ (Prins 2005, S. 9).

Eine Übersichtsarbeit zur Patientenbeteiligung in der deutschen Psychiatrie von Reichhart et al. aus dem Jahr 2008 zeigt, dass die meisten psychiatrischen Patient*innen sich Informationen und Beteiligung an medizinischen Entscheidungen wünschen. Weit vorne steht dabei der Wunsch nach Einbezug in die Auswahl der Medikamente beispielsweise durch die Anwendung des Modells der „Partizipativen Entscheidungsfindung“. Auch durch den Einsatz von Behandlungsvereinbarungen und die Unterstützung bei Beschwerden können die Wünsche der Patient*innen stärker berücksichtigt werden. Die Vertreter*innen der Betroffenenverbände wie der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene e.V. und die Aktion psychisch Kranke e.V. möchten sich stärker im institutionellen und politischen Bereich auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene beteiligen. (Vgl. Reichhart et al. 2008, S. 112ff.)

Als Gründe, die für eine vermehrte Beteiligung der Patient*innen sprechen, wird von Reichhart et al. angegeben, dass der bisherige paternalistische Stil in der Arzt-Patienten-Beziehung als nicht mehr zeitgemäß und hinderlich für eine effektive Behandlung der Patient*innen erachtet wird. Es bestehen Hinweise darauf, dass eine gelungene Einbeziehung der Patient*innen in Entscheidungen zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Der Einbezug von Nutzer*innen in die Forschung und Ausbildung von Professionellen kann neue nutzerorientierte Sichtweisen erschließen und dadurch zu einer besseren Qualität der Gesundheitsleistungen führen. Die Betroffenen selbst berichten über einen deutlichen persönlichen Gewinn durch die Mitwirkung beispielsweise an Forschungsprojekten. (Vgl. Reichhart et al. 2008, S. 112ff.)

Um die psychiatrische Versorgung weiter zu verbessern und die ursprünglichen Ziele der Sozialpsychiatrie, wie die Aufhebung der gesellschaftlichen Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen und das Leben in der Mitte der Gesellschaft zu erreichen, erscheint Partizipation ein erfolgversprechender Hand-

lungsansatz zu sein. Den Nutzen und die Chancen von Partizipation im Sinne einer stärkeren Einbeziehung der Nutzer*innen bei Entscheidungsprozessen möchte ich im Folgenden auf Grundlage der in den Kapiteln 2 und 3 gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassend darstellen. Dabei werde ich die Ausführungen bezüglich der drei unterschiedlichen Beteiligungsebenen differenzieren.

4.1.1. Individuelle Ebene

Auf der Ebene der unmittelbaren Leistungserbringung zwischen den behandelnden bzw. betreuenden Fachkräften und den Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Angebote, spielen zunächst psychologische Aspekte der Partizipation eine wichtige Rolle. Erfahrungen der Teilhabe und Teilnahme an Entscheidungsprozessen haben psychologisch begründbare Auswirkungen auf das Bewältigungsverhalten der Nutzer*innen und damit auf die Gesundheit der psychisch erkrankten Menschen. Unterschiedliche Konzepte der Gesundheitspsychologie bzw. der psychologischen Stress- und Bewältigungsforschung wie beispielsweise die Konzepte der Einflussüberzeugung, der Selbstwirksamkeit oder dem Kohärenzgefühl weisen auf einen engen Zusammenhang zum Thema Partizipation hin. Die unterschiedlichen Konzepte zeigen, dass Partizipation wichtig für die Entwicklung, Förderung und Mobilisierung von personalen und relationalen Ressourcen ist. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen einer Person sind entscheidend für die Bewältigung alltäglicher und außergewöhnlicher Anforderungen und Lebensaufgaben sowie belastender Lebensereignisse. Die physische und psychische Gesundheit hängt im wesentlichen von der Verfügbarkeit und Aktivierbarkeit dieser Ressourcen ab. (Vgl. Lenz 2006, S. 15-16)

Hat ein Mensch im Laufe seines Lebens die Erfahrung gemacht bei relevanten Entscheidungen mitbestimmen und mitentscheiden zu können, stärkt dies über die Komponente der Bedeutsamkeit das Kohärenzgefühl der Person. Nach dem Modell der Salutogenese von Antonovsky hat dieses Kohärenzgefühl einen positiven Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und insbesondere auf die psychische Gesundheit eines Menschen. Die Beteiligung von Patient*innen in einer psychiatrischen Klinik an individuellen Behandlungsentscheidungen wie z.B. dem Einsatz und der Auswahl von Medikamenten oder an kollektiven Entscheidungen wie z.B. zu Gruppenaktivitäten, kann somit die Erfahrung vermitteln, in-

dividuell oder innerhalb einer Gemeinschaft etwas verändern und beeinflussen zu können. Diese Einbeziehung in Entscheidungen kann über Methoden wie Behandlungsvereinbarungen oder die partizipative Entscheidungsfindung in der Interaktion zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient*in stattfinden. Damit werden die Selbstwirksamkeitserwartungen der Betroffenen gestärkt und über die Aktivierung von internen und externen Ressourcen eine gesundheitsförderliche Wirkung entfaltet. Partizipative Vorgehensweisen können somit positive Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit der Nutzer*innen psychiatrischer Angebote haben.

Neben den psychologischen Auswirkungen hat die Beteiligung der Nutzer*innen auch einen starken Zusammenhang zum Thema Empowerment. Die Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbstverantwortung und der Autonomie der Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Angebote ist ein wichtiger Auftrag für die psychiatrischen Fachkräfte. Die psychisch erkrankten Menschen sollen durch eigene Entscheidungen dazu ermutigt werden, ihre Stärken und Kompetenzen wahrzunehmen, sowie ihre Potentiale und Kräfte zu entfalten. Die Einbeziehung der Wünsche und Lebensvorstellungen der Nutzer*innen kann beispielsweise über eine individuelle Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgen. Den Klient*innen wird es durch eine partizipative Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen z.B. im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens möglich, Selbst- und Mitbestimmung zu verwirklichen. Durch die Partizipation an Betreuungsentscheidungen wie beispielsweise die Wahl der Wohnform oder bei der Bewältigung des Alltags, übernehmen die Nutzer*innen Verantwortung für sich selbst, werden dadurch gestärkt und erleben somit Empowerment.

Als weiteren Aspekt auf der individuellen Ebene möchte ich darauf hinweisen, dass aus dienstleistungstheoretischer Sicht die aktive Mitarbeit und Mitwirkung der Nutzer*innen entscheidend für den Erfolg und die Wirksamkeit von sozialen Dienstleistungen ist. Ohne die Beteiligung der Nutzer*innen an dem Prozess der Ko-Produktion der personenbezogenen Dienstleistung ist eine Veränderung des Zustandes in dem sich die psychisch erkrankten Menschen befinden nicht möglich. Nur durch die aktive Einbeziehung und Mitarbeit der Klient*innen kön-

nen psychiatrische Hilfen ihre beabsichtigte, die Situation des Betroffenen verbessernde, Wirkung entfalten. Ist beispielsweise eine Patient*in einer psychiatrischen Tagesklinik nicht in die Formulierung der individuellen Behandlungsziele einbezogen und nicht an der Auswahl der Behandlungsmethoden beteiligt, wird diese Intervention wahrscheinlich auch nicht hilfreich und nachhaltig erfolgreich für die Patient*in sein. Diese Tatsache der notwendigen Kooperation und Partizipation bei der Produktion sozialer Dienstleistungen stellt eine besondere Herausforderung für die Beziehungsgestaltung und die Interaktion zwischen Fachkräften und Nutzer*innen psychiatrischer Angebote dar.

4.1.2. Institutionelle Ebene

Die dienstleistungstheoretische Erkenntnis, dass nur durch die Partizipation der Nutzer*innen, wirksame und damit qualitativ hochwertige soziale Dienstleistungen erbracht werden können, bezieht sich neben der individuellen Ebene auch auf die institutionelle Ebene der sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Trägerorganisationen. Durch die Einbeziehung der subjektiven Bedürfnisse der Nutzer*innen in die Planung, Bereitstellung und Evaluation der Angebote kann die Effektivität, die Effizienz und somit die Qualität sozialer Dienstleistungen gesteigert werden. Die Beteiligung der Betroffenen bei der Konzeption, Ausgestaltung und Bewertung sozialpsychiatrischer Angebote kann zum einen die Akzeptanz der Angebote erhöhen und zum anderen für verbesserte, da an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasste, psychiatrische Versorgungsangebote sorgen. Partizipation bekommt damit eine wichtige Funktion für die Qualitätsentwicklung und -sicherung sozialer Dienstleistungen.

Insbesondere ist die Beurteilung der Qualität und der Wirksamkeit der Angebote nur unter Hinzuziehung der Sichtweise der Nutzer*innen zuverlässig möglich. Die Beteiligung an der Evaluation und Bewertung kann dabei innerhalb eines Qualitätsmanagementsystems einer sozialpsychiatrischer Einrichtung z.B. über regelmäßige Nutzerbefragungen oder die Mitarbeit in Gremien zur Qualitätsentwicklung stattfinden. Eine andere Möglichkeit ist die Einbeziehung der Sichtweisen, Analysen und Bedürfnisse der Nutzer*innen über den Weg der partizipativen Forschung. Durch die Zusammenarbeit der Betroffenen mit den Forscher*innen oder durch eine nutzergeleitete bzw. -kontrollierte Forschung ist

die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten möglich, die stärker an den Bedürfnissen der Nutzer*innen ausgerichtet sind.

Ebenfalls zur institutionellen Ebene zählt die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener an der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der sogenannten Peer-Arbeit. Durch die Teilnahme an der EX-IN-Ausbildung werden die Betroffenen auf die Arbeit beispielsweise als Genesungsbegleiter*innen in der Psychiatrie vorbereitet. Das Erfahrungswissen der Peers wie z.B. zu hilfreichen und nicht hilfreichen Strukturen oder der Bedeutung von Informationen und Wahlmöglichkeiten erhält damit eine Aufwertung im Vergleich zum Expertenwissen der Profis und trägt zur Qualitätssteigerung der Angebote bei.

Aus einer Übersicht über den internationalen Forschungsstand zur „Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung“ von Mahlke et al. aus dem Jahr 2015 geht hervor, dass Peer-Arbeit ein vielversprechender Ansatz ist, der positive Effekte wie z.B. stärkere Hoffnung, mehr Selbstbewusstsein, höhere Lebensqualität und soziale Inklusion für die Nutzer*innen zeigt. Auch die Peers selbst profitieren von der Arbeit als Genesungsbegleiter*in durch höhere Zufriedenheit, Wohlbefinden, Selbstbewusstsein und ein größeres soziales Netzwerk. Peer-Arbeit verbessert darüber hinaus das allgemeine therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen im Sinne einer Recovery-Orientierung und kann den Kampf gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen unterstützen. Der regelhafte Einsatz der Peer-Arbeit in der deutschen psychiatrischen Versorgung, sowie die Kostenübernahme durch die entsprechenden Leistungsträger wird daher empfohlen. (Vgl. Mahlke et al. 2015, S. 237f.)

4.1.3. Strukturelle und politische Ebene

Auf der Ebene der Planung psychiatrischer Strukturen und der Schaffung, Umsetzung und Auswertung von normativen Regelungen und gesetzlichen Vorgaben werden die Interessen und Meinungen der Nutzer*innen überwiegend durch Betroffenenvertreter*innen einbezogen. Die Beteiligung der psychisch erkrankten Menschen z.B. über den Bundes- oder Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. bietet die Möglichkeit gesetzliche oder anderweitig festge-

schriebene Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf die Bedürfnisse der psychisch erkrankten Menschen abgestimmt sind und die, die Einhaltung ihrer Rechte garantieren. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang eine Einbeziehung in regionale oder überregionale Gremien wie etwa psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, gemeindepsychiatrische Verbände, Beiräte für Menschen mit Behinderungen oder auch die Mitarbeit in Besuchskommissionen psychiatrischer Krankenhäuser.

Aus einem demokratietheoretischen Blickwinkel ist die Beteiligung möglichst vieler Bürger*innen, wozu auch Menschen mit psychischen Erkrankungen zählen, an politischen Entscheidungsprozessen von besonderer Bedeutung. Durch Partizipation werden politische Institutionen und Prozesse innerhalb der Demokratie legitimiert und Transparenz und Gerechtigkeit in den Machtssystemen hergestellt. Die Soziale Arbeit im Handlungsfeld der Psychiatrie hat dabei die Aufgabe die soziale Teilhabe der Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern und ihnen damit auch zu einer politischen Partizipation zu verhelfen. Durch Mitsprachemöglichkeiten an der Ausgestaltung der psychiatrischen Hilfen können die Betroffenen gestärkt und motiviert werden, sich auch gesellschaftlich stärker zu beteiligen. Die Partizipation an psychiatrischen Unterstützungsleistungen kann somit als eine Grundlage für die Beteiligung der Klient*innen an politischen und demokratischen Prozessen gelten.

Letztlich bietet die Beteiligung und Einbeziehung der Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, die in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) festgelegten gesetzlichen Ziele der sozialen Teilhabe und Partizipation zu erreichen. Die UN-BRK legt fest, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Interessenvertretungen aktiv an der Ausgestaltung und Umsetzung der Vereinbarungen beteiligt werden müssen. Damit sind die Menschen mit psychischen Erkrankungen über ihre Interessenvertretungen aktiv an der Entwicklung aller Gesetze und Vorschriften, die ihre Lebensbereiche betreffen, zu beteiligen. Damit ist die Chance verbunden, in der Psychiatrie einen Paradigmenwechsel zu erreichen, bei dem die Menschen mit psychischen Erkrankungen von Objekten der Fürsorge zu selbstbestimmten Subjekten mit eigenständigen Rechten und Pflichten werden.

Aufgrund der aufgezeigten vielfältigen positiven Effekte auf den unterschiedlichen Ebenen der Beteiligung hat das Thema der Partizipation der Nutzer*innen eine hohe fachliche Relevanz für die sozialpsychiatrische Praxis. Die Förderung partizipativer Prozesse, sowie die Entwicklung, Implementierung und Anwendung partizipativer Handlungsansätze und Methoden stellt eine wichtige Herausforderung für die Weiterentwicklung der gesamten Sozialpsychiatrie dar. Im nächsten Abschnitt möchte ich zunächst allerdings näher darauf eingehen, welche Probleme, Hemmnisse und Grenzen bei der Umsetzung von Partizipation in der sozialpsychiatrischen Arbeit bestehen.

4.2. Risiken und Grenzen von Partizipation

Die kritische Reflexion der zur Verfügung stehenden Beteiligungsmöglichkeiten von Nutzer*innen an Entscheidungsprozessen, macht eine Auseinandersetzung mit den förderlichen und den hinderlichen Faktoren der Partizipation notwendig. In der psychiatrischen Praxis gestaltet sich die Realisierung der Nutzerbeteiligung häufig noch schwierig, selbst wenn die beteiligten Parteien angeben partizipativ arbeiten zu wollen (vgl. Widmaier-Berthold 2013, S. 18; Zingler 2002, S. 20). Folgende typische Hindernisse und Herausforderungen bei der Umsetzung von Partizipation beschreiben Straßburger/Rieger für den Bereich der Sozialen Arbeit (vgl. 2014, S. 188ff.):

- Eine Institution verfolgt widersprüchliche Ziele mit der Beteiligung:
Innerhalb einer Institution bestehen unterschiedliche Vorstellungen davon, wie groß die Entscheidungsmacht der Adressat*innen sein soll. Es stellen sich Fragen der Machtverteilung und letztendlichen Entscheidungsgewalt.
- Interessen und Erwartungen werden ignoriert:
Häufig scheidet Partizipation daran, dass die Vorstellungen der Profis nicht zu den Erwartungen der Adressat*innen passen. Wenn sich die Fachkräfte bei der Planung eines Partizipationsprozesses nicht an den Interessen und der Lebenswelt der Adressat*innen orientieren, kann es passieren, dass die Beteiligungsangebote nicht entsprechend wahrgenommen werden.

- Die Beteiligung ist mit zu hohen Anforderungen verbunden:
Adressat*innen der Sozialen Arbeit haben sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Partizipation gemacht. Viele haben nie erlebt, dass sich jemand für ihre Meinung interessiert. Die Voraussetzungen für Partizipation sind aufgrund der verschiedenen Kompetenzen und Fähigkeiten der Adressat*innen sehr unterschiedlich.

Hemmnisse und Begrenzungen für die Partizipation lassen sich sowohl bei den psychiatrischen Fachkräften, den Betroffenen wie auch durch institutionelle und politische Rahmenbedingungen ausmachen. Die Mitarbeiter*innen befürchten, dass die Beteiligung der Nutzer*innen einen Machtverlust mit sich bringt und ihnen die Kontrolle über die Ausgestaltung der Hilfen entzogen wird (vgl. Widmaier-Berthold 2013, S. 17). Echte Partizipation kann jedoch nur dann gelingen, wenn daraus auch Konsequenzen für die Machtverteilung erfolgen. Sind die Fachkräfte dazu nicht bereit, droht die Betroffenenpartizipation zu einer Pseudo-Beteiligung zu werden. Eine derartige Alibi-Beteiligung kann sich negativ auf die Motivation und die Bereitschaft der Nutzer*innen auswirken, sich weiterhin für die Partizipationsansätze zu engagieren (vgl. Für alle Fälle e.V. 2005, S. 20).

Mitarbeiter*innen weisen auch auf einen Mangel an eigenen Beteiligungsmöglichkeiten hin. Wenn die Fachkräfte aufgrund sich verschlechternder Arbeitsbedingungen selbst unter einem Mangel an Mitsprache leiden, ist die Bereitschaft sich für die Partizipation der Psychiatrie-Erfahrenen einzusetzen nur begrenzt gegeben. Wenn es in der alltäglichen Arbeit immer mehr an Geld und damit an Zeit mangelt, weil an den Hilfen für die Betroffenen gespart wird, ist zunächst ein Prozess der Stärkung und des Empowerment der Fachkräfte für ihre eigenen Belange notwendig. (Vgl. Widmaier-Berthold 2013, S. 17).

Weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Partizipation, kann das scheinbar mangelnde Interesse bzw. die mangelnde Motivation der Betroffenen darstellen. So kann es vorkommen, dass sich unter den Nutzer*innen nur schwer Kandidat*innen für die Wahl zum Werkstatttrat, Bewohnerbeirat oder als Nutzersprecher*in finden. Nutzer*innen psychiatrischer Einrichtungen trauen sich eine solche Aufgabe aufgrund der Auswirkungen ihrer Erkrankung wie beispielswei-

se Antriebsschwierigkeiten oder der Angst vor Gruppen zu sprechen teilweise nicht zu. Ebenso stellen ein geringes Selbstvertrauen, Erfahrungen der Machtlosigkeit in psychiatrischen Institutionen und fehlende Fortbildungs- und Supervisionmöglichkeiten weitere Barrieren dar. In diesem Zusammenhang stellt sich aber auch die Frage, ob die psychisch erkrankten Menschen genügend Informationen und Unterstützung von professioneller Seite erhalten und die Rahmenbedingungen an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasst sind.

Teilweise ist die Motivation auch deswegen so gering, weil sich die tatsächlichen Entscheidungsbefugnisse auf weniger bedeutsame Bereiche wie die Auswahl des Mittagessens oder das nächste Ausflugsziel beschränken. Bei wirklich wichtigen Entscheidungen wie der Personalauswahl bei Neueinstellungen oder der Verteilung von Finanzmitteln innerhalb einer Einrichtung ist eine Mitbestimmung der Nutzer*innen häufig nicht erwünscht. Dies liegt auch darin begründet, dass für einen Großteil der sozialpsychiatrischen Einrichtungen keine strukturell verankerten Beteiligungsrechte wie z.B. gesetzliche Vorgaben oder interne Regelungen und Standards der Partizipation vorhanden sind.

4.3. Notwendige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

Für eine Stärkung der Nutzerbeteiligung in einer sozialpsychiatrischen Organisation muss zunächst einmal eine grundsätzliche Entscheidung für eine solche Vorgehensweise getroffen werden. Nur wenn die Leitungsebene und die Mitarbeiter*innen von dem Nutzen und den Möglichkeiten der Partizipation überzeugt sind, kann eine solche Organisationsentwicklung gelingen. Neben dem Bereitstellen der notwendigen Ressourcen, sind transparente Entscheidungsabläufe beispielsweise durch festgeschriebene Regelungen zur Partizipation eine wichtige Grundlage. (Vgl. Für alle Fälle 2005, S. 25ff.)

Bei der Planung von Partizipationsprozessen ist es wichtig, dass den Nutzer*innen der zu erwartende Grad und die Reichweite der Partizipation transparent gemacht wird. Um diese Aspekte zu analysieren und die optimale Stufe der Partizipation für die konkrete Situation auszuwählen, können die theoretischen Modelle der Partizipation genutzt werden. Vor der Umsetzung sollten die Professionellen auch reflektieren, ob eine angemessene Partizipation der Betroffenen

aus Kosten- und Zeitgründen möglich ist, bzw. ob die Beteiligung an den Entscheidungsprozessen aus strategischen Überlegungen gewollt ist. Sollte eine wirkliche Beteiligung der Nutzer*innen nicht möglich oder gewünscht sein, ist es besser dies offen zu benennen, anstatt Partizipation vorzugeben, wo eigentliche Partizipation gar nicht realisiert werden kann (vgl. Hafen 2012, S. 305).

Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine partizipative Haltung der Mitarbeiter*innen. Bei der Beteiligung der Nutzer*innen kommt es darauf an, wie die formalen Vorgaben in der alltäglichen Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter*innen und den Nutzer*innen umgesetzt werden. Eine partizipative Haltung basiert auf den Werten der Gerechtigkeit, Solidarität und Gleichwertigkeit und resultiert aus dem Wissen, der Überzeugung und der Erfahrung, dass Partizipation eine zentrale Bedeutung in der Sozialen Arbeit hat. Folgende Merkmale und Einstellungen kennzeichnen nach Straßburger/Rieger eine partizipative Grundhaltung der Fachkräfte (vgl. 2014, S. 60ff.):

- Offenheit: Partizipativ zu Arbeiten bedeutet, bereit für Veränderungen zu sein. Bei einer partizipativen Zusammenarbeit weiß die Fachkraft zu Beginn oft nicht, was genau das Ziel ist und wie es erreicht werden kann.
- Risikobereitschaft: Partizipative Prozesse verlangen von der Fachkraft, sich von Konventionen zu lösen und Strategien im Dialog zu entwickeln.
- Weitsicht: Partizipative Prozesse zu organisieren und umzusetzen benötigt ausreichend Zeit, Geduld und die dafür notwendigen Ressourcen.
- Interesse: Partizipation funktioniert nicht ohne die Neugier, sein Gegenüber vorbehaltlos kennenlernen und seine Stärken und Ressourcen gemeinsam entdecken zu wollen.
- Zutrauen: Einer partizipativen Haltung entspricht es, davon auszugehen, dass alle Menschen Potenziale besitzen und ihr Bestes geben. Aufgabe der Professionellen ist es, die Adressat*innen dabei zu unterstützen ihre Potenziale zur Entfaltung zu bringen.

Die Partizipation der Psychiatrie-Erfahrenen erfordert einen kulturellen Wandel in der Kommunikation und Kooperation der beteiligten Akteure. Die Einbeziehung kann nur dann gelingen, wenn die Nutzer*innen auf Augenhöhe als voll-

wertige und gleichberechtigte Partner*innen beteiligt werden. Entsprechend müssen die Gremien und Treffen der Zusammenarbeit in Bezug auf den Rhythmus, das Tempo, die Sprache und die Dauer auf die Bedürfnisse der Psychiatrie-Erfahrenen angepasst werden. Eine wichtige Voraussetzung für die Partizipation ist auch die Möglichkeit zur Fortbildung für die Nutzer*innen. Die Qualifizierung der Betroffenen ist wichtig, damit sie das für eine Beteiligung notwendige Grundlagenwissen und arbeitstechnische Know-How erwerben können. Dabei kann es inhaltlich beispielsweise um die Moderation von Gruppen, das Erstellen eines Protokolls oder das freie Sprechen vor Gruppen gehen. (Vgl. Utschakowski 2016 a, S. 250)

Letztlich sind förderliche strukturelle Rahmenbedingungen wichtig für das Gelingen der Partizipation in der Sozialpsychiatrie. Dazu zählt zum einen eine angemessene Finanzierung der Betroffenenverbände und der Selbsthilfe, um eine stabile Basis für die Partizipationsarbeit der Nutzer*innen zu ermöglichen. Andererseits muss die professionelle Arbeit in der Sozialpsychiatrie so ausgestaltet und finanziert sein, dass eine partizipative Arbeitsweise für die Fachkräfte auch realisierbar ist.

5. Resümee

Partizipation in der Sozialpsychiatrie ist dann umfassend verwirklicht, wenn sich die Nutzer*innen an Entscheidungsprozessen der Planung, Ausgestaltung und Bewertung sozialpsychiatrischer Hilfen gleichberechtigt beteiligen können. Die Mitwirkung und Mitbestimmung geschieht dabei auf individueller, institutioneller sowie struktureller Ebene und beinhaltet auch die Übernahme von Verantwortung aller Beteiligten innerhalb des Prozesses. Das Ziel sollte ein gemeinsames Handeln im Sinne einer paritätischen Zusammenarbeit der Nutzer*innen als Expert*innen aus Erfahrung und den Professionellen als Expert*innen durch Ausbildung sein.

Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen von den Professionellen schrittweise ermutigt und unterstützt werden, sich für die eigenen Belange einzusetzen. Auf den verschiedenen Ebenen müssen praxistaugliche Möglichkeiten geschaffen werden, wie die Nutzer*innen einen realen Einfluss auf Entscheidungen ausüben können. Ob das Konzept der Nutzerbeteiligung erfolgreich ist, hängt dabei in erheblichem Maße von der Haltung der Professionellen und der Qualität der Beziehung zwischen Fachkräften und Betroffenen ab. Die Überwindung der traditionellen hierarchischen Strukturen in der Psychiatrie, hin zu einer symmetrischen Beziehung auf Augenhöhe, stellt dabei eine besondere Herausforderung dar.

Partizipation kann die bestehenden Machtunterschiede zwischen den Nutzer*innen und den Professionellen nicht beseitigen. Sie kann aber dazu beitragen, sich der ungleichen Machtrollen bewusst zu werden, unangemessene Machtansammlungen in Frage zu stellen und ausgewogenere Möglichkeiten der Machtverteilung auszuprobieren. Eine erfolgreiche Partizipation ist verbunden mit der beiderseitigen Bereitschaft, Meinungsverschiedenheiten als Potenzial für Veränderungen zu verstehen und konstruktiv mit Konflikten umzugehen, anstatt sie zu vermeiden.

Aufgrund mangelnder empirischer Daten ist der derzeitige Stand der Umsetzung der Nutzerbeteiligung in der Sozialpsychiatrie nur sehr unzureichend zu bestimmen. Die Erhebung und Auswertung solcher Daten könnte eine zukünftige

ge Aufgabe für die sozialpsychiatrische Forschung sein. Ebenso von Interesse für die erfolgreiche Umsetzung von Partizipation in der Sozialpsychiatrie könnten folgende Fragestellungen sein: Welche Rahmenbedingungen, Unterstützungsformen und Formen der Barrierefreiheit benötigen die Betroffene für eine umfassende Partizipation? Wie können Standards zur Nutzerbeteiligung in sozialpsychiatrischen Einrichtungen aussehen und wie können diese gemeinsam erarbeitet werden? Wie viel und welche Partizipation ist in unterschiedlichen Situationen angemessen und wem bringt die Beteiligung welchen Nutzen?

Die partizipative Zusammenarbeit von Nutzer*innen und Professionellen hat insgesamt das Potential vielfältige positive Effekte, sowohl für die Betroffenen selbst, die beteiligten Einrichtungen und auch die gesamte Gesellschaft zu generieren. Die Förderung partizipativer Prozesse, sowie die Entwicklung, Implementierung und Anwendung partizipativer Handlungsansätze und Methoden stellt damit eine Chance zur positiven Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie dar, die nicht ungenutzt bleiben sollte. Während die Partizipation der Nutzer*innen in der Sozialpsychiatrie gegenwärtig häufig noch begründet und eingefordert werden muss, ist darauf zu hoffen, dass zukünftig begründet werden muss, warum die Menschen mit Psychiatrieerfahrung nicht ihrem Anspruch auf Selbstbestimmung gemäß an der Planung, Entwicklung, Bereitstellung und Evaluation der Angebote beteiligt werden.

6. Quellenverzeichnis

- **Abeling, Melanie et al.:** Partizipation in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht. Band 2. Kinder- und Jugendhilfe im Reformprozess. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut 2003. S. 225-304.
- **Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):** Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2010.
- **Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.):** Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin 6./7. Nov. 2012. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2013.
- **Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.):** Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation Berlin 3./4. Nov. 2015. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2016.
- **Amering, Michaela:** Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit. Hindernisse und Widerstände gegen Peerarbeit aufseiten der professionellen Helferinnen und Helfer. In: Utschakowski, Jörg et al. (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag 2016. S. 60-71.
- **Amering, Michaela; Schmolke, Margit:** Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2007.
- **Antonovsky, Aaron:** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.
- **Arnstein, Sherry R.:** Stufen der Bürgerbeteiligung. In: Lauritzen, Lauritz (Hrsg.): Mehr Demokratie im Städtebau. Beiträge zur Beteiligung der Bürger an Planungsentscheidungen. Hannover: Fackelträger-Verlag 1972. S. 192-218.
- **Becker, Thomas et al.:** Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2008.

- **Bethmann, Andreas; Hilgenböcker, Elke:** EX-IN ohne Grenzen. Europäische Perspektiven. Experten aus Erfahrung bewegen die Psychiatrie. In: Soziale Psychiatrie 37 (2013) Heft 4, S. 25-28.
- **Binne, Heike; Dummann, Jörn et al. (Hrsg.):** Handbuch Intergeneratives Arbeiten. Perspektiven zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich 2014.
- **Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.):** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag 2017.
- **Bock, Thomas:** Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Dialog zu EX-IN. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009. S. 22-32.
- **Bock, Thomas:** Partizipation in Klinischer und Sozial-Psychiatrie – Impulse aus dem Dialog. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012. S. 365-380.
- **Bock, Thomas:** Dialog als Grundhaltung. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin 6./7. Nov. 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2013. S. 62-76.
- **Bombosch, Jürgen; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.):** Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag 2004.
- **Bremer, Fritz:** Vom Selbsthilfeverein zur Institution – Vom Psychoseseminar zur dialogischen Praxis. In: Bombosch, Jürgen; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag 2004. S. 148-157.

- **Brosey, Dagmar; Osterfeld, Margret:** Die Rechte von Klientinnen und Klienten. In: Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag 2017. S. 139-157.
- **Brütt, Anna Levke et al.:** Mitforschen, aber wie? Entwicklung und Evaluation eines Forschungstrainings für Psychiatrieerfahrene. In: Psychiatrische Praxis 44 (2017) Heft 2, S. 99-104.
- **Buck, Dorothea:** Der dialogische Erfahrungsaustausch. In: Bombosch, Jürgen; Hansen, Hartwig; Blume, Jürgen (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag 2004. S. 23-28.
- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales:** Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: BMAS 2010.
- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016 a):** Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG). www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=6. 2017-04-03.
- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016 b):** Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Bundesteilhabegesetz. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7. 2017-04-03.
- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016 c):** Werkstätten-Mitwirkungsverordnung vom 25.06.2001, zuletzt geändert am 23.12.2016. www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/wmvo/gesamt.pdf. 2017-04-03.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.):** Gesundes aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Köln: BZgA 2012.
- **Chamberlin, Judi:** Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenen-seite. In: Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret; Seibert, Ulrich (Hrsg.): Selbst-

befähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2007. S. 20-27.

- **Clausen, Jens; Eichenbrenner, Ilse:** Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- **Degano Kieser, Luciana; Robra-Marburg, Frank:** Praxis der partizipativen Forschung: der dialogische Ansatz. In: Utschakowski, Jörg et al. (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag 2016. S. 257-264.
- **Demke, Elena et al.:** EmPeeRie – Empower peers to research. Vorstellung eines Hamburger Projekts zur Förderung von partizipativer und betroffenen-kontrollierter Forschung. In: Sozialpsychiatrische Informationen 47 (2017) Heft 2, S. 43-46.
- **Detting, Warnfried:** Der Wohlfahrtsstaat am Ende? Die Bürgergesellschaft als Antwort auf die neue soziale und demokratische Frage. In: Teuber, Kristin; Stiemert-Strecker, Sigrid; Seckinger, Mike (Hrsg.): Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischung in die Qualitätsdebatte. Tübingen: dgvt Verlag 2000. S. 27-33.
- **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.:** Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie. Ein Ratgeber. Köln: DGSP 2007.
- **Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.):** Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag 2011.
- **DGPPN – Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.):** S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag 2013.
- **Dirmaier, Jörg; Härter, Martin:** Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012. S. 318-330.
- **Dörner, Klaus et al.:** Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 2. korrigierte Auflage der Neuausgabe von 2002. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2004.

- **Dörr, Margret:** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag 2005.
- **Duden:** Deutsches Universalwörterbuch. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim und Zürich: Dudenverlag 2011.
- **Elgeti, Hermann:** Wofür steht Sozialpsychiatrie? In: Elgeti, Hermann; Albers, Matthias (Hrsg.): Hart am Wind – welchen Kurs nimmt die Sozialpsychiatrie? Eine Standortbestimmung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. 2. ergänzte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2011. S. 12-22.
- **Elgeti, Hermann; Albers, Matthias (Hrsg.):** Hart am Wind – welchen Kurs nimmt die Sozialpsychiatrie? Eine Standortbestimmung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. 2. ergänzte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2011.
- **Feldmann, Ursula (Hrsg.):** Handbuch der örtlichen Sozialplanung. Frankfurt am Main: Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1986.
- **Finzen, Asmus:** Patientenverfügung: Dokumente des Misstrauens? In: Psychosoziale Umschau 26 (2011) Heft 4, S. 23-25.
- **Franzkowiak, Peter; Homfeldt, Hans Günther:** Partizipation in der Sozialen Arbeit. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012. S. 79-90.
- **Für alle Fälle e.V.:** Blickwechsel. Beteiligung von Betroffenen in der psychosozialen Arbeit. Berlin: Broschüre 2005.
- **Geisen, Thomas et al. (Hrsg.):** Soziale Arbeit und Demokratie. Wiesbaden: Springer VS 2013.
- **Gintzel, Ulrich:** Partizipation. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2013. S. 650-654.
- **Greve, Nils:** Nutzerbeteiligung von Anfang an. Solinger Erfahrungen aus 25 Jahren. In: Kerbe 23 (2005) Heft 4, S. 17-20.

- **Grubitzsch, Siegfried; Weber, Klaus (Hrsg.):** Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag 1998.
- **Hafen, Martin:** Partizipation. In: Wirth, Jan von; Kleve, Heiko (Hrsg.): Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Verlag Carl Auer 2012. S. 303-306.
- **Hansen, Rüdiger; Knauer, Reingard; Sturzenhecker, Benedikt:** Partizipation in Kindertageseinrichtungen. So gelingt Demokratiebildung mit Kindern! Weimar und Berlin: verlag das netz 2011.
- **Hardtmann, Gertrud:** Psychiatrie. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2013. S. 694-696.
- **Hartung, Susanne:** Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012. S. 79-90.
- **Herriger, Norbert:** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- **Hirschberg, Marianne:** Partizipation. Ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Monitoring-Stelle zur UN-BRK: Positionen Nr. 3. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte 2010. S. 1-4.
- **Hobi, Barbara; Pomey, Marion:** Die Frage nach Partizipation als demokratisches Moment in der Sozialen Arbeit. In: Geisen, Thomas et al.: Soziale Arbeit und Demokratie. Wiesbaden: Springer VS 2013. S. 121-143.
- **Hofmann, Hans-Jürgen; Jordan, Erwin; Wirbhals, Harald:** Betroffenen- und Bürgerbeteiligung. In: Feldmann, Ursula (Hrsg.): Handbuch der örtlichen Sozialplanung. Frankfurt am Main: Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1986. S. 1131-1195.
- **Keupp, Heiner:** Sozialpsychiatrie. In: Grubitzsch, Siegfried; Weber, Klaus (Hrsg.): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag 1998. S. 581-583.

- **Kieler Fenster (2015 a):** Leitbild – Selbstverständlich leben! Stand: Juni 2015. www.kieler-fenster.de/download/leitbild.pdf. 2017-04-12.
- **Kieler Fenster:** Qualitätshandbuch des Vereins zur Förderung sozialpädagogischer Initiativen e.V. Version 2.0. Stand: Juni 2015. Kiel: Unveröffentlichtes Dokument 2015 b.
- **Kilian, Holger; Wright, Michael T.:** Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Gesundes aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Köln: BZgA 2012. S. 76-83.
- **Klein, Ansgar; Schmalz-Bruns, Rainer (Hrsg.):** Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1997.
- **Knuf, Andreas:** Basiswissen. Empowerment und Recovery. 5. erweiterte Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag 2016.
- **Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret; Seibert, Ulrich (Hrsg.):** Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2007.
- **Krämer, Uta Maria; Rose, Diana:** Wie Psychiatrie-Erfahrene Forschungsprozesse gestalten. Geschichte und Methoden der Nutzer-geleiteten partizipativen Forschung in englischsprachigen Ländern. In: Sozialpsychiatrische Informationen 47 (2017) Heft 2, S. 38-42.
- **Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.):** Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2013.
- **Krumm, Silvia; Becker, Thomas:** Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. In: Psychiatrische Praxis 33 (2006) Heft 2, S. 59-66.
- **Künzel, Gerd:** Förderung der Partizipation durch Landesrecht. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Gleichberechtigt

mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin 6./7. Nov. 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2013. S. 220-225.

- **Landesregierung Schleswig-Holstein (2009):** Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung. Selbstbestimmungsstärkungsgesetz - SbStG. www.gesetzesrechtssprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/4lf/page/bsshoprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/SbStG_SH_2009.pdf. 2017-04-04.
- **Landesregierung Schleswig-Holstein (2011):** Landesverordnung über stationäre Einrichtungen nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz. SbStG-Durchführungsverordnung vom 23. November 2011. www.gesetzesrechtssprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/1mog/page/bsshoprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/SbStGDV_SH.pdf. 2017-04-04.
- **Landesregierung Schleswig-Holstein (2016 a):** Wir wollen ein Land des Miteinanders. Aktionsplan der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/Aktionsplaene/AP_Schleswig_Holstein.pdf?__blob=publicationFile&v=2. 2017-03-30.
- **Landesregierung Schleswig-Holstein (2016 b):** Psychiatriebericht 2016. www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/4900/drucksache-18-4921.pdf. 2017-03-31.
- **Lauritzen, Lauritz (Hrsg.):** Mehr Demokratie im Städtebau. Beiträge zur Beteiligung der Bürger an Planungsentscheidungen. Hannover: Fackelträger-Verlag 1972.
- **Lenz, Albert:** Psychologische Dimensionen der Partizipation. Überlegungen zu einer theoretischen Fundierung eines Handlungs- und Organisationsprinzips. In: Seckinger, Mike (Hrsg.): Partizipation – Ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen: dgvt-Verlag 2006. S. 13-34.
- **Lisofsky, Beate; Rossmann, Petra:** Beschwerden leicht gemacht. Die Berliner Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie. In: Psychosoziale Umschau 28 (2013) Heft 2, S. 6-7.

- **Mahlke, Candelaria et al.:** Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. In: Nervenheilkunde 34 (2015) Heft 4, S. 235-239.
- **Marschner, Rolf:** Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2010. S. 22-27.
- **Olk, Thomas; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.):** Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe, Modelle. München: Luchterhand 2003.
- **Olk, Thomas; Otto, Hans-Uwe; Backhaus-Maul, Holger:** Soziale Arbeit als Dienstleistung – Zur analytischen und empirischen Leistungsfähigkeit eines theoretischen Konzepts. In: Olk, Thomas; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe, Modelle. München: Luchterhand 2003. S. IX-LXXII.
- **Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.):** Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage. München: Verlag Ernst Reinhardt 2015.
- **Petersen, Kerstin:** Partizipation. In: Schröer, Wolfgang; Struck, Norbert; Wolff, Mechthild (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa Verlag 2002. S. 909-924.
- **Pluto, Liane:** Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut 2007.
- **Prins, Sybille:** Gut, dass wir mal darüber sprechen! Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen. Neumünster: Paranus-Verlag 2001.
- **Prins, Sybille:** Ohne uns geht nichts mehr. Betroffenenbeteiligung in der Psychiatrie – ein Überblick. In: Kerbe 23 (2005) Heft 4, S. 8-10.
- **Prins, Sybille:** Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen aus Sicht einer Psychiatrieerfahrenen. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2010. S. 35-40.

- **Quindel, Ralf:** Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2004.
- **Reichhart, Tatjana et al.:** Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psychiatrische Praxis 35 (2008) Heft 3, S. 111-121.
- **Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.):** Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012.
- **Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.):** Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht. Band 2. Kinder- und Jugendhilfe im Reformprozess. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut 2003.
- **Saretzki, Thomas:** Demokratisierung von Expertise? Zur politischen Dynamik der Wissensgesellschaft. In: Klein, Ansgar; Schmalz-Bruns, Rainer (Hrsg.): Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1997. S. 277-313
- **Schaarschuch, Andreas:** Die Privilegierung des Nutzers. Zur theoretischen Begründung sozialer Dienstleistungen. In: Olk, Thomas; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe, Modelle. München: Luchterhand 2003. S. 150-169.
- **Schmachtenberg, Rolf:** Bundesteilhabegesetz, nationaler Aktionsplan zur UN-BRK und andere behindertenpolitischen Vorhaben. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation Berlin 3./4. Nov. 2015. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2016. S. 99-116.
- **Schmolke, Margit:** Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: Soziale Psychiatrie 33 (2009) Heft 2, S. 24-27.
- **Schnurr, Stefan:** Partizipation. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage. München: Verlag Ernst Reinhardt 2015. S. 1171-1179.

- **Schreiber, Thomas; Giere, Christiane:** Individuelle Hilfeplanung in der Praxis. Köln: BALANCE buch + medien Verlag 2014.
- **Schröer, Wolfgang; Struck, Norbert; Wolff, Mechthild (Hrsg.):** Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa Verlag 2002.
- **Seckinger, Mike (Hrsg.):** Partizipation – Ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen: dgvt-Verlag 2006.
- **Seckinger, Mike:** Partizipation - Beteiligung - Teilhabe: Gemeindepsychologische Perspektiven auf Beteiligungsprozesse. In: Binne, Heike; Dummann, Jörn et al. (Hrsg.): Handbuch Intergeneratives Arbeiten. Perspektiven zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich 2014. S. 245-255.
- **Sielaff, Gyöngyvér:** Selbstbestimmt und partizipiert? Zehn Jahre EX-IN. Symbol und Instrument der Veränderung. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation Berlin 3./4. Nov. 2015. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2016. S. 193-198.
- **Siemen, Hans-Ludwig:** Vom Monolog der Psychiatrie. In: Bombosch, Jürgen et al. (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus Verlag 2004. S. 18-22.
- **Straßburger, Gaby; Rieger, Judith (Hrsg.):** Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2014.
- **Terzioglu, Peri:** PatientInnenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung. In: Seckinger, Mike (Hrsg.): Partizipation – Ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen: dgvt-Verlag 2006. S. 35-54.
- **Teuber, Kristin; Stiemert-Strecker, Sigrid; Seckinger, Mike (Hrsg.):** Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischung in die Qualitätsdebatte. Tübingen: dgvt-Verlag 2000.

- **Uebele, Gudrun:** Wehrt Euch – beschwert Euch! Beschwerdestellen in der Psychiatrie. In: Kerbe 25 (2007) Heft 1, S. 15-17.
- **Utschakowski, Jörg:** Von der Nutzerorientierung zu Ko-Produktion. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation Berlin 3./4. Nov. 2015. Bonn: Aktion Psychisch Kranke 2016 a. S. 247-252.
- **Utschakowski, Jörg:** Das EX-IN-Modell der Teilhabe und Teilgabe. Eine europäische Idee. In: Soziale Psychiatrie 40 (2016 b) Heft 2, S. 8-10.
- **Utschakowski, Jörg:** Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Utschakowski, Jörg et al. (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag 2016 c. S. 82-92.
- **Utschakowski, Jörg:** Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: Bischof, Jeannette; et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag 2017. S. 292-308.
- **Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas (Hrsg.):** Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009.
- **Utschakowski, Jörg et al. (Hrsg.):** Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag 2016.
- **Walther, Christoph:** Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischof, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag 2017. S. 18-37.
- **WHO Europa (2005):** Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf?ua=1. 2017-03-30.
- **WHO Europa:** Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa 2006.

- **Widmaier-Berthold, Christa:** Mehr Bürgerbeteiligung – eine zukünftige Perspektive für die Gemeindepsychiatrie? In: Sozialpsychiatrische Informationen 43 (2013) Heft 3, S. 16-23.
- **Wirth, Jan von; Kleve, Heiko (Hrsg.):** Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Verlag Carl Auer 2012.
- **Wright, Michael T. (Hrsg.):** Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber 2010.
- **Wright, Michael T.:** Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber 2012. S. 91-101.
- **Wright, Michael T. et al.:** Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Wright, Michael T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber 2010. S. 13-32.
- **Wright, Michael T.; Unger, Hella von; Block, Martina:** Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, Michael T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber 2010. S. 35-52.
- **Wurtzbacher, Jens:** Partizipation. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag 2011. S. 634.
- **Zingler, Ursula:** Partizipation heißt ernst genommen werden. Psychiatrie-Erfahrene verstehen sich als Experten in eigener Sache und betreiben politische Willensbildung. In: Kerbe 20 (2002) Heft 4, S. 19-21.

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit selbständig und nur mit Hilfe der angegebenen Quellen und Hilfsmittel erstellt zu haben. Wörtlich oder dem Sinn nach übernommene Textstellen sind als solche gekennzeichnet.

Kiel, den 20.06.2017

(Daniel Hoppmann)