

Schriftenreihe Master-Thesen des Kooperationsstudiengangs Master of Science
in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich

Christiane Klug

Eine Frage der Gerechtigkeit

Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen
Eine qualitative Studie aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive

Master-These des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit
der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich. August 2015

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek».

Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Alumni BFH Soziale Arbeit.

**Schriftenreihe Master-Thesen des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit
der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich**

In dieser Schriftenreihe werden Master-Thesen von Studierenden des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und von der Studiengangleitung des Kooperationsmasters zur Publikation empfohlen wurden.

Christiane Klug: Eine Frage der Gerechtigkeit. Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen. Eine qualitative Studie aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive

© 2015 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-562-7

Edition Soziothek
c/o Verein Alumni BFH Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Eine Frage der Gerechtigkeit

Verwirklichungschancen
chronisch psychisch kranker Menschen –

Eine qualitative Studie
aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive

Eine Frage der Gerechtigkeit

Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen –
Eine qualitative Studie aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive

Master-Thesis

Master in Sozialer Arbeit Bern | Luzern | St. Gallen | Zürich

Verfasserin: Christiane Klug

Studienbeginn: Frühlingsemester 2012

Fachbegleitung: Samuel Keller, lic. phil.

Abgabedatum: 7. August 2015

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	3
ABSTRACT	5
VORWORT	6
1. EINLEITUNG UND ERKENNTNISINTERESSE	7
2. AUSGANGSLAGE / STAND DER FORSCHUNG	10
3. RELEVANZ	12
4. FRAGESTELLUNG	13
5. DER CAPABILITY APPROACH	14
5.1. John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit	14
5.2. Amartya Sen: Die Idee der Gerechtigkeit	15
5.2.1. Freiheit, Capabilities und Functionings bei Amartya Sen	17
5.3. Martha Nussbaum: Eine neoaristotelische Theorie vom guten Leben	18
5.3.1. Capabilities und Behinderung	19
5.3.2. Die Zentralen Fähigkeiten des Menschen bei Martha Nussbaum	21
5.4. Die Rezeption des Capability Approachs in der Sozialen Arbeit	25
6. METHODISCHES VORGEHEN	27
6.1. Forschungsethik	27
6.2. Stichprobenziehung	28
6.3. Feldzugang	30
6.4. Datenerhebung	31
6.4.1. Das leitfadengestützte Interview	31
6.4.2. Interviewleitfaden	32
6.4.3. Pretest	32
6.4.4. Durchführung der Interviews	33
6.5. Datenauswertung	34
6.5.1. Qualitative Inhaltsanalyse	35
6.5.2. Kodierleitfaden	36
6.5.3. Auswertungsprozess	38
6.6. Gütekriterien qualitativer Forschung	39
7. ERGEBNISSE	41
7.1. N1: Leben	41
7.2. N2: Körperliche Gesundheit	42
7.2.1. Wohnen	43
7.2.2. Gesundheitszustand und Alltagsbewältigung	43

7.2.3. Zugang zu medizinischer Versorgung.....	44
7.3. N3: Körperliche Integrität.....	46
7.4. N4: Sinne, Vorstellungskraft und Denken.....	47
7.5. N5: Gefühle.....	49
7.6. N6: Praktische Vernunft.....	51
7.7. N7-A: Zugehörigkeit: Soziale Beziehungen.....	53
7.8. N7-B: Zugehörigkeit: Soziale Basis von Selbstachtung.....	55
7.9. N8: Andere Spezies.....	56
7.10. N9: Spiel.....	57
7.11. N10-A: Kontrolle über die eigene Umwelt: Politisch.....	58
7.12. N10-B: Kontrolle über die eigene Umwelt: Inhaltlich.....	59
7.12.1. Reisen / Verkehrsfähigkeit.....	59
7.12.2. Erwerbsleben.....	59
7.12.3. Ökonomische Chancen.....	61
7.12.4. Armut / Mangel an sozialem Schutz.....	61
8. DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	63
8.1. Ergebnisdiskussion.....	63
8.2. Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens.....	71
9. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT.....	73
9.1. Empowerment.....	74
9.2. Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung.....	75
9.3. Interventionen auf der Mikroebene.....	77
9.4. Interventionen auf der Mesoebene.....	78
9.5. Interventionen auf der Makroebene.....	80
9.6. Grenzen der Sozialen Netzwerkarbeit.....	82
10. DER CAPABILITY APPROACH INNERHALB DES PSYCHIATRISCH-MEDIZINISCHEN FIELDS.....	84
10.1. Anwendbarkeit des Capability Approachs im heutigen psychiatrischen Umfeld.....	85
10.2. Begünstigende psychiatrische Rahmenbedingungen.....	88
LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....	92
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	115
ANHANG.....	116

ABSTRACT

Psychische Erkrankungen zeitigen Auswirkungen in vielerlei Lebensbereichen der Betroffenen. In der vorliegenden Arbeit wird die Situation von chronisch psychisch kranken Menschen aus einer Gerechtigkeitsperspektive betrachtet. Als theoretische Rahmung dient der Capability Approach nach Martha Nussbaum. Dieser geht davon aus, dass jeder Mensch gleichermaßen das Recht auf ein „gutes Leben“ hat. Soziale Gerechtigkeit wird daran bemessen, welche Bedingungen, Handlungsspielräume und Fähigkeiten Menschen zu ihrer Verfügung haben, um sich frei für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden. Martha Nussbaum hat eine universelle Liste von Central Human Capabilities definiert, von denen jede einzelne vorhanden sein müsse, um ein der Menschenwürde gemässes Leben führen zu können. Entlang dieser zentralen Capabilities wurde die Lebenssituation chronisch psychisch Kranker analysiert.

Es wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt und mit der Methode der inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten in annähernd allen Bereichen gerechtigkeitsrelevante Einschränkungen hinnehmen müssen. Zusätzlich lässt sich eine hohe gegenseitige Dependenz der einzelnen Capabilities erkennen. So wie ein Zuwachs an Verwirklichungschancen innerhalb einer Capability sich positiv auf mehrere andere gerechtigkeitsrelevante Bereiche auswirkt, so ziehen auch Einschränkungen negative Folgen in mehr als einer Capability nach sich. Besonders deutlich erweist sich der Einfluss der Fähigkeit „Zugehörigkeit“ auf die Verwirklichungschancen in anderen Bereichen. Menschen in dieser Capability zu stärken kann auf den Ebenen anderer Verwirklichungschancen folglich Multiplikatoreffekte erzielen.

Als eine Möglichkeit der Sozialen Arbeit, die Chancen chronisch psychisch kranker Menschen auf ein gutes Leben nach ihren eigenen Vorstellungen zu verbessern, werden Interventionen der Sozialen Netzwerkarbeit auf Mikro-, Meso- und Makroebene vorgestellt. Zusätzlich werden die Möglichkeiten und Grenzen des Capability Approachs innerhalb des psychiatrisch-medizinischen Felds diskutiert. Dabei wird argumentiert, dass die konsequente Orientierung an sozialpsychiatrischen Maximen die notwendigen Bedingungen herstellt, um psychisch kranke Menschen in ihren Central Human Capabilities zu fördern. Unter dieser Voraussetzung kann der Capability Approach innerhalb der Psychiatrie sowohl als ethische Richtlinie, als auch als Disziplinen übergreifende Zielvorgabe professionellen Handelns konstruktiv genutzt werden.

Keywords: Soziale Arbeit, Soziale Gerechtigkeit, Soziale Ungleichheit, Capability Approach, Gesundheit, Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Soziale Netzwerke

VORWORT

*"Warum bist du krank?" fragten Herrn Keuner die Leute.
"Weil der Staat nicht in Ordnung ist", antwortete er.
"Darum ist meine Lebensweise nicht in Ordnung,
und meine Nieren, meine Muskeln und mein Herz
kommen in Unordnung."*

Bertolt Brecht

Sich mit den Folgen psychischer Erkrankung unter dem Gesichtspunkt sozialer Gerechtigkeit auseinander zu setzen, hat aufs Innigste mit dem Selbstverständnis Sozialer Arbeit zu tun. Nicht nur die Menschenrechte, sondern auch Vorstellungen von Gerechtigkeit zählen zu den grundlegenden ethischen Bezügen dieser Profession. Dass damit auch sozialpolitische Aspekte in den Blick kommen, ist unweigerliche Konsequenz. Doch diese Reichweite des Themas abzudecken, hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt. Sie stellt allenfalls einen ersten Schritt dar, in diese Richtung weiter zu denken.

Selbst diesen ersten Schritt zu tun, war angesichts der thematischen Breite eine grosse Herausforderung. Und ich schulde vielen Menschen Dank dafür, dass ich sie meistern konnte. Zu allererst möchte ich mich bei meinem Fachbegleiter, Herrn Samuel Keller herzlich bedanken. Er hat mich auf meinem Weg stets ermutigt und mich durch wertvolle Anregungen und Kritik unterstützt. Die konstruktiven fachlichen Auseinandersetzungen mit ihm haben mir geholfen, meinen Blickwinkel immer wieder aufs Neue zu erweitern. Ein grosses Dankeschön auch an Herrn Ian Needham, Pflegewissenschaftler der Psychiatrischen Klinik Wil. Die Gespräche mit ihm haben so manches Mal dazu geführt, dass ich es gewagt habe, über den eigenen Tellerrand hinaus zu denken.

Bei der Umsetzung der durchgeführten Interviewstudie wurde mir Unterstützung durch mehrere Personen zuteil. Mein Dank gebührt Herrn Thomas Maier, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Wil, Herrn Thomas Seemann, Heimleiter der Therapeutischen Wohngemeinschaft Hofberg, sowie den Sozialarbeiterinnen der KPD-SN, die mir als Schlüsselpersonen zur Verfügung gestanden sind. Ohne sie wäre es mir nicht gelungen, Interviewpartnerinnen und -partner zu finden.

Mein grösster Dank gilt jedoch denjenigen Personen, die sich zu einem Gespräch mit mir bereit gefunden haben. Ihre Offenheit, aus dem eigenen Leben und Erleben zu berichten, hat diese Arbeit überhaupt erst möglich gemacht. Ihnen sei sie daher gewidmet.

1. EINLEITUNG UND ERKENNTNISINTERESSE

Professionelle Soziale Arbeit hat ihre geschichtlichen Anfänge in der Zeit der sozialen Bewegungen des 19. Jahrhunderts, die mit der Industrialisierung einhergingen. Die als „soziale Frage“ bezeichnete Gesamtheit der Probleme, die sich in Landflucht und einer Verelendung des Proletariats in den rasch wachsenden Städten zeigte, führte beispielsweise in Deutschland bereits kurz nach Einführung der ersten Sozialversicherungen in den 1880er Jahren zur Einrichtung einer Gesundheitsfürsorge für bedürftige Bürger. Annähernd zeitgleich ergab eine sozialarbeiterische Aktenanalyse von Mary Richmonds *New York Charity Organization Society (COS)* in den USA schon um die Wende zum 20. Jahrhundert, dass nach Arbeitslosigkeit und Unfällen insbesondere Krankheit als primäre Ursache für Hilfebedürftigkeit angesehen werden müsse. Die Caseworker der *COS* nannte man „social physicians“ („Sozialärzte“), worin sich der enge Bezug zur Medizin ausdrückt. Diese Beispiele belegen, dass Soziale Arbeit sich bereits seit ihrem Anbeginn nicht nur mit materieller Bedürftigkeit auseinandersetzte, sondern zudem gesundheitliche Probleme mit gesellschaftlichen Armuts- und Ungleichheitsphänomenen in Verbindung brachte (vgl. Ansen, Gödecker-Geenen & Nau, 2004, S. 117-118; Homfeldt & Sting, 2011, S. 567; Hünersdorf & Huber, 2008, S. 2; Müller, 1999, S. 121; Staub-Bernasconi, 2005, S. 2).

Soziale Arbeit in Verbindung mit dem Gesundheitswesen kann demgemäss auf eine lange Tradition zurückblicken. In der Zwischenzeit hat sich das Handlungsfeld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit weit ausdifferenziert. Sozialarbeitende sind sowohl in der Gesundheitsprävention tätig, als auch in Beratungsstellen, in somatischen Akutspitälern, Rehakliniken oder Einrichtungen der Suchthilfe. Sie arbeiten in stationären, teilstationären und ambulanten Settings. Spätestens seit den Reformbewegungen der Sozialpsychiatrie in den 1960er Jahren und der Deutschen Psychiatrie-Enquête von 1975 gehört Soziale Arbeit zudem zu den anerkannten Berufsgruppen innerhalb der Psychiatrie (vgl. Bosshard, Ebert & Lazarus, 2007, S. 38; von Kardorff, 2005, S. 1434). Denn mit der Sozialpsychiatrie wird definitionsgemäss das Ziel verfolgt, „Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen in ihren Wechselwirkungen mit der sozialen Umwelt zu behandeln und zu verstehen“ (Ciompi, 2010, S. 5). Diesen Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung zu Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit geworden sind, und deren Sicht auf ihre soziale Situation gilt das grundlegende Erkenntnisinteresse dieser Masterthesis.

Gemäss der Definition der *International Federation of Social Workers IFSW* (2012a) fördert Soziale Arbeit „social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being“. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse greife Soziale Arbeit an den Stellen ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt interagieren. Dabei gehe es um die Stärkung und Befreiung von Menschen, damit sie zunehmend befähigt werden, ihr Leben in freier Entscheidung besser zu gestalten. In Bezug auf die normative Ausrichtung sozialarbeiterischen Handelns besitzen „principles

of human rights and social justice“ grundlegende Bedeutung. Die Anschlussfähigkeit dieser sozialarbeiterischen Gegenstandsbestimmung an gesundheitsbezogene Tätigkeitsbereiche ist augenfällig, wenn man die in der Präambel der WHO-Verfassung (2006) festgeschriebene Definition von Gesundheit betrachtet. Diese wird beschrieben als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (S. 1). „Well-being“, also Wohlbefinden bzw. Wohlergehen, sowohl in physischer, als auch psychischer und sozialer Hinsicht sind sowohl Kennzeichen von Gesundheit als auch intentionaler Handlungsbereich der Sozialen Arbeit. Das sozialarbeiterische Ziel, durch Ermächtigung und Befreiung Wohlergehen zu befördern, dient folglich zugleich der Erhaltung oder Wiedererlangung von Gesundheit in einem weiteren Sinne.

Längst ist der Zusammenhang von kritischen Ereignissen, Problemen der Lebensführung sowie von Ungleichheitsverhältnissen und dem Gesundheitszustand betroffener Personen wissenschaftlich unbestritten. Krankheitsgenese vollzieht sich als ein multikausaler Prozess und lässt sich nicht allein auf biologische Einflussfaktoren reduzieren. Diesen Erkenntnissen trägt das von George L. Engel formulierte und von der WHO anerkannte biopsychosoziale Krankheitsmodell Rechnung (vgl. Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013, S. 2-4; Rüscher, 2013, S. 155; WHO, 2001, S. 13-14). Der dahinterliegende Grundgedanke ist ein fundamental ganzheitlicher. Er besteht darin, die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren in ihrem interaktiven Zusammenspiel als gemeinsam krankheitsverursachend zu betrachten und demgemäß sowohl bei Behandlung als auch Prävention sämtliche Ebenen mit zu berücksichtigen. Die Einsicht, dass psychische Beeinträchtigungen mehrdimensional determiniert sind, führt auf der Handlungsebene notwendigerweise dazu, therapeutische Massnahmen im Rahmen multiprofessioneller Kooperation zu planen. Im Rahmen dessen hat die Beeinflussung des Umfeldes psychisch kranker Menschen durch die Soziale Arbeit zentrale Bedeutung gewonnen (vgl. Pauls, 2013, S. 17-18). Dabei kann Cornelia Rügger (2012) zufolge

die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit (..) gefasst werden als die Integrationsbedingungen – also die Art und Weise wie ein Individuum über Position und Interaktion in seine sozialen Systeme eingebunden ist – welche mit der psychischen Krankheit/Gesundheit in einem Zusammenhang stehen“ (Rügger, 2012, S. 31-32).

Daraus ergeben sich als Aufgaben für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie, „integrationshemmende und –gefährdende Belastungsfaktoren und Lebensumstände zu beeinflussen und integrationsfördernd zu verändern“ (Sommerfeld & Hierlemann, 2004, S. 328).

Bezüglich ihres Wertehorizonts bezieht sich Soziale Arbeit mit diesen Interventionen auf die Beförderung sozialer Gerechtigkeit und auf die Menschenrechte. Daher ist für die berufliche Praxis von Sozialarbeitenden ein ethisches Bewusstsein grundlegend. Dazu gehört eine Haltung, die das Gegenüber in der professionellen Beziehung als autonomes Subjekt, ausgestattet mit unveräusserlichen Rechten,

sieht. Die Menschenrechte in Verbindung mit zentralen menschlichen Werten übernehmen als normative Basis wissenschaftlich fundierten Handelns hier eine wichtige Funktion (vgl. IFSW, 2012b). Silvia Staub-Bernasconi sieht Soziale Arbeit darum als eine eigentliche „Menschenrechtsprofession“ (vgl. Engelke, Borrmann & Spatscheck, 2008, S. 457; Staub-Bernasconi, 1995, S. 57; 2007b, S. 13; 2012, S. 280).

Für ihren Bezug zu sozialer Gerechtigkeit, die Mark Schrödter (2007) als das eigentliche Proprium der Sozialen Arbeit betrachtet, wodurch sie sich von anderen Professionen unterscheidet, bedarf sie einer theoretischen Fundierung (vgl. Schrödter, 2007, S. 8). Innerhalb der unterschiedlichen Gerechtigkeitskonzeptionen kann, wie gezeigt werden soll, der von Amartya Sen (2012) formulierte und von Martha Nussbaum (2012) weiter entwickelte *Capability Approach* als für die Soziale Arbeit besonders anschlussfähig betrachtet werden. Im Zentrum der Frage nach ungerechter sozialer Ungleichheit steht bei Sen und Nussbaum nicht allein die Verteilung von materiellen Ressourcen, sondern von tatsächlich vorhandenen Verwirklichungschancen und Entfaltungsmöglichkeiten. Dabei gehen sie von der Annahme aus, dass jeder Mensch gleichermassen das Recht auf ein „gutes Leben“ hat und sich soziale Gerechtigkeit an der Gleichheit in der Entwicklung grundlegender Befähigungen, der sogenannten *Capabilities* bemisst. Das heisst, es geht um gesellschaftlich eröffnete Fähigkeiten und Machtpotenziale, die die Umsetzung individueller Ziele und Absichten ermöglichen. Der Begriff der Befähigung beinhaltet also grundsätzlich die Idee der Freiheit, die Art des eigenen Lebens selbst zu bestimmen und sich für erstrebenswerte Umsetzungen der *Capabilities* autonom zu entscheiden. Nicht allein die tatsächlich realisierte Wahl bzw. Handlung steht im Brennpunkt des Interesses, sondern das reelle Vorhandensein eben jener Wahl- und Umsetzungsmöglichkeiten (vgl. Oelkers, Otto & Ziegler, 2010, S. 87; Röh, 2013b, S. 91; Sen, 2012, S. 255; Ziegler, Schrödter & Oelkers, 2012, S. 303-304). Gerechte Verhältnisse bestehen demzufolge darin, jedem Menschen diejenigen gesellschaftlichen Bedingungen zu gewährleisten, „die ihm einen Zugang zum guten menschlichen Leben eröffnen und ihn in die Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden“ (Nussbaum, 2012, S. 24).

In diesem Konzept zählt „die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen“ zu den grundlegend notwendigen Verwirklichungschancen für eine gelingende Lebensgestaltung (Nussbaum, 2012, S. 57).

2. AUSGANGSLAGE / STAND DER FORSCHUNG

Viele psychische Erkrankungen treten im Lebenslauf nicht nur einmal auf, sondern verlaufen rezidivierend. Darunter versteht man, dass sich eine Erkrankung nach ihrer Ausheilung oder Besserung erneut verschlechtert und akute Formen annimmt. Das bedeutet, dass die davon betroffenen Personen mehrfach mit der Tatsache konfrontiert sind, ihr Leben mit einer psychischen Beeinträchtigung bewältigen zu müssen. Bei der am häufigsten vorkommenden psychischen Störung, der Depression, erleben 40 – 80 % der Betroffenen mehr als eine Krankheitsphase, bei der bipolaren Störung sogar 95 %. Schizophren erkrankte Personen haben nur eine 20-prozentige Chance, nach einem ersten Auftreten der Störung dauerhaft vollständig zu gesunden. Die übrigen 80 % der Erkrankten erleben immer wieder Rezidive mit zum Teil sehr schweren Symptomen. In diesem Zusammenhang spricht man grundsätzlich von einem chronischen Krankheitsverlauf, wenn die Dauer der Erkrankung bei einem Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren liegt oder im Extremfall sogar ein Leben lang anhält (vgl. Bandelow, Falkai & Gruber, 2013, S. 61, 72; Belse, Helmes & Schwarz, 2013, S. 5).

Der Zusammenhang von schwierigen sozialen Problemlagen und der Prävalenz psychischer Störungen ist durch zahlreiche empirische Studien gut belegt. So lässt sich nachweisen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht nur von physischen, sondern ebenso von psychischen Erkrankungen häufiger betroffen sind, und auch ihr subjektiver Gesundheitszustand wird öfter als schlecht erlebt. Hierbei finden sich Korrelationen sowohl hinsichtlich einer Ersterkrankung, als auch bezüglich der Chronifizierung psychischer Störungen. Als relevante Risikofaktoren für das Auftreten einer psychischen Beeinträchtigung gelten neben Armutsbetroffenheit und niedrigem Sozialstatus auch geringe Bildung, prekäre Arbeitsverhältnisse und Arbeitslosigkeit. Von Armut betroffene Kinder sind aufgrund der damit einhergehenden strukturellen Defizite wie z.B. fehlenden Interventions- und Präventionsmöglichkeiten deutlich gefährdeter, dass früh auftretende psychische Störungen einen chronischen Verlauf nehmen, was sich auf ihre spätere Bildungs- und Berufsbiographie und in der Folge auf ihre finanzielle Situation negativ auswirkt. Insbesondere bei chronischen psychischen Erkrankungen haben Erwachsene mit geringerem Einkommen eine um drei bis zehn Jahre kürzere Lebenserwartung als Besserverdienende (vgl. Göllner, 2014, S. 292; Haverkamp, 2012, S. 368-369, 377; Kilian, 2012, S. 944-946; Mauz & Jacobi, 2008, S. 343; Needham, 1995, S. 33; D. Richter, 2014, S. 92; Sting, 2011, S. 144).

Armut und mangelnde gesellschaftliche Teilhabe können jedoch nicht nur Ursache, sondern auch Folge einer psychischen Beeinträchtigung sein. Psychisch Erkrankte haben nicht nur aufgrund der jeweiligen Symptomatik ihrer Beeinträchtigung diverse Schwierigkeiten zu bewältigen, die die Inklusion in relevante soziale Systeme gefährden. So führen etwa kognitive Inflexibilität und damit verbundene Ausbildungsdefizite zu mangelnder Anschlussfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Zudem sind sie auch aufgrund von Stigmatisierungen von Exklusion bedroht, was sich beispielsweise in Problemen im Berufsleben

zeigt, sobald die Krankheit bekannt wird. Viele von ihnen haben den Abstieg in einen niedrigeren Sozialstatus zu gewärtigen. Man nennt das die sogenannte „soziale Drift“, alternativ dazu spricht man auch von „sozialer Selektion“ (vgl. Habl, 2009, S. 177; D. Richter, 2014, S. 92).

Wiewohl diese Fakten hinreichend bekannt sind, gibt es bislang nur wenige empirische Studien zum genauen Ausmass der Exklusion psychisch Kranker. Eine davon ist die im Jahr 2004 veröffentlichte britische Untersuchung mit dem Titel „Mental Health and Social Exclusion“. Sie fand heraus, dass Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Störung die niedrigste Anstellungsrate von allen behinderten Personengruppen hatten, nur 24 % von ihnen hatten einen Arbeitsplatz. Arbeitslosigkeit wiederum ging mit einer Verschlechterung der gesundheitlichen Problematik einher. Das Risiko einer Verschuldung war bei Menschen mit psychischen Problemen dreifach erhöht. Jede/jeder vierte Mieterin/Mieter berichtete über Mietrückstände und sah sich mit der Gefahr konfrontiert, die Wohnung zu verlieren. Die Scheidungsrate der psychisch Kranken war dreimal höher als im Landesdurchschnitt und 84 % der Befragten fühlten sich isoliert und einsam, was wenig verwundert, wenn man bedenkt, dass vier von zehn antworteten, ihr soziales Beziehungsnetz bestehe einzig aus den Fachpersonen der Mental Health Services (vgl. Social Exclusion Unit, 2004, S. 30, 57, 78, 92, 94).

Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommt eine deutsche Studie aus dem Jahr 2006, die sich auf eine Datenauswertung der Deutschen Rentenversicherung stützt. Dabei wurde eine Stichprobe aller Berentungen aufgrund von Krankheit oder Behinderung benutzt und anhand der Erstdiagnosen ein Vergleich zwischen Rentenbeziehenden mit psychischen und jenen mit körperlichen Erkrankungen erstellt. Demzufolge findet sich bei Personen mit psychischen Problemen ein deutlich höherer Anteil Unverheirateter. Die Integration ins Erwerbsleben war um 33 Monate kürzer als diejenige der somatisch Erkrankten. Psychisch Kranke verdienten im Jahr vor der Berentung durchschnittlich 4000 € weniger als die Vergleichsgruppe, was zur Folge hat, dass sie danach häufiger auf zusätzliche staatliche Transferleistungen angewiesen waren (vgl. D. Richter, Eikermann & Reker, 2006, S. 705-707).

Studien, die sich der sozialen Lebenssituation psychisch Kranker auf dem Hintergrund des Capability Approachs widmen, liegen bislang offenbar noch nicht vor.

3. RELEVANZ

Die vorgängig benannten empirischen Studien zur Lebenssituation Betroffener belegen, dass chronisch psychisch Kranke vielfach unter mangelnder gesellschaftlicher Teilhabe leiden und in relevanten sozialen Systemen von Exklusion bedroht sind. Übersetzt in die Sichtweise des Capability Approachs lässt sich demnach sagen: Wenn Gesundheit¹ aus dieser gerechtigkeitstheoretischen Perspektive zu den grundlegenden Verwirklichungschancen gehört, die für eine gelingende Lebenspraxis gegeben sein müssen, darf begründet angenommen werden, dass Personen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind, sich für ein aus ihrer Sicht erstrebenswertes gutes Leben und Handeln zu entscheiden. Was bedeutet das für die Soziale Arbeit?

Soziale Arbeit zielt mit ihrem Handeln definitionsgemäss in einem emanzipatorischen Sinn auf Befähigung, auf Empowerment und die Stärkung der Autonomie ihrer Adressatinnen und Adressaten. Sie orientiert sich dabei an den Massstäben sozialer Gerechtigkeit, agiert also vor dem normativen Hintergrund der Gleichheit und setzt dabei mit ihrem Handeln an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft an (vgl. IFSW, 2012a). Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri (2011) zufolge besteht

die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit (...) entsprechend darin, das gesellschaftsstrukturell induzierte Integrationsproblem zu bearbeiten, insbesondere dort, wo es sich im Widerspruch zur demokratischen Semantik in gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen, im Sinne von eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung unterprivilegierten Lebenslagen und Lebensformen zeigt, die unmittelbar mit den Integrationsmodalitäten dieser Gesellschaft gekoppelt sind (S. 271).

Wenn Soziale Arbeit als eine Profession verstanden werden kann, die sich der Förderung der sozialen Gerechtigkeit verschrieben hat, so ist für sie ihrer Selbstbeschreibung gemäss erstens die Frage von grosser Relevanz, wie sich Gerechtigkeit definieren lässt. Und zweitens ist von Bedeutung, inwiefern sich innerhalb unserer gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ungerechte Ungleichheiten in den Verwirklichungschancen von Menschen in prekären Situationen und/oder mit nur marginalen Möglichkeiten sozialer Teilhabe zeigen, zu denen auch chronisch psychisch kranke Personen gezählt werden müssen. Denn sowohl bezüglich ihrer Wertebasis, als auch hinsichtlich ihres professionellen Handelns zählt diese Thematik zum Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit. Damit Soziale Arbeit adäquate

¹ In der Liste der „Central Human Capabilities“ von Nussbaum (2010a) wird Gesundheit sowohl direkt, als auch indirekt benannt: einerseits als die Chance, ein Leben von normaler Länge leben zu können, als Fähigkeit, sich guter körperlicher Gesundheit zu erfreuen und über gute Ernährung und Unterkunft zu verfügen, als körperliche Integrität, die vor gewalttätigen Übergriffen sicher ist und die Möglichkeit, sich frei zu bewegen, einschliesst, sowie als Chance, sexuelle Befriedigung zu erleben und freie Wahl in Bezug auf die Fortpflanzung zu haben (vgl. Bittlingmayer & Ziegler, 2012, S. 52-53).

Angebote machen kann, um die Wahlmöglichkeiten und Handlungsspielräume der Betroffenen zu erweitern, bedarf es zunächst einer genaueren Kenntnis der tatsächlich vorfindbaren Situation. Dieses Ziel soll anhand einer qualitativen Forschungsarbeit mit dieser Masterthesis verfolgt werden (vgl. IFSW 2012b; Röh, 2013b, S. 119; Schrödter, 2013, S. 85; Sommerfeld et al., 2011, S. 14, 271-272).

4. FRAGESTELLUNG

In den vorangegangenen Überlegungen sind die Ebenen benannt, die für die im Rahmen der Masterthesis durchgeführte Forschungsanlage von Bedeutung sind und in den Blick genommen werden.

Die vorliegende Masterthesis will daher folgende Fragen beantworten:

Welches sind die Verwirklichungschancen erwachsener chronisch psychisch Kranker vor dem AHV-Alter in der Schweiz, die bereits mindestens einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erlebt haben, sich zum Zeitpunkt der Erhebung jedoch nicht in einer akuten Krankheitsphase befinden, die einer stationären Behandlung bedarf?

1. *Unterfrage:*

Wie kann die Soziale Arbeit die Verwirklichungschancen erwachsener chronisch psychisch Kranker in der Schweiz positiv beeinflussen?

2. *Unterfrage:*

Welches sind die Möglichkeiten und Grenzen des Capability Approachs innerhalb des psychiatrisch-medizinischen Felds?

Im Folgenden soll zunächst der Capability Approach näher dargestellt werden, der den theoretischen Rahmen dieser Fragestellung darstellt. Und im Anschluss daran wird das methodische Vorgehen erläutert, anhand dessen diese Fragen beantwortet werden sollen.

5. DER CAPABILITY APPROACH

Amartya Sen, der für seine Arbeiten zu Wohlfahrtsökonomik und für seine Forschungen zu den Ursachen von Armut und Hunger im Jahr 1998 den Wirtschaftsnobelpreis erhalten hat, konzipierte seine Idee der Gerechtigkeit in deutlicher Abgrenzung von der derzeit einflussreichsten Gerechtigkeitstheorie, nämlich derjenigen des US-amerikanischen Philosophen John Rawls. Die Kritik an der Vertragstheorie, deren bedeutendster Vertreter Rawls ist, ist ursprünglicher Ausgangspunkt für Sens eigene Überlegungen. Um die nachfolgende Darstellung seines Capability Approachs verständlich zu machen, ist es notwendig, zunächst kurz die Rawls'sche Gerechtigkeitstheorie zu skizzieren.

5.1. John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit

Rawls steht mit seiner Gerechtigkeitskonzeption in einer liberalen Denktradition. Ihm geht es in seiner Theorie der Gerechtigkeit nicht darum, sämtliche Aspekte des menschlichen Zusammenlebens damit zu erfassen, weil dies nach seiner Ansicht den Gegebenheiten moderner Demokratien nicht entsprechen würde. In Anerkennung der Tatsache, dass heutige Gesellschaften pluralistisch zusammengesetzt sind, stellt er sich die Frage, wie Menschen, die sich in ihren religiösen Auffassungen oder grundlegenden Lebenseinstellungen unterscheiden, dennoch kooperieren können. Seine Grundvorstellung geht dahin, dass dies möglich wird, wenn Gerechtigkeit als Fairness gedacht werde. Der Staat habe sich den Weltanschauungen und Lebensentwürfen seiner Bürgerinnen und Bürger gegenüber unparteilich zu verhalten. Fairness bedeutet im Rawls'schen Ansatz, dass eine Einigung über die grundlegenden Regeln der sozialen Organisation gefunden wird, die die Interessen ebenso wie die Freiheiten jedes einzelnen berücksichtigt. Damit ist Gerechtigkeit für ihn vor allem eine Tugend von Institutionen. Ausgehend von diesen Prämissen stellt Rawls nun die Frage, wie eine Gesellschaft geordnet sein müsse, damit ihre Mitglieder diese Ordnung als gerecht akzeptieren können (vgl. Heidenreich, 2011, S. 117-119; Niesen, 2009, S. 34; Reese-Schäfer & Mönter, 2013, S. 197; Sen, 2013, S. 467; Thumfart, 2014, S. 258).

Um seine Gerechtigkeitsgrundsätze zu formulieren, bedient sich Rawls eines vertragstheoretischen Gedankenexperiments. Vorgestellt wird ein fiktiver Urzustand ursprünglicher Gleichheit aller Beteiligten. In diesem Urzustand wählen die Repräsentanten der Gesellschaft diejenigen Regeln, die sie gemeinsam als fair und gerecht akzeptieren würden. Um das Prinzip der Unparteilichkeit zu gewährleisten, wird vorausgesetzt, dass die an der Aushandlung beteiligten Personen dabei in einen „Schleier des Nichtwissens“ gehüllt sind. Sie haben keinerlei Kenntnis darüber, welchen Platz sie in der Gesellschaft einnehmen, ob sie arm oder reich sein werden oder welche natürlichen Fähigkeiten wie Intelligenz oder Körperkraft das Schicksal ihnen zugedacht hat. Die Parteien des Gesellschaftsvertrags sind freie Menschen, beginnen die Verhandlung in einer Situation ungefährender Gleichheit und werden als unabhängige Individuen vorgestellt. Unter diesen Bedingungen, davon ist Rawls überzeugt, würden die hypothetischen

Akteure sich einstimmig für eine Gesellschaftsstruktur entscheiden, die die Interessen aller berücksichtigt (vgl. Heidenreich, 2011, S. 118; Nussbaum, 2010a, S. 53-57; Rommerskirchen, 2015, S. 128; Sen, 2012, S. 83).

Rawls geht davon aus, dass unter diesen Bedingungen alle Beteiligten sich auf folgende allgemeingültige und immerwährende Gerechtigkeitsgrundsätze einigen würden:

1. Jedermann soll gleiches Recht auf das umfangreichste System gleicher Grundfreiheiten haben, das mit dem gleichen System für alle anderen verträglich ist.
2. Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten sind so zu gestalten, dass (a) vernünftigerweise zu erwarten ist, dass sie zu jedermanns Vorteil dienen und (b) sie mit Positionen und Ämtern verbunden sind, die jedem offen stehen (Rawls, 1979, S. 81).

Das erste Prinzip beinhaltet den Vorrang der Freiheit jeder einzelnen Person, während das zweite Prinzip – das sogenannte Differenzprinzip – festlegt, dass soziale Ungleichheiten nur dann legitim sind, wenn sie für die Schwächsten einen Vorteil bewirken. Anhand dieser Prinzipien soll gemäss Rawls die Verteilung derjenigen Güter erfolgen, die von den Gesellschaftsmitgliedern erschaffen werden bzw. für die Verfolgung ihrer Lebensziele von Bedeutung sind. Dazu zählen nicht nur Einkommen und Vermögen, sondern auch Rechte, Freiheiten und Chancen. Er nennt sie Grundgüter, und sie bilden den eigentlichen Gegenstandsbereich seiner sozialen Gerechtigkeitsvorstellung (vgl. Heidenreich, 2011, S. 118; Höffe, 2015, S. 43; Koller, 2006, S. 45; Rawls, 2013, S. 359).

5.2. Amartya Sen: Die Idee der Gerechtigkeit

Amartya Sen, der mit Rawls lange Zeit in Harvard zusammen gearbeitet hat und ihm als Kollegen immer wieder hohen Respekt und Wertschätzung zollt, kritisiert seine Theorie dennoch ganz grundlegend. Ausgangspunkt seiner Kritik ist bereits das Verfahren der Urteilsfindung für gerechte Prinzipien. Einerseits hält er für unwahrscheinlich, dass nur eine einzige mögliche Kombination von zwei Gerechtigkeitsgrundsätzen existiert, weil es eine Vielzahl guter Gründe geben könnte, die auch in der vorurteilsfreien Atmosphäre des Urzustands zu anderen Ergebnissen führen. Andererseits hält er die Konzentration auf eine Suche nach vollkommen gerechten Gesellschaften, die sich allein auf gerechte Institutionen bezieht, generell für den falschen Weg (vgl. Sen, 2012, S. 34-36). Er geht so weit zu sagen:

Wenn eine Theorie der Gerechtigkeit Leitfaden für die rationale Wahl von Grundsätzen, Strategien oder Institutionen sein soll, dann ist die Bestimmung von vollkommen gerechten sozialen Regelungen weder notwendig noch hinreichend (Sen, 2012, S. 44).

Hypothetische vollkommene Gerechtigkeit ist nicht, was Sen interessiert. Er stellt sich vielmehr die Frage, wie tatsächlich existierende Ungerechtigkeiten beseitigt und Gerechtigkeit befördert werden können. Dabei stellt er die These auf, dass mehrere verschiedene Gründe der Gerechtigkeit gleichzeitig

ihre Existenzberechtigung haben können, wenn sie kritischer Überprüfung durch Vernunftgebrauch standhalten, obgleich sie zu unterschiedlichen Folgerungen führen. Zur Erläuterung bringt er das Beispiel dreier Kinder, die sich um eine Flöte streiten. Nur eines der Kinder kann Flöte spielen, ein zweites ist so arm, dass es kein anderes Spielzeug hat und das dritte Kind hat die Flöte selber hergestellt. Die Entscheidung, wer gerechterweise ein Anrecht haben soll, die Flöte zu bekommen, kann je nach theoretischem Standpunkt unterschiedlich ausfallen. Die Libertären würden nach dem Leistungsprinzip argumentieren und der Flötenbauerin das Eigentumsrecht zusprechen, ökonomische Egalitarier hielten es für gerecht, dem ärmsten Kind ein Spielzeug zu geben, während Utilitaristen möglicherweise argumentieren, dass durch das Flötenspiel der Könnlerin das Vergnügen und der Nutzen maximiert würden (vgl. Sen, 2012, S. 10, 41)

Sein zweiter grosser Kritikpunkt an Rawls Theorie der Gerechtigkeit richtet gegen sich seine Konzentration auf Grundgüter. Seiner Ansicht nach führe dies dazu, dass dessen Differenzprinzip sich eher an Ressourcen, denn an Freiheit orientiere. Güter aller Art aber seien nicht um ihrer selbst willen erstrebenswert. Dies anzunehmen, bedeute Mittel und Zweck zu verwechseln. Ihr Wert liege vielmehr in ihrem Nutzen, die Wahlfreiheit von Menschen zu erhöhen, damit diese ihr Leben nach eigenen Vorstellungen von einem gelingenden Dasein gestalten können (vgl. Reinecke, 2012, S. 63; Sen, 2000, S. 26; 2013, S. 468).

Versteht man Gerechtigkeit allein als Verteilungsgerechtigkeit von Grundgütern, wie Rawls das vorschlägt, sei damit der Verschiedenartigkeit von Menschen noch nicht Rechnung getragen. Bei der Umwandlung von Gütern in das Leben, das Menschen führen können, gibt es Varianzen, die Sen auf folgende Ursachen zurückführt:

1. *Ungleichheiten persönlicher Merkmale*: Physische Unterschiede wie Alter, Geschlecht oder der Gesundheitszustand können zu unterschiedlichen Bedürfnissen führen. So braucht beispielsweise ein körperlich beeinträchtigter Mensch mehr Einkommen, um mobil zu sein und dieselben Dinge tun zu können wie ein Gesunder.
2. *Unterschiede in der geographischen Umwelt*: Klimatische Bedingungen, das Vorkommen von Naturkatastrophen oder Grassieren von Infektionskrankheiten haben einen grossen Einfluss darauf, welches Leben jemand mit den vorhandenen Ressourcen verwirklichen kann.
3. *Unterschiede im Sozialklima*: Darunter versteht Sen die sozialen Bedingungen, die Menschen vorfinden, und er zählt dazu sowohl das Vorhandensein öffentlicher Infrastruktur (z.B. Bildung, Gesundheitswesen), als auch soziale Beziehungen im Gemeinwesen.
4. *Differenzen in gemeinschaftsbezogenen Perspektiven*: In einem reichen Land arm zu sein kann eine grosse Einschränkung an Handlungsspielräumen bedeuten, auch wenn ein Mensch gemessen am weltweiten Durchschnitt über ein hohes absolutes Einkommen verfügt.

Zu diesen allgemeinen Einflussfaktoren kommen noch weitere hinzu, wie beispielsweise die ungleiche Verteilung von Vergünstigungen und Ressourcen innerhalb von Familien oder zwischen den Geschlechtern (vgl. Cohen, 1993, S. 16; Graf, 2011, S. 93; Sen, 2000, S. 89-91; 2012, S. 282-284).

5.2.1. Freiheit, Capabilities und Functionings bei Amartya Sen

In Fragen der Gerechtigkeit gilt es nach Sens Überzeugung daher, „vor allem der Erweiterung der ‚Verwirklichungschancen‘ der Menschen, genau das Leben führen zu können, das sie schätzen, und zwar mit guten Gründen“ Aufmerksamkeit zu widmen (Sen, 2000, S. 29). Er schlägt deshalb vor, sich anzusehen, was für ein Leben ein Mensch führt und welche *Funktionen (functionings)* jemand mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verwirklichen imstande ist. Unter diesen Funktionen versteht er unterschiedliche „*doings and beings*“ – also Tätigkeiten und Seinsweisen. Als Beispiele nennt er so elementare Dinge wie etwa, sich angemessen zu ernähren oder sich guter Gesundheit zu erfreuen, aber auch komplexere Funktionen wie Selbstachtung zu erreichen oder sozial integriert zu sein (vgl. Leßmann, 2006, S. 34; Mende, 2014, S. 389; Robeyns, 2009, S. 40; Sen, 1993, S. 31).

Das Wohlergehen von Menschen lässt sich jedoch nicht allein daran ablesen, was sie tatsächlich tun, sondern vielmehr daran, was sie aus freier Entscheidung zu tun imstande wären. Seine Idee der Gerechtigkeit beruht auf substanzieller Freiheit, die sich auf Befähigungs- und Handlungsspielräume bezieht. Sowohl der Chancen-Aspekt, als auch der Prozess-Aspekt der Freiheit sind ihm wesentlich. Und anhand eines Beispiels verdeutlicht er, was er darunter versteht:

Szenario 1: Kim entscheidet sich eines Sonntags nicht auszugehen, sondern daheim zu bleiben und auszuspannen. *Szenario 2:* Brutale Gangster brechen bei Kim ein, zerren ihn aus dem Haus und werfen ihn in einen Abwassergraben. *Szenario 3:* Die Gangster sperren Kim zuhause ein und verbieten ihm, das Haus zu verlassen. In *Szenario 2* wird Kim ohne Zweifel sowohl in seiner Entscheidungsfreiheit (Prozess-Aspekt) als auch in seiner Ergebnisfreiheit (Chancen-Aspekt) eingeschränkt. Vergleicht man jedoch die *Szenarien 1* und *3*, so zeigt sich, dass sie sich im Ergebnis gleichen. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass Kim in *Szenario 3* keinerlei Handlungsoptionen hatte, sondern gegen seinen Willen daheim bleibt. Zwar macht Kim nun das, was er sich ohnehin ausgesucht hätte, aber gerechtigkeitsrelevant ist gemäss Sen nicht nur das Endergebnis, sondern auch der Weg dorthin (vgl. Kubon-Gilke & Bender, 2013, S. 33; Sen, 2012, S. 256-257).

Über den Ansatz der Freiheit gelangt Amartya Sen zu seiner Konzeption der Befähigungsperspektive:

The *capability* of a person reflects the alternative combinations of functionings the person can achieve, and from which he or she can choose one collection (Sen, 1993, S. 31).

Capabilities sind also *Verwirklichungschancen*, es handelt sich dabei um reale Handlungsoptionen, die Menschen zur Verfügung stehen und die sie in *Funktionen* umwandeln können. Sein Schwerpunkt liegt

demgemäss auf den realen Freiheiten von Menschen, diejenigen Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind und ihre wohlüberlegten Ziele zu erreichen. Damit rückt für den Gerechtigkeitsbegriff des Capability Approach nicht nur ins Blickfeld, was eine Person letztendlich tatsächlich tut, sondern auch, was sie zu tun vermag, unabhängig davon, ob sie sich entscheidet, diese Capability (Verwirklichungschance) tatsächlich zu nutzen (vgl. Huster, 2012, S. 97; Sen, 2012, S. 259, 262; Steckmann, 2010, S. 98-99).

Eine Auflistung derjenigen Capabilities, die als Mindeststandard für die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit gelten sollten, hält Sen zwar für mit seiner Theorie vereinbar, jedoch nicht notwendig. Dies hat Martha Nussbaum geleistet, die seinen Befähigungsansatz in diesem Sinne weiterentwickelt hat (vgl. Sen, 1993, S. 47; 2004, S. 80). Auf ihr Verständnis von Capabilities wird sich diese Arbeit beziehen.

5.3. Martha Nussbaum: Eine neoaristotelische Theorie vom guten Leben

Die US-amerikanische Philosophin Martha Nussbaum teilt Sens Ansicht, dass der Fokus sozialer Gerechtigkeit sich auf die Verteilungsgleichheit von Capabilities beziehen soll, also darauf, was Menschen tatsächlich fähig sind zu tun oder zu sein. Wenngleich sie mit Rawls' theoretischer Konzeption von Gerechtigkeit nicht gleichermassen streng ins Gericht geht wie er (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 104), kritisiert auch sie:

Thus even the Rawlsian approach, in the end, doesn't sufficiently respect the struggle of each and every individual for flourishing. To treat A and B as equally well-off because they command the same amount of resources is, in a crucial way, to neglect A's separate and distinct life, to pretend that A's circumstances are interchangeable with B's, which may not be the case. To do justice to A's struggles, we must see them in their social context, aware of the obstacles that the context offers to the struggle for liberty, opportunity, and material well-being (Nussbaum, 2008, S. 69).

In Konsequenz dessen, so hält Nussbaum fest, müssen die individuell unterschiedlichen Möglichkeiten, Ressourcen in Tätigkeiten umzusetzen, Berücksichtigung finden.

Nussbaum argumentiert, dass zudem einzig der Capabilities Approach in der Lage sei, die drei aus ihrer Sicht grössten Probleme der Gerechtigkeit angemessen zu berücksichtigen, die von anderen existierenden Theorien vernachlässigt würden: erstens das Problem der Gerechtigkeit gegenüber Menschen mit

körperlichen und geistigen² Behinderungen, zweitens die weltweite Dimension von Gerechtigkeit in einer globalisierten Welt und drittens Gerechtigkeitsfragen im Umgang mit nichtmenschlichen Tieren.

Die Frage, auf welche Weise der Fähigkeitenansatz das Thema der Gerechtigkeit gegenüber Menschen mit körperlichen oder geistigen bzw. psychischen Beeinträchtigungen behandelt, ist für diese Arbeit von besonderem Belang, zielt doch das Erkenntnisinteresse dieser Masterthesis auf die Verwirklichungschancen eben jener Personengruppe. Inwieweit vermag dieser gerechtigkeitstheoretische Zugang deren Bedürfnisse besser zu berücksichtigen als andere Theorien?

5.3.1. Capabilities und Behinderung

Nussbaum geht grundsätzlich davon aus, dass eine befriedigende Gerechtigkeitskonzeption „Menschen mit Beeinträchtigungen und auch solche mit geistigen Beeinträchtigungen als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger anerkennen“ muss (Nussbaum, 2010a, S. 142). Die heute viel beachteten Gerechtigkeitstheorien, die auf der Idee des Gesellschaftsvertrags basieren, würden diese Voraussetzung nicht erfüllen. Exemplarisch zeigt sie dies anhand der „Theorie der Gerechtigkeit“ von John Rawls, dem heute prominentesten Vertreter der Vertragstheorien. Rawls stellt diejenigen Parteien, die im Urzustand über die grundlegenden Prinzipien der Gerechtigkeit entscheiden, als rationale Erwachsene vor, deren körperliche und geistige Fähigkeiten im normalen Bereich liegen und die in der Lage sind, als Gesellschaftsmitglieder lebenslang uneingeschränkt kooperativ zu sein. Die Vertragsparteien entscheiden sich sodann aus rationalem Eigeninteresse, so die Annahme, für Grundprinzipien, von denen sie sich einen gegenseitigen Vorteil versprechen. Rawls schliesst aus dieser ersten, grundlegenden Entscheidungssituation also explizit all diejenigen Personen aus, die aufgrund von körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung zeitweilig oder dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind (vgl. Kuhlmann, 2012, S. 50; Röh, 2013b, S. 128-130).

Bei Vertragstheoretikern wie Rawls wird Gesellschaft als eine Kooperationsgemeinschaft verstanden, wobei der wechselseitige Nutzen der Kooperation in ökonomischen Begriffen gedacht wird. Gerechtigkeit wird demnach nicht um ihrer selbst willen angestrebt, sondern die Vertragsparteien wollen ihre je eigene Vorstellung eines guten Zusammenlebens befördern, ohne dass diese irgendwelche altruistischen Bestandteile beinhalten müsse. Menschen mit (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen bedürfen jedoch gesellschaftlicher Zuwendung und Unterstützung und gelten gemäss der vertragstheoretischen

² Nussbaum hält eine Unterscheidung zwischen den Begriffen der geistigen und der psychischen Behinderung für irreführend, weil bei psychischen Störungen nicht nur emotionale, sondern auch kognitive Einschränkungen vorhanden sein können, und sie beschränkt sich deshalb darauf, von „geistiger Beeinträchtigung“ oder „geistiger Behinderung“ zu sprechen (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 141).

Definition deshalb nicht als uneingeschränkt kooperativ. Dieser Umstand lässt es nicht mehr wechselseitig als vorteilhaft erscheinen, sie als gänzlich gleichberechtigte Partner des sozialen Vertrags mit einzubeziehen. Es ist aus diesem Grund eine bewusste und logische Entscheidung, dass die ursprüngliche Gruppe der Vertragsparteien nur aus denjenigen Personen besteht, die über normale Produktionsfähigkeit verfügen (vgl. Heinrichs, 2004, S. 141; Nussbaum, 2009, S. 333; 2010a, S. 87, 151, 172).

Rawls selbst ist sich dieser Schwäche seiner theoretischen Gerechtigkeitskonzeption offensichtlich bewusst, denn er schreibt:

(..) since we have assumed (as noted above) that persons are normal and fully cooperating members of society over a complete life, and so have the requisite capacities for assuming that role, there is the question of what is owed to those who fail to meet this condition, either temporarily (from illness and accident) or permanently, all of which covers a variety of cases. (...) While we would like eventually to answer all these questions, I very much doubt whether this is possible within the scope of justice as fairness as a political conception (Rawls, 2005, S. 21).

Im Unterschied zur vertragstheoretischen Annahme, dass Menschen nur dann kooperieren, wenn sie einen lohnenden Nutzen daraus ziehen, geht Nussbaum in Anlehnung an Aristoteles und Marx davon aus, dass der Mensch ein soziales und politisches Wesen ist, das aus einer Vielzahl von Motiven heraus kooperiert und in Beziehungen mit anderen Erfüllung findet (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 125, 220; Schweidler, 2014, S. 37).

Des Weiteren kritisiert Nussbaum, dass auch der philosophische Personenbegriff, den Rawls verwendet, nicht unproblematisch sei. Er bezieht sich auf Kants Konzeption von Personalität und definiert demgemäß Vernunft und Rationalität als unverzichtbares Vermögen eines jeden Bürgers. Der Besitz geistiger und moralischer Fähigkeiten wird bei ihm als Voraussetzung politischer Gleichheit erachtet. Diese Bedingungen erlaubten es kaum, moniert Nussbaum, Menschen mit schweren geistigen Einschränkungen als moralische Wesen angemessen zu berücksichtigen (vgl. Heinrichs, 2004, S. 167; Nussbaum, 2009, S. 334; 2010a, S. 98; Röh, 2013b, S. 129).

Demgegenüber wird im Fähigkeitenansatz der Mensch als ein soziales Wesen angesehen, das unabhängig von einer idealisierten Vernunftvorstellung Würde besitzt und Achtung verdient. Basierend auf der intuitiven Idee der Menschenwürde, auf die sich auch die Menschenrechte in ähnlicher Weise beziehen, betrachtet der Capability Approach jede Person als Zweck an sich selbst mit einem grundlegenden Anspruch auf ein menschenwürdiges Leben. Dabei geht Nussbaum von der Vorstellung aus, dass Menschen zeitgebundene Wesen sind, die aufgrund ihrer Bedürftigkeit innerhalb ihrer Lebensspanne zwischen Geburt und Tod immer wieder Formen der Angewiesenheit erleben. Und es sei unsere menschliche Eigenschaft der Bedürftigkeit an sich, die einen gerechtigkeitsrelevanten Anspruch auf Unterstützung begründe (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 115, 143, 218, 224; 2010b, S. 82; Terzi, 2005, S. 212).

Der Fähigkeitenansatz begreift also das menschliche Erfordernis nach Fürsorge als ein Grundbedürfnis, das eine Gesellschaft erfüllen muss, wenn sie als gerecht gelten soll. Hiermit kommen die Anliegen von Kindern, von alten, behinderten oder gesundheitlich beeinträchtigten Menschen ebenso in den Blick, wie diejenigen der sie versorgenden Menschen. Mit dieser Denkrichtung verweist der Capability Approach auf die Bedingungen echter Teilhabegerechtigkeit (vgl. Kuhlmann, 2012, S. 49; Nussbaum, 2010a, S. 235).

5.3.2. Die Zentralen Fähigkeiten des Menschen bei Martha Nussbaum

Martha Nussbaum geht mit Amartya Sen in vielem einig. Sie kritisiert jedoch, er liefere mit seiner Gerechtigkeitskonzeption einzig eine Skizze davon, in welche Richtung Gesellschaften sich entwickeln sollten. Ihrer Überzeugung nach bedarf es notwendigerweise einer Liste der wichtigsten und zentralsten Capabilities, selbst wenn diese vorläufig und revidierbar wäre, ohne die eine Gesellschaft sich nicht als gerecht bezeichnen dürfte. Nussbaum verfolgt damit das spezifische Ziel einer Argumentationsgrundlage für politische Prinzipien, die Staaten all ihren Bürgern verfassungsmässig garantieren sollen (vgl. Nussbaum, 2003a, S. 35; 2010a, S. 14-15; Robeyns, 2005, S. 103, 105). Dahinter steckt die grundlegende Idee, „that some living conditions deliver to people a life that is worthy of the human dignity that they possess, and others do not“ (Nussbaum, 2013, S. 30).

Um herauszufinden, welche Verwirklichungschancen als derart grundlegend bezeichnet werden können, dass auf sie unter keinen Umständen verzichtet werden kann, bedarf es gemäss Nussbaum zunächst einer Vorstellung von der Würde der menschlichen Wesen und eines Lebens, das dieser Würde gemäss sei. Dazu rekurriert sie insbesondere auf die ethischen und politischen Schriften von Aristoteles, um zu einer universalistischen Konzeption des guten menschlichen Lebens zu gelangen, denn auch bei ihm stehen das Tun und Sein eines Menschen im Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Deichmann, 2015, S. 61; Leßmann, 2006, S. 35; Nussbaum, 1993a, S. 243; 2000, S. 223; 2003a, S. 40; Strassenberger, 2009, S. 150-153).

Aristoteles sehe es als Aufgabe staatlicher Planung an,

jedem Bürger die materiellen, institutionellen und pädagogischen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die ihm einen Zugang zum guten menschlichen Leben eröffnen und ihn in die Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden (Nussbaum, 2012, S. 24).

Wenngleich sie sich der Problematik bewusst ist, dass Aristoteles – wie andere antike Denker auch – gewisse Personengruppen aus dem Bereich politischer Subjekte ausschloss, hält sie eine moderne, linksgerichtete Neuinterpretation seiner Positionen für eine geeignete Ausgangsbasis, um zu einer Konzeption des Guten zu gelangen. Diese dürfe allerdings nur vage sein, um gleichzeitig die Offenheit für kulturelle Variationen zu gewährleisten, und müsse dennoch das Mensch-Sein derart beschreiben, dass es

von allen Menschen akzeptiert werden könne (vgl. Nussbaum, 2012, S. 32, 45; Reese-Schäfer, 2013, S. 276; Röh, 2013b, S. 104; Strassenberger, 2009, S. 152).

Basierend auf diesen Vorüberlegungen, entwickelt Nussbaum ihre Liste von *Central Human Capabilities*. Diese Liste hat Nussbaum über die Jahre ihres Schaffens hinweg immer wieder leichten Modifikationen unterworfen, was durchaus auch ihrem Verständnis entspricht, dass sie offen und nicht abschliessend sein sollte. Zudem soll die Möglichkeit bestehen bleiben, dass einzelne Gesellschaften sie ihren Gegebenheiten anpassen und in einem demokratischen Prozess spezifizieren und unterschiedlich priorisieren (vgl. Nussbaum, 2003a, S. 43; 2009, S. 334).

In ihrer Liste führt Nussbaum die folgenden Capabilities³ als zentrale menschliche Grundfähigkeiten auf:

Die zentralen menschlichen Fähigkeiten

1. *Leben*: Die Fähigkeit, ein menschliches Leben normaler Dauer bis zum Ende zu leben; nicht frühzeitig zu sterben und nicht zu sterben, bevor dieses Leben so eingeschränkt ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.
2. *Körperliche Gesundheit*: Die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, eine angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehören.
3. *Körperliche Integrität*: Die Fähigkeit, sich frei von einem Ort zum anderen zu bewegen; vor gewaltsamen Übergriffen sicher zu sein, sexuelle Übergriffe und häusliche Gewalt eingeschlossen; Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung und zur freien Entscheidung im Bereich der Fortpflanzung zu haben.
4. *Sinne, Vorstellungskraft und Denken*: Die Fähigkeit, die Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu schlussfolgern – und dies alles auf jene „wahrhaft menschliche“ Weise, die von einer angemessenen Erziehung und Ausbildung geprägt und kultiviert wird, die Lese- und Schreibfähigkeit sowie basale mathematische und wissenschaftliche Kenntnisse einschliesst, aber keineswegs auf sie beschränkt ist. Die Fähigkeit, im Zusammenhang mit dem Erleben und Herstellen von selbstgewählten religiösen, literarischen, musikalischen etc. Werken und Ereignissen die Vorstellungskraft und das Denkvermögen zu erproben. Die Fähigkeit, sich seines Verstandes auf Weisen zu bedienen, die durch die Garantie der politischen und künstlerischen Meinungsfreiheit und die Freiheit der Religionsausübung geschützt werden. Die Fähigkeit angenehme Erfahrungen zu machen und unnötigen Schmerz zu vermeiden.
5. *Gefühle*: Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen ausserhalb unserer selbst aufzubauen; die Fähigkeit, auf Liebe und Sorge mit Zuneigung zu reagieren und auf die Abwesenheit dieser Wesen mit Trauer; ganz allgemein zu lieben, zu trauern, Sehnsucht, Dankbarkeit und berechtigten Zorn zu fühlen. Die Fähigkeit, an der eigenen emotionalen Entwicklung nicht durch Furcht und Ängste gehindert zu werden. (Diese Fähigkeit zu unterstützen heisst auch, jene Arten der Gemeinschaft zu fördern, die erwiesenermassen für diese Entwicklung entscheidend sind.)

³ In den deutschen Übersetzungen wird Nussbaums Begriff der *Capabilities* in der Regel mit dem Wort *Fähigkeiten* bezeichnet.

6. *Praktische Vernunft*: Die Fähigkeit, selbst eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung auf kritische Weise nachzudenken. (Hierzu gehört der Schutz der Gewissens- und Religionsfreiheit.)
7. *Zugehörigkeit*:
 - A. Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und Interesse an ihnen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen der sozialen Interaktion einzulassen; sich in die Lage des anderen hineinzusetzen. (Der Schutz dieser Fähigkeit erfordert den Schutz jener Institutionen, die diese Formen der Zugehörigkeit konstituieren und fördern, sowie der Versammlungs- und Redefreiheit.)
 - B. Über die sozialen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung verfügen; die Fähigkeit, als Wesen mit Würde behandelt zu werden, dessen Wert dem anderer gleich ist. Hierzu gehören Massnahmen gegen die Diskriminierung auf der Grundlage von ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Kaste, Religion und nationaler Herkunft.
8. *Andere Spezies*: Die Fähigkeit, in Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben.
9. *Spiel*: Die Fähigkeit, zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.
10. *Kontrolle über die eigene Umwelt*:
 - A. *Politisch*: Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene Leben betreffen; ein Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Vereinigung zu haben.
 - B. *Inhaltlich*: Die Fähigkeit, Eigentum (an Land und an beweglichen Gütern) zu besitzen und Eigentumsrechte auf der gleichen Grundlage wie andere zu haben; das Recht zu haben, eine Beschäftigung auf der gleichen Grundlage wie andere zu suchen; vor ungerechtfertigter Durchsuchung und Festnahme geschützt zu sein. Die Fähigkeit, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können und in sinnvolle Beziehungen der wechselseitigen Anerkennung mit anderen Arbeitern treten zu können (Nussbaum, 2010a, S. 112-114).

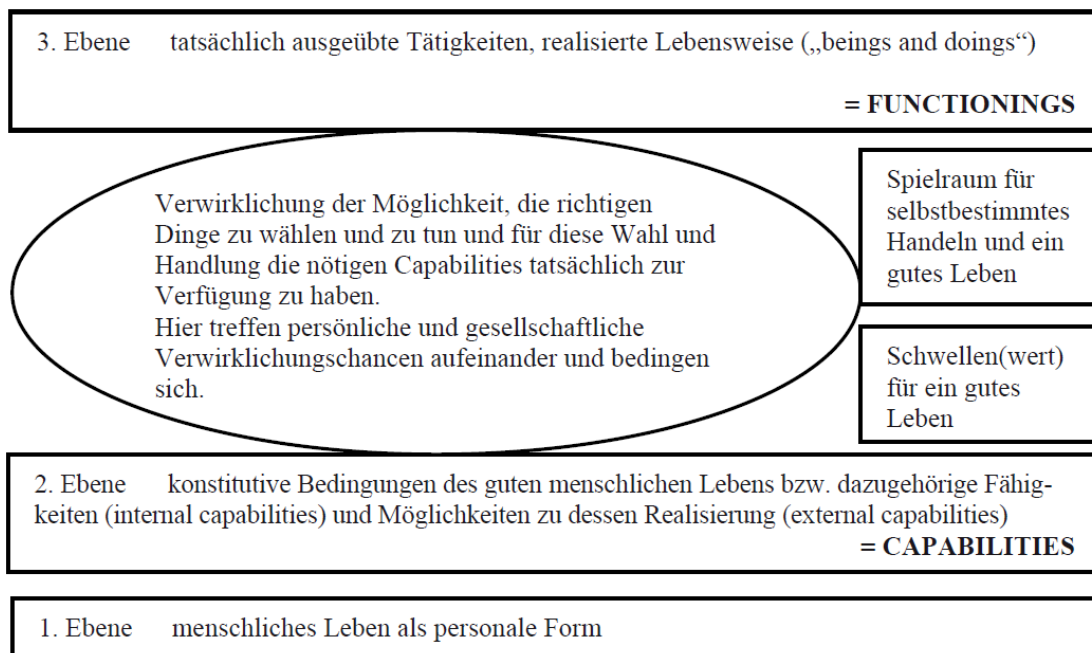
Nussbaum argumentiert, dass es sich bei den *Central Human Capabilities* um universelle Fähigkeiten handelt, und dass jede einzelne davon vorhanden sein müsse, um ein der Menschenwürde gemässes Leben führen zu können, denn „living well as a human being has a plurality of distinct components, none of them reducible to the others“ (Nussbaum, 1993b, S. 333). Sie beschreibt diese zentralen Fähigkeiten zudem als *combined capabilities*, denn es handle sich dabei um substantielle Freiheiten oder Möglichkeiten, die sich konstituieren aus dem Zusammenspiel persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten, den sogenannten *internal capabilities*, und Verwirklichungsbedingungen politischer, sozialer und ökonomischer Natur, den *external capabilities* (vgl. Baros & Otto, 2010, S. 256; Nussbaum, 2013, S. 20-21).

Die einzelnen Capabilities betrachtet Nussbaum nicht als voneinander unverbunden, weil einzelne Fähigkeiten voneinander abhängen und sich gegenseitig durchdringen können. Sie argumentiert zudem, dass alle eine gleich bedeutsame Rolle spielen (vgl. Nussbaum, 2003b, S. 21; 2010a, S. 114; 2013, S. 39; Vahsen, 2013, S. 104). Zwei der Fähigkeiten – nämlich der *Praktischen Vernunft* und der *Zugehörigkeit*

– komme jedoch eine besondere Funktion zu, weil diese die anderen Capabilities in besonderer Weise beeinflussen und das Handeln von Menschen organisieren und strukturieren:

Die praktische Vernunft hat eine einzigartige architektonische Funktion. Sie durchdringt alle Tätigkeiten und Pläne im Hinblick auf deren Realisierung in einem guten und erfüllten menschlichen Leben. Das gleiche gilt für die Verbundenheit mit anderen Menschen. Alles, was wir tun, tun wir als soziale Wesen; und unsere eigene Lebensplanung ist eine Planung mit anderen und für andere (Nussbaum, 2012, S. 60).

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Capability Approach nach Nussbaum



Quelle: Röh (2013b, S. 121)

Zugleich betont Nussbaum den politischen Charakter ihrer Fähigkeitenliste, die ausdrücklich ohne Fundierung in metaphysischen Ideen formuliert wurde, um der Pluralität von Kulturen und Lebensentwürfen Rechnung zu tragen. Dem Respekt vor dem Pluralismus und dem Wert der Freiheit diene zudem, dass als Gerechtigkeitsziel ein Anspruch auf bestimmte Fähigkeiten (Capabilities), nicht aber auf Tätigkeiten (Functionings) gesetzt wurde, was bedeutet, dass Gerechtigkeit dann erreicht ist, wenn Menschen ausreichend Wahlmöglichkeiten und eine echte Chance zur Verwirklichung ihrer Wahl haben (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 116; Röh, 2013b, S. 113). Aus diesem Grund fordert sie mit Rekurs auf Aristoteles ein institutionelles Wohlfahrtssystem, in dem „die Politik nicht einfach abwartet und schaut, wer zu den Zukurzgekommenen gehört und nur mit institutioneller Unterstützung zurechtkommt, und diesen Menschen dann aus ihrer misslichen Lage heraushilft. Statt dessen besteht ihr Ziel darin, ein umfassendes Unterstützungssystem zu schaffen, das allen Bürgern ein ganzes Leben lang eine gute Lebensführung ermöglicht“ (Nussbaum, 2012, S. 62).

5.4. Die Rezeption des Capability Approachs in der Sozialen Arbeit

Innerhalb der Sozialen Arbeit erhält der Capability Approach einige Aufmerksamkeit. So argumentiert beispielsweise Mark Schrödter (2007), Soziale Arbeit grenze sich von anderen Professionen wie der Medizin oder der Jurisprudenz über ihren Zentralwert der sozialen Gerechtigkeit ab. Und er schlägt den Fähigkeitenansatz (Capability Approach) als geeignete gerechtigkeits-theoretische Fundierung der Profession vor, weil einerseits der gesellschaftliche Auftrag Sozialer Arbeit in der Herstellung von sozialer Gerechtigkeit liege und sie andererseits mit ihren Interventionen für eine gerechtere Verteilung von Möglichkeiten der autonomen Selbstverwirklichung Sorge, womit sie ein soziales Minimum an Verwirklichungschancen für ihre Klientinnen und Klienten garantiere (vgl. Schrödter, 2007, S. 8, 20-24). In ähnlicher Weise halten auch andere Autorinnen und Autoren die Capabilities-Perspektive für anschlussfähig an die Soziale Arbeit. Mit ihrem Fokus auf eine Erweiterung der Handlungsspielräume und Verwirklichungschancen von Individuen biete diese nicht nur einen evaluativen Rahmen für Gerechtigkeitsurteile, sondern setze zudem das klassische sozialpädagogische Motiv der Autonomieförderung von Klientinnen und Klienten ins Zentrum des Augenmerks (vgl. Birgmeier, 2013, S. 122; Nadai, 2013, S. 73; H.-U. Otto & Ziegler, 2010, S. 12; Ziegler, 2011b, S. 133; Ziegler et al., 2012, S. 306-307).

Auch in methodischer Hinsicht erweist sich der Capability Approach als für die Soziale Arbeit anschlussfähig. Im Zusammenhang mit ihren Arbeiten im Bereich der Armutsforschung hat Ortrud Lessmann den Lebenslageansatz mit dem Fähigkeitenansatz von Amartya Sen und Martha Nussbaum verglichen und kommt zum Schluss, dass die beiden Konzepte in etlichen Bereichen Ähnlichkeiten und Überschneidungen aufweisen (vgl. Leßmann, 2006, S. 39; 2007, S. 316-317).

Der Hamburger Professor für Sozialwissenschaften Dieter Röh (2013b) geht noch einen Schritt weiter. Er formuliert in seinem Buch „*Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben*“ auf der Basis des Capability Approach eine „Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung“. Dazu expliziert er zunächst seine professionstheoretischen Prämissen:

- Soziale Arbeit lasse sich handlungstheoretisch nicht ohne moraltheoretische Begründung verstehen,
- sie benötige eine Handlungstheorie, um sich als wissenschaftlich begründete Praxis auszuweisen.
- Soziale Arbeit könne nur soweit professionelle und disziplinäre Autonomie beanspruchen, als sie in der Lage sei, sich kritisch zu gesellschaftlichen Anforderungen zu verhalten und Alternativen dazu zu formulieren.
- Ihr Gegenstand sei mit Fokus auf die Lebensführung von Menschen zu definieren, deren Daseinsmächtigkeit es zu befördern gelte.

- Soziale Arbeit bedürfe für die Bearbeitung von Lebensführungsproblemen der ethischen Reflexion, um sich nicht der Paternalismusgefahr auszusetzen, und müsse trotzdem von einer klaren Vorstellung des „guten Lebens“ ausgehen.
- Soziale Arbeit brauche geistes- oder subjektwissenschaftliche Erkenntnisse über die Handlungsfähigkeit des Menschen, um die Möglichkeiten und Grenzen sowohl akteurspezifischer als auch strukturspezifischer menschlicher Handlung durch entsprechende Massnahmen positiv unterstützen zu können (vgl. Röh, 2013b, S. 71-72).

Die Grundpositionen des Capability Approach dienen ihm sodann als Basis für die Erarbeitung einer „Handlungstheorie Sozialer Arbeit, die – ausgehend vom Wechselspiel zwischen subjektiver Handlung und gesellschaftlicher Struktur – Möglichkeiten der professionellen Handlung aufzeigen kann“ (Röh, 2013b, S. 162).

Für das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit innerhalb der Psychiatrie streicht Tetzer (2012) die Eignung des Capabilities Approachs hervor. Sowohl sozialpädagogisches, als auch psychiatrisches Handeln dienen letztlich dem Ziel, die Entwicklung von Befähigungen ihrer Klientinnen und Klienten zu befördern. Insofern stelle der Fähigkeitsansatz eine hinreichende Grundlage dar, um sich interdisziplinär der normativen Grundlagen von Interventionen theoretisch wie empirisch zu vergewissern und sie daran zu messen, inwiefern sie der Erweiterung von Verwirklichungschancen dienen (vgl. Tetzer, 2012, S. 74-75).

Auch in den Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung hat der Capability Approach bereits Eingang gefunden. So diene er etwa als Grundlage für den „Human Development Approach“, der seit 1990 von den Vereinten Nationen dazu herangezogen wird, entwicklungspolitische Fragestellungen zu analysieren. Für die deutsche Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurde der Fähigkeitsansatz operationalisiert und wird nun angewendet, zudem diene er als Basis für eine Studie über soziale Exklusion in der EU (vgl. Arndt, Dann, Kleimann, Strotmann & Jürgen, 2006; Arndt & Volkert, 2006, S. 7; Graf, 2011, S. 86; Papadopoulos & Tsakoglou, 2010, S. 242). Innerhalb der Sozialen Arbeit schlägt beispielsweise Ziegler (2009) vor, den Fähigkeitsansatz „als Masseinheit zur Bestimmung des Nutzens (...) für ihre AdressatInnen“ anzuwenden (Ziegler, 2009, S. 126). In den letzten Jahren greifen vor allem Kinder- und Jugendstudien das Konzept als theoretischen Bezugsrahmen auf, und die Universität Bielefeld hat ein eigenes Forschungszentrum⁴ eingerichtet, das interdisziplinäre empirische Studien auf Basis des Capability Approachs durchführt (vgl. Babic, 2011, S. 80; Schrödter & Ziegler, 2006, S. 41; Vahsen, 2013, S. 98).

⁴ im Internet auffindbar unter: <http://www.bca-research.net/> (Zugriff am 29.03.2015)

Nach dieser theoretischen Einbettung, die in den vorangegangenen Kapiteln stattgefunden hat, soll es im Anschluss daran darum gehen, Auskunft über die methodische Herangehensweise zu geben, die zur Beantwortung der obengenannten Fragestellung gewählt wurde. Es handelt sich um einen qualitativen Zugang mithilfe von Interviews. Es werden daher jeweils zunächst grundsätzliche theoretische Prämissen der qualitativen Interviewforschung benannt, um danach sämtliche Arbeitsschritte zu beschreiben, die von der Erhebungsphase bis zur Verschriftlichung nötig waren. Dabei geht es darum, praxisnah nachvollziehbar zu machen, wie die in Kapitel 0 beschriebenen Ergebnisse zustande gekommen sind.

6. METHODISCHES VORGEHEN

Generell lässt sich sagen, dass zu Beginn eines Forschungsprojekts stets die Entwicklung des Forschungsdesigns steht. Prinzipiell gilt, dass das gewählte Design dem zu erforschenden Gegenstand angemessen sein muss. Dabei sind nicht nur die Zielsetzung der Studie und die konkrete Fragestellung zu berücksichtigen, sondern zudem die Auswahl des empirischen Materials, die methodische Herangehensweise, sowie zeitliche bzw. materielle Ressourcen, die für das Forschungsvorhaben zur Verfügung stehen (vgl. Flick, 2012, S. 253).

Im vorliegenden Fall gilt das Erkenntnisinteresse den Capabilities von chronisch psychisch kranken Erwachsenen. Der Argumentation von Nussbaum zufolge ist soziale Gerechtigkeit dann erreicht, wenn Menschen über ein Mindestmass an Verwirklichungschancen verfügen, während es ihrer Freiheit überlassen bleibt, ob sie diese Handlungsspielräume in Tätigkeiten umsetzen oder nicht (vgl. Nussbaum, 2010a, S. 116-117). Um Auskunft über ihre Freiheiten und Möglichkeiten zu erhalten und nicht nur über die von den Einzelnen gewählten Funktionen, ist ein methodischer Zugang nötig, der eine grosse Offenheit gegenüber den subjektiven Relevanzsetzungen besitzt und es erlaubt, die Lebenswelt aus der Sicht der handelnden Personen zu beschreiben, denen unser Interesse gilt (vgl. Flick, Von Kardorff & Steinke, 2012, S. 14; Friebertshäuser & Jakob, 2005, S. 576; Kruse, 2014, S. 41; Leßmann, 2013, S. 47; Malterud, 2001, S. 483). Aus diesem Grund wurde für die vorliegende Studie ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, denn dieses favorisiert „einen sinnverstehenden Zugang zu psychischen, sozialen und kulturellen Wirklichkeiten“ (Mey & Mruck, 2014, S. 10). Es wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, die entlang der Methode der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden.

6.1. Forschungsethik

Bereits am Anfang eines Forschungsvorhabens und weiterhin während des gesamten Forschungsprozesses sind ethische Fragen zu berücksichtigen. Dabei galt es, folgende Themen zu beachten:

- *Prinzip der informierten Einwilligung (informed consent)*: Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden angemessen über den Zweck der Erhebung informiert, damit die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme sichergestellt werden kann.
- *Prinzip der Nicht-Schädigung*: Die Personen, die an der Studie teilnehmen, dürfen weder durch die Art der Datenerhebung, noch durch deren Auswertung Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Personenbezogene Daten dürfen nicht weitergegeben werden. Für die Auswertung und allfällige Veröffentlichungen wurden alle Daten anonymisiert (vgl. Helmchen, 2013, S. 50-52; Hopf, 2012a, S. 590; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013, S. 44-45; Miethe & Gahleitner, 2010, S. 574-577).

Nachdem die Zielgruppe der Studie von psychischen Beeinträchtigungen betroffen ist und folglich zu einer vulnerablen Personengruppe zählt, wurde das Forschungsvorhaben zur Genehmigung an die Ethikkommission des Kantons St. Gallen eingereicht (vgl. SAMW, 2009, S. 14). Diese hat entschieden, dass das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) nicht zur Anwendung kommt, da keine spezifisch gesundheitsbezogenen Personendaten erhoben werden. Das Projekt wurde als fachlich und wissenschaftlich solide aufgestellt und ethisch korrekt beurteilt (siehe Anhang).

6.2. Stichprobenziehung

Unter einem Sample – einer Stichprobe – versteht man zunächst einmal ganz allgemein eine Auswahl aller untersuchten Fälle aus einer Grundgesamtheit. Im Gegensatz zu quantitativen Forschungsanlagen geht es bei der Stichprobenwahl für qualitative Studien nicht um Repräsentativität im statistischen Sinn, d. h. in den untersuchten Fällen müssen nicht „die Eigenschaften der gesamten Population ‚normalverteilt‘ enthalten sein“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 175). Das Interesse der qualitativen Forschung gilt weniger der Frage, wie Probleme statistisch verteilt sind, als vielmehr der Untersuchung lebensweltlicher Zusammenhänge sowie der besseren Kenntnis psychischer und sozialer Wirklichkeit von Menschen. Das methodisch geleitete Sampling orientiert sich demgemäss daran, dass die gewählte Stichprobe die Typik des untersuchten Gegenstands möglichst facettenreich erfasst. Um dies zu erreichen, gilt das Prinzip der Varianzmaximierung für das Ziehen des Samples. Die Wahl der Samplingtechnik ist in jedem Fall abhängig von der Forschungsfrage und dem angestrebten Erkenntniszweck (vgl. Dudley, 2005, S. 271; Merrens, 2012, S. 291).

Immer dann, wenn – wie im vorliegenden Fall – bereits Vorkenntnisse über diejenigen Personen vorhanden sind, die allenfalls zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen können, ist eine deduktive Stichprobenziehung möglich. Das bedeutet, dass die Untersuchungsgruppe nach bestimmten, im Vorhinein definierten Kriterien zusammengestellt wird. Diese Kriterien orientieren sich wohl an statistischen Ausgangswerten, jedoch zielt die Auswahl der Stichprobe nicht auf eine Gruppe mit statistisch ermittelten Ähnlichkeiten. Vielmehr geht es darum, gezielt Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

auszuwählen, die die Grundgesamtheit in ihrer Heterogenität bestmöglich repräsentieren (vgl. Akremi, 2014, S. 274; Hussy et al., 2013, S. 195; Petrucci & Wirtz, 2007b).

Die Grundgesamtheit, die der vorliegenden Forschung zugrunde liegt, ist die Summe aller erwachsenen chronisch psychisch kranken Menschen, die bereits einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik hinter sich haben, aktuell jedoch nicht akut behandlungsbedürftig sind und sich daher nicht in einer psychiatrischen Klinik befinden. Neben dem Alter, das eine möglichst grosse Breite der Erwachsenen vor dem AHV-Alter abdecken sollte, sowie dem Geschlecht bot sich als Auswahlkriterium zudem die Wohnsituation an. Zwei der acht befragten Personen leben in einer sozialpädagogisch betreuten Wohneinrichtung, die übrigen leben selbständig. Zudem sollte mindestens eine Person mit Migrationshintergrund unter den Beteiligten sein. Darauf wurde nicht nur deshalb Wert gelegt, weil 28 % der Schweizer Wohnbevölkerung zu dieser Personengruppe zählen (Bundesamt für Statistik, 2015), sondern auch weil „most available studies show that migrants are more often suffering from mental health problems than the indigenous population“ (Wittig, Lindert, Merbach & Brähler, 2008, S. 29). Zwar liegen gemäss Marschke (2014) bislang noch wenig Forschungsergebnisse dazu vor, ob diese erhöhte Vulnerabilität für gesundheitliche Abweichungen aufgrund migrationsbedingter Faktoren entsteht oder vielmehr mit der sozioökonomischen Situation und dem sozialen Status zu tun hat (vgl. Marschke, 2014, S. 72). Doch ist das Wissen um die Betroffenheit dieser Personengruppe selbst ohne genauere Kenntnisse ätiologischer Kausalitäten Grund genug, deren Sicht auf ihre Lebensbedingungen zu Wort kommen zu lassen.

Als Ausschlusskriterium wurden mangelnde Deutschkenntnisse formuliert, weil im Rahmen eines Interviews sprachliche Kommunikationsmöglichkeiten gegeben sein müssen und das Beiziehen eines Dolmetschers bzw. einer Dolmetscherin aus Ressourcengründen nicht möglich war. Die Forscherin, die selber in einer psychiatrischen Institution tätig ist, hat zudem ausdrücklich davon abgesehen, Personen zu befragen, zu denen sie die in der Vergangenheit bereits beruflich Kontakt hatte. Es sollte vermieden werden, dass die Gesprächspartnerin bzw. der Gesprächspartner implizit mit dem Vorwissen der Interviewerin rechnete. Zudem sollte das Gesprächssetting nicht durch Erwartungen an die soziale Rolle der Interviewerin als professionelle Beratungsperson überlagert werden (vgl. Helfferich, 2011, S. 50; Lamnek, 2010, S. 325). Aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen kann im Rahmen dieser Arbeit eine theoretische Sättigung⁵ als Ziel des methodischen Samplings nicht sichergestellt werden.

⁵ Die „theoretische Sättigung“ einer Stichprobe ist dann erreicht, wenn durch zusätzliche Fälle keine relevanten neuen Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfrage mehr gewonnen werden (vgl. Strübing, 2014, S. 32)

6.3. Feldzugang

Zunächst jedoch stellt sich die Frage nach dem Feldzugang. Wie kann man mit Personen, die zur definierten Grundgesamtheit gehören, in Kontakt treten und sie zur Mitwirkung an der Studie bewegen? Hierfür gibt es unterschiedliche Strategien, wie Interviewpartnerinnen und -partner gewonnen werden können. Definitionsgemäss leiden die Personen der Zielgruppe unter einer psychischen Beeinträchtigung. Damit dieses Kriterium objektivierbar erfüllt ist, bedarf es einer medizinischen Diagnose. Somit handelt es sich bei sämtlichen Personen, die als Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer in Frage kommen, um solche, die in Kontakt mit Organisationen des Gesundheitssystems stehen oder zumindest in der Vergangenheit standen. Es erschien daher naheliegend, eine erste Information über das Forschungsvorhaben über Schlüsselpersonen - sogenannte „Gatekeeper“ bzw. „Türsteher“ – zu verbreiten (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 72-73; Wolff, 2012, S. 342).

Aufgrund der bisherigen persönlichen Praxiserfahrung konnten Leitungspersonen und Sozialarbeitende psychiatrischer Ambulatorien sowie einer betreuten Wohneinrichtung als Schlüsselpersonen gewonnen werden. In den Institutionen wurden zunächst Handzettel aufgelegt mit einem Aufruf, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorgehen erwies sich jedoch als zu hochschwellig, nur eine Person hat sich einzig aufgrund dieser Anzeige gemeldet. Nach einer Vorinformation an die Gatekeeper über die Forschungsfrage und die Auswahlkriterien für potentielle Interviewpersonen wurde diesen die konkrete Auswahl geeigneter Probandinnen und Probanden überlassen. Durch gute Zusammenarbeit war es jedoch weiterhin möglich, auf die Stichprobenwahl Einfluss zu nehmen, indem Fälle angefragt wurden, die im Sinne der Varianzmaximierung besondere Relevanz besaßen. In Frage kommende Forschungsteilnehmende wurden zunächst von den Schlüsselpersonen angefragt und kurz informiert. Sofern die Teilnahmebereitschaft gegeben war, wurden sie sodann von der Autorin telefonisch oder per E-Mail persönlich kontaktiert, um Fragen zur Durchführung des Interviews zu klären, Auskunft zum Datenschutz zu erteilen und konkrete Terminvereinbarungen zu treffen. Hinsichtlich der Information über das Forschungsvorhaben wurde dabei besonders Wert gelegt auf eine allgemeinverständliche Sprache, ohne auf spezifische theoretische Hintergründe und Interessen einzugehen, um die Forschungsergebnisse nicht zu beeinflussen (vgl. Helfferich, 2011, S. 198-199; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 58, 73).

Die folgende Tabelle hält die Zusammensetzung der Befragtengruppe fest. Aus Gründen der Anonymität wird auf konkrete Angaben, die einen Rückschluss auf die Identität zuließen, verzichtet.

Abbildung 2: Zusammensetzung der Befragtengruppe

♂ / ♀	Alter	Zivilstand	Nationalität	in Behandlung seit	Anzahl Klinik-auf-enthalte	Höchste abgeschlossene Ausbildung	Erwerbsarbeit
B1 ♀	56	ledig	Schweiz	3 Jahre	1	Pflichtschule	keine
B2 ♀	21	ledig	Schweiz	7 Jahre	5	Pflichtschule	keine
B3 ♂	21	ledig	Schweiz	5 Jahre	4	in Ausbildung	2. Arbeitsmarkt
B4 ♀	52	verh.	Schweiz	24 Jahre	5	Berufslehre	keine
B5 ♀	31	ledig	Schweiz	15 Jahre	3	Berufslehre	2. Arbeitsmarkt
B6 ♂	31	ledig	Kosovo	7 Jahre	2	Berufslehre	keine
B7 ♀	59	geschieden	Schweiz	10 Jahre	1	Berufslehre	keine
B8 ♂	49	verheiratet	Schweiz/Iran	20 Jahre	5	keine	keine

Quelle: Eigene Darstellung

6.4. Datenerhebung

Als Datenerhebungsinstrument diente eine Befragung. Dazu wurden acht leitfadengestützte Interviews mit einzelnen Personen durchgeführt.

6.4.1. Das leitfadengestützte Interview

Jede qualitative Interviewforschung zielt „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel, 2000, S. 1). In der vorliegenden Studie erschien die Strukturierung der Interviews anhand eines Leitfadens methodisch sinnvoll.

Unter einem leitfadengestützten Interview versteht man eine halbstrukturierte Befragung, die entlang eines im Vorhinein formulierten Fragekatalogs durchgeführt wird. Der Leitfaden soll systematisch aufgebaut sein, damit nach einem Eingangsstimulus, der die Erzählung des Gegenübers anregen soll, die inhaltlichen Themenbereiche in einer sinnvollen Reihung abgehandelt werden können. Jedoch kann die Reihenfolge der Fragen während des Interviews geändert werden, um sich an den Gesprächsverlauf anzupassen. Ebenso ist es nicht notwendig, sich exakt an den Wortlaut der Fragen zu halten. Eine allzu rigide Handhabung des Leitfadens würde im Gegenteil der Offenheit qualitativer Interviews widersprechen und zu einer unangemessenen Restriktivität führen, die sich als „Leitfadenbürokratie“ bezeichnen lässt (vgl. Hopf, 2012b, S. 351-352; Leonard, 2003, S. 167-168; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 142-143).

Leitfadengestützte Interviews sind narrativ fundiert, das bedeutet, sie „zielen auf die Artikulation von *Erfahrungen* und *Orientierungen* durch den/die Interviewten“ (Nohl, 2012, S. 1). Damit dies gelingt,

müssen die Fragen offen formuliert werden und zur Erzählung anregen. Die flexible Nutzung des Leitfadens ermöglicht es, erwarteten Themendimensionierungen Raum zu geben. Zugleich bleibt die Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet, solange alle befragten Personen sich zu denselben Themen äussern mussten (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 131, 142; Kruse, 2014, S. 213-214; Mayring, 2002, S. 67; Nohl, 2012, S. 14-17; Partington, 2001, S. 33; Witzel, 2000, S. 3).

Im Hinblick auf die theoretischen Vorüberlegungen und das Erkenntnisinteresse der Studie haben sich die Fragen des Leitfadens an den Central Human Capabilities, also den Grundfähigkeiten von Nussbaum (2010a) orientiert, um Auskunft über die Verwirklichungschancen der Befragten zu erhalten.

6.4.2. Interviewleitfaden

Beim Erstellen des Leitfadens für das qualitative Interview wurde dem Vorgehen gefolgt, das Helfferich (2011) empfiehlt. In einem ersten Schritt wurden so viele Fragen wie möglich gesammelt, die für die Beantwortung der Forschungsfrage von Interesse sein könnten. Danach wurden die Fragen reduziert. Faktenfragen wurden wenn möglich eliminiert, desgleichen Frageformulierungen, die implizite Vorannahmen enthalten, sowie solche, die nach abstrakten Zusammenhängen fragen oder direkt auf die Beantwortung des übergeordneten Forschungsinteresses zielen. Im nächsten Durchgang wurden die übrig gebliebenen Fragen und Stichworte sortiert. Dabei kann man sie entweder nach einer zeitlichen Dimension oder aber nach inhaltlichen Aspekten zusammenstellen. Gesamthaft sollten nicht mehr als drei bis vier Fragebündel übrig bleiben. Zuletzt wurden die Fragebündel unter einleitende Erzählaufforderungen subsumiert, die auf Zeitpunkte vor dem Beginn der Erkrankung, auf die akute Krankheitsphase sowie die Gegenwart fokussierten. Damit wurde die Absicht verfolgt, Erkenntnisse über gerechtigkeitsrelevante Veränderungen der Lebenssituation zu ermöglichen. Einzelne Fragen, die sich nicht unter diese Fragebündel unterordnen liessen, wurden am Ende des Leitfadens platziert (vgl. Helfferich, 2011, S. 182-187).

6.4.3. Pretest

Um den Leitfaden zu optimieren, wurde er einem Pretest unterzogen. Dieser dient dazu, über Folgendes Aufschluss zu geben:

- Sind die Frageformulierungen für das Gegenüber verständlich?
- Erhalte ich damit Auskünfte, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienen?
- Sind die Formulierungen der Erzählstimuli passend?
- Wie lässt sich der Leitfaden für die Interviewerin handhaben?

Ausserdem lohnt es sich, im Anschluss die Gesprächssituation während des Pretests insgesamt zu reflektieren, sowohl hinsichtlich der verbalen und nonverbalen Reaktionen der interviewten Person, als

auch in Bezug auf das eigene Verhalten als Befragende (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 34; Brosius, Haas & Koschel, 2012, S. 125; Weichbold, 2014, S. 302).

Zu diesem Zweck wurde ein erstes Interview mit einer Probandin geführt, vollständig transkribiert und hinsichtlich der oben genannten Fragestellungen analysiert. Nachdem sich im Pretest gezeigt hatte, dass manche der Grundfähigkeiten nicht zur Sprache kamen, wurden ergänzende Fragen zum Interview-Leitfaden hinzugefügt⁶ (siehe Anhang).

6.4.4. Durchführung der Interviews

Die Teilnahmebereitschaft der Probandinnen und Probanden war sehr gross. Sämtliche Personen, die von den Schlüsselpersonen angefragt wurden, stimmten zu, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen. Auch im Rahmen der persönlichen Begegnungen wurde die hohe Motivation der Beteiligten immer wieder sichtbar. So äusserten einige nach dem Interview die Hoffnung, zum Erfolg des Studienvorhabens hilfreich beigetragen zu haben. Ebenfalls im Nachgang zum Interview spricht ein Gesprächspartner an, er sei froh, endlich seine eigene Sicht der Dinge schildern zu können (siehe z.B. unveröffentl. Postskript B5, B6).

Die Wahl des Intervieworts wurde den befragten Personen überlassen. Dies erleichterte die Herstellung einer offenen und entspannten Interviewsituation, sodass die Probandinnen und Probanden sich auf das Erzählen ihrer Lebenssituation einlassen konnten (vgl. Hermanns, 2012, S. 363). Mehr als die Hälfte der Personen entschied sich für die eigene Wohnung als Treffpunkt, die übrigen zogen es vor, sich in Besprechungsräumen derjenigen Institutionen zu verabreden, über deren Schlüsselpersonen die Erstinformation erfolgt war. Zu Beginn des Gesprächs wurde von der Interviewerin nochmals auf die Rahmenbedingungen hingewiesen, ein Informationsblatt abgegeben und von den Gesprächspartnern eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnet, auf der auch die Interviewerin die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien bestätigt (siehe Anhang). Die Interviews dauerten zwischen 45 und 90 Minuten. Im Anschluss an die Gespräche wurde jeweils ein Postskript verfasst, um die Besonderheiten des Interviews und Eindrücke zum Setting festzuhalten.

Die Bereitschaft der Befragten, ihre Lebenssituation zu thematisieren, war in sämtlichen Gesprächen spürbar. Nachdem es sich bei chronisch psychisch Kranken um eine vulnerable Personengruppe handelt, hat die Autorin bewusst darauf verzichtet, die eigentliche Krankheitssymptomatik oder die psychiatrische Diagnose gezielt zum Thema zu machen. Dies insbesondere auch im Hinblick darauf, dass zu den

⁶ Einige der ergänzenden Fragen wurden in Anlehnung an Leßmann (2013) formuliert, die im Auftrag der Weltbank eine Studie mittels Fragebogen zur Erfassung von Verwirklichungschancen in Gambia durchgeführt hat (vgl. Leßmann, 2013, S. 51 - 53).

Auslösern psychischer Beeinträchtigungen auch traumatische Erlebnisse gehören können, deren Erzählen nicht nur eine hohe emotionale Belastung darstellt, sondern sogar zu Retraumatisierungen führen kann⁷ (vgl. Huber, 2003, S. 49; Maercker, 2013, S. 15). Nachdem Gesprächssituationen jedoch nicht vollständig kontrollierbar sind und sich auch nicht mit Gewissheit absehen lässt, welche schwierigen Erinnerungen dennoch durch das Interview evoziert wurden, wurde eine Liste mit lokalen Adressen vorbereitet, die in psychischen Krisensituationen kontaktiert werden können. Alle Untersuchungspersonen wurden am Ende des Gesprächs auf dieses Angebot aufmerksam gemacht.

Als schwieriges Gespräch hinsichtlich dieser Problematik erwies sich einzig dasjenige mit dem letzten Probanden. Er zeigte einen grossen Erzähltrieb hinsichtlich seiner wahrscheinlich als traumatisch erlebten Migrationsgeschichte. Die Interviewerin musste deutlich von der Struktur des Leitfadens abweichen und wechselte bewusst mehrfach das Thema, um zu konkreten, gegenwartsbezogenen Inhalten zurückzukehren. Im Gesprächsverlauf wurde der Interviewte zudem an die Möglichkeit erinnert, Belastendes unerwähnt zu lassen oder das Gespräch jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden. Dies lehnte der Befragte jedes Mal ab, weil er seine Geschichte unbedingt erzählen wollte. Gegen Ende des Interviews macht er eine Aussage, die eventuell seine Motivation zu beleuchten vermag: *„Vielleicht müsste die Regierung von der Schweiz etwas wissen von diesen Schwierigkeiten von Asylanten“* (B8, Z. 341).

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Studienteilnehmenden mithilfe eines digitalen Aufnahmeegeräts aufgenommen und im Anschluss daran transkribiert, damit die Daten in Textform vorliegen und einer Auswertung zugeführt werden können. Die Verschriftlichung erfolgte mithilfe der Software F4⁸ entlang vorgängig definierter Transkriptionsregeln (siehe Anhang).

6.5. Datenauswertung

Die Wahl der Datenauswertungsmethode steht im engen Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse dieser Forschungsarbeit. Im vorliegenden Fall zielt die Fragestellung aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive auf die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume der interviewten Personen. Wie

⁷ Die Literatur zu Forschungsethik verweist explizit darauf, dass hinsichtlich des ethischen Prinzips der Nichtschädigung auch Verletzungsrisiken im Forschungsprozess bedacht werden müssen, wozu Retraumatisierungen durch biographisches Erzählen gehören können. Der Schutz der Forschungsteilnehmenden ist in jedem Fall höher zu gewichten als das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse (vgl. Gahleitner & Miethe, 2012, S. 62; Miethe & Gahleitner, 2010, S. 576; von Unger & Narimani, 2012, S. 17).

⁸ Die Software F4 ist ein spezifisches Audiotranskriptionsprogramm (siehe <https://www.audiotranskription.de>)

Gläser und Laudel (2010) bemerken, „eignet sich [die Inhaltsanalyse] hervorragend, wenn aus Texten Beschreibungen sozialer Sachverhalte entnommen werden sollen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 47).

Aus diesem Grund erfolgte die Auswertung der erstellten Transkripte anhand der Methodik der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010b). Die Hauptkategorien wurden durch eine Operationalisierung der zehn Central Basic Capabilities von Nussbaum (2010a) vorgängig entwickelt. Ergänzend dazu fand eine induktive Kategorienentwicklung gemäss der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse statt. Es handelt sich folglich um eine Mischform, die als deduktiv-induktive Kategorienbildung bezeichnet werden kann (vgl. Diaz-Bone & Weischer, 2015, S. 192; Kuckartz, 2014, S. 69; Mayring, 2000, S. 3; Mayring & Gahleitner, 2010, S. 298).

6.5.1. Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010b) ist ein Auswertungsverfahren für Material, das aus jedweder Form von Kommunikation bestehen kann. Dabei gelten folgende Grundprinzipien:

- Inhaltsanalyse will Kommunikation analysieren. Diese muss protokolliert vorliegen, um der Auswertung zugänglich zu sein, sodass also der Gegenstand der Inhaltsanalyse fixierte Kommunikation darstellt.
- Die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich dabei an psychologischen und linguistischen Prinzipien des alltäglichen Textverstehens und Textverarbeitens. Es geht also bei der Analyse nicht nur um manifeste Inhalte, sondern es können auch latente Sinngehalte und subjektive Bedeutungen einer Kommunikation erfasst werden.
- Die Inhaltsanalyse stellt ein systematisches Datenauswertungsverfahren dar, was sich daran zeigt, dass die Textanalyse regelgeleitet und methodisch kontrolliert vonstatten geht. Das Vorgehen ist damit stark intersubjektiv überprüfbar.
- Die Systematik lässt sich auch an der Theoriegeleitetheit der Inhaltsanalyse erkennen. Dies bedeutet, dass das Material entlang einer theoretischen Fragestellung interpretiert wird.
- Zentrales Merkmal des inhaltsanalytischen Verfahrens ist seine Kategorienorientierung. Bei Kategorien handelt es sich um Analyseeinheiten, die aussagekräftige Kurzformeln relevanter Auswertungsaspekte darstellen (vgl. Mayring, 2010a, S. 603; 2010b, S. 12-13; Mayring & Brunner, 2013, S. 325; Mayring & Fenzl, 2014, S. 543; Mayring & Gahleitner, 2010, S. 295).

Charakteristisch für den Ablauf der inhaltlich-strukturierenden Variante der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, „am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben – beispielsweise im Hinblick darauf, was zu bestimmten Themen im Rahmen einer Interviewstudie ausgesagt wird“ (Schreier, 2014, S. 5). Dieses Vorgehen eignet sich auch für die Anwendung schon im Vorhinein festgelegter, deduktiv gewon-

nerer Kategorien. Diese theoretisch begründeten Auswertungsaspekte können ans Material herange-tragen und methodisch abgesichert zu Textstellen zugeordnet werden (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 197; Mayring, 2010b, S. 66, 98).

Im Zentrum des inhaltsanalytischen Arbeitens steht ein von Mayring (2010b) entwickeltes Ablaufmodell. Dem Modell, das der inhaltlich-strukturierenden Variante der Inhaltsanalyse zugrunde liegt, wurde im vorliegenden Forschungsprojekt gefolgt (vgl. Mayring, 2010b, S. 52, 59, 93).

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Zu Beginn wird definiert, welches Material der Analyse zugrunde liegt. Als minimalsten Textbestandteil, der ausgewertet werden darf (*Kodiereinheit*), wurde ein Satz festgelegt. Die *Kontexteinheit* stellt die grösste Materialeinheit dar, die für eine einzelne Kodierung herangezogen werden darf. Hierfür wurde definiert, dass es sich um eine zusammenhängende Aussage einer Person zu einem bestimmten Thema handeln soll. Als *Auswertungseinheit* gelten die einzelnen Interview-Transkripte. Zudem wurde festgehalten, dass Mehrfachkodierungen möglich sein sollen.

2. Schritt: Festlegung der Strukturierungsdimensionen

Die übergeordneten Strukturierungsdimensionen leiten sich aus der Fragestellung ab. Für das hier be-schriebene Forschungsvorhaben wurden entlang der von Nussbaum (2010a) beschriebenen gerechtig-keitsrelevanten Grundfähigkeiten Hauptkategorien definiert.

3. und 4. Schritt: Zusammenstellung des Kategoriensystems / Formulierungen von Definitionen

Im nachfolgenden Kapitel wird beschrieben, wie die Central Human Capabilities theoriegeleitet opera-tionalisiert wurden, um in einer weiteren Phase daraus einen Kodierleitfaden zu entwickeln.

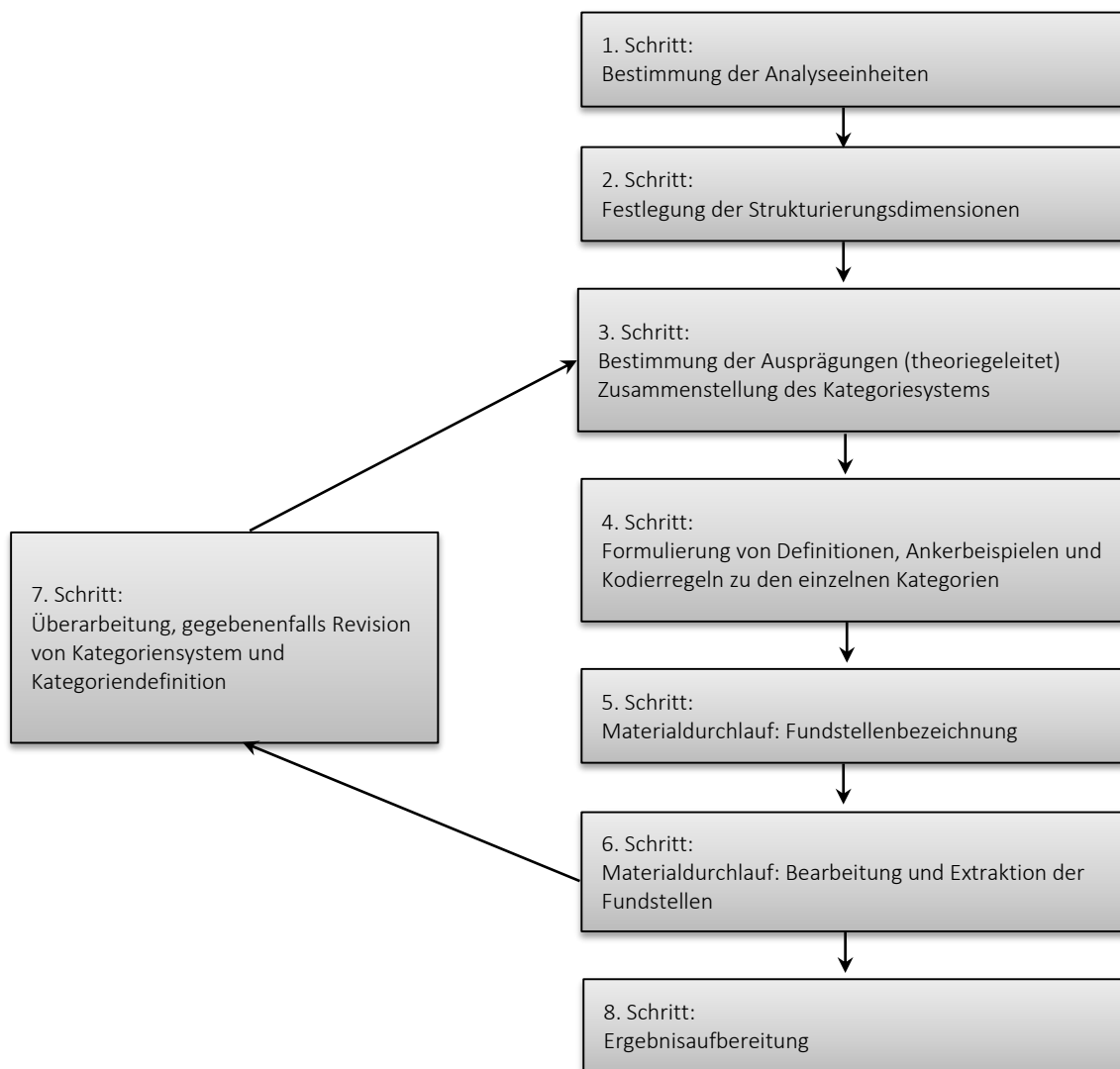
Die weiteren Schritte des inhaltsanalytischen Ablaufmodells werden im Auswertungsprozess beschrie-ben.

6.5.2. Kodierleitfaden

Wenngleich innerhalb der Forschungscommunity nach wie vor darüber diskutiert wird, inwiefern sich der Capability Approach überhaupt operationalisieren lässt, existieren in der sozialwissenschaftlichen Forschung inzwischen eine Vielzahl empirischer Studien auf seiner Grundlage. Eine grosse Zahl davon bezieht sich jedoch nicht explizit auf Nussbaums Liste von zentralen menschlichen Fähigkeiten, und die Mehrheit der Forschungen bedient sich eines quantitativen Zugangs (vgl. Leßmann, 2013, S. 25). Die Maxime der Theoriegeleitetheit bei der deduktiven Kategorienentwicklung brachte folglich die Schwierigkeit mit sich, dass die Literaturrecherche nur wenige Orientierungspunkte hierfür lieferte, wie sich

Nussbaums Central Human Capabilities in Kategorien beschreiben bzw. definieren lassen. Drei unterschiedliche Literaturquellen dienten letztlich als erste Grundlage der eigenen Operationalisierung, deren Angaben in einem synoptischen Vergleich gegenüber gestellt wurden (siehe Anhang).

Abbildung 3: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse



Quelle: Mayring (2010b, S. 93)

Die erste Quelle, die herangezogen wurde, stammt von einer deutschen Jugendhilfeforschung. Das deutsche Bundesmodellprogramm zur wirkungsorientierten Jugendhilfe hat im Zuge der Evaluation von Wirkungen der Hilfe zur Erziehung Nussbaums Liste der grundlegenden menschlichen Fähigkeiten für die Jugendhilfeforschung adaptiert. Dazu wurden ihre ersten drei Dimensionen – „Leben“, „Körperliche Gesundheit“ und „Körperliche Integrität“ – anders als bei Nussbaum vorgesehen konzeptioniert. Der

Lebensbereich Wohnen wurde von der Gesundheitskategorie entkoppelt und stattdessen mit der Fähigkeit „Leben“ verknüpft mit dem Argument, dass die Voraussetzung dafür, nicht vorzeitig zu sterben, eine gute Gesundheit sei und dies inhaltlich daher in dieser Kategorie mitgedacht werden könne. Die Kategorie „Andere Spezies“ wurde gänzlich weggelassen. Zur Operationalisierung der Dimensionen wurde auf Indikatoren der teilnehmenden Modellstandorte zurückgegriffen, die den einzelnen Central Human Capabilities von Nussbaum zugeordnet wurden (vgl. Albus et al., 2010, S. 106-107).

In einer Machbarkeitsstudie für die deutsche Armuts- und Reichtumsmessung wurde der Capability Approach nach Amartya Sen operationalisiert. Die darin verwendeten Indikatoren wurden sinngemäss den jeweiligen Fähigkeiten von Nussbaums Liste zugeordnet (vgl. Arndt et al., 2006, S. XVII - XXVIII). Zudem wurde auf eine Aufstellung von Leßmann (2012) zurückgegriffen, in der diese den einzelnen Central Human Capabilities illustrierende Beispiele aus Sens Werken zuweist (vgl. Leßmann, 2012, S. 5).

Auffallend ist, dass alle Autorinnen und Autoren die erste der von Nussbaum benannten zentralen Fähigkeiten – also die Fähigkeit *Leben* – unberücksichtigt lassen. Sens Beispiele, die dieser Fähigkeit zugeordnet werden, geben einzig die Explikation wieder, die auch Nussbaum zur Beschreibung dieser zentralen Fähigkeit verwendet.

Ausgehend von diesem synoptischen Vergleich bereits vorhandener Operationalisierungen sowie unter weiterem Bezug von Literatur wurde anschliessend ein detaillierter Kodierleitfaden (siehe Anhang) entwickelt, der für jede einzelne Kategorie eine Definition enthält sowie Kodierregeln, um diese voneinander trennscharf abzugrenzen (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 548).

6.5.3. Auswertungsprozess

Die Datenauswertung wurde computergestützt mithilfe der Software MAXQDA⁹ durchgeführt.

Entsprechend dem 5. und 6. Schritt des strukturierenden inhaltsanalytischen Vorgehens wurden die Kategorien in einem ersten Materialdurchgang erprobt. Dabei zeigte sich sehr deutlich, dass die Nussbaum'schen Grundfähigkeiten inhaltliche Überschneidungen aufweisen, was bewusste Entscheidungen der Abgrenzung für den Analysevorgang notwendig machte¹⁰, woraufhin zusätzliche Kodierregeln formuliert wurden. Der Kodierleitfaden wurde sodann mit Zitaten, die als Ankerbeispiele dienen, erweitert (vgl. Mayring, 2010b, S. 92-94).

⁹ MAXQDA ist eine spezielle Software für qualitative Datenanalyse (siehe <http://www.maxqda.de/>).

¹⁰ Nussbaum (2010a) beschreibt beispielsweise in ihrer 4. Central Capability „Sinne, Vorstellungskraft und Denken“, dass dazu die Fähigkeit gehört, „die Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu schluss-

In einem zweiten Schritt wurden Subkategorien induktiv aus dem Textmaterial erarbeitet. Dazu wurden die grundlegenden Techniken Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung zur Anwendung gebracht. Die Kategorien wurden sodann aus dem Sinngehalt der Textstellen abgeleitet. Konkret wurden die inhaltstragenden und für die Fragestellung relevanten Stellen des Transkripts der Interviews paraphrasiert und in einem zweiten Schritt auf das angestrebte Abstraktionsniveau generalisiert. Alle bedeutungsgleichen Paraphrasen wurden gestrichen (erste Reduktion), wohingegen bedeutungsähnliche Textstellen zu einzelnen Aussagen gebündelt wurden (zweite Reduktion). Innerhalb der konkreten Arbeit mit der MAXDA-Software bedeutete dies, dass Paraphrasierungen den Status von Subkategorien erhielten, die jeweils sortiert, systematisiert und zusammengefasst werden konnten. Während des gesamten Analyseprozesses wurden die Kategorien mehrfach an den Ursprungsdaten des Transkripts rücküberprüft, was der iterativen Überarbeitung derselben dient (vgl. Kuckartz, 2014, S. 69; Mayring, 2010b, S. 69, 83).

6.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

Jede seriöse Forschung sollte anhand von Gütekriterien auf ihre Qualität hin überprüfbar sein. Jedoch existiert innerhalb der qualitativen Sozialforschung kein einheitlicher und für alle Forschungsmethoden akzeptierter Kriteriensatz (vgl. Flick, 2014, S. 411; Meyer & Meier zu Verl, 2014, S. 248).

Philipp Mayring hat nicht nur übergreifende Kriterien postuliert, die bei jeglicher qualitativer Forschungsmethode Anwendung finden können, sondern zudem für die qualitative Inhaltsanalyse spezifische Gütekriterien definiert (vgl. Mayring, 2002, S. 144-148; 2010b, S. 118-122). Die vorliegende Arbeit orientierte sich entsprechend an folgenden Grundsätzen:

- *Nähe zum Gegenstand*: Die Gegenstandsangemessenheit der Forschung soll damit erreicht werden, dass diese direkt an der Alltagswelt der Untersuchungspersonen ansetzt. Die Befragten wurden in ihrem natürlichen Lebensfeld aufgesucht, ihnen wurden die Absichten der Forschung in adäquater Weise offen gelegt (vgl. Mayring, 2002, S. 146).
- *Interne Validität*: Unter interner Validität versteht man die interne Studiengüte, deren Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit. Kuckartz (2014) listet eine Reihe wesentlicher Beurteilungsaspekte auf, anhand derer sich die interne Studiengüte bemessen lässt. Dazu zählen etwa die

folgen“ (Nussbaum, 2010a, S. 112). Wiewohl psychisch kranke Menschen gesundheitlich bedingte Einschränkungen im kognitiven Bereich haben können, wurde deshalb entschieden, dies nicht unter der Grundfähigkeit „Gesundheit“ zu kategorisieren. Ein ähnliches Abgrenzungsproblem gab es zwischen der Central Capability „Gefühle“, die auch die Bindungsfähigkeit zu Menschen umfasst, und der Grundfähigkeit „Soziale Zugehörigkeit“. Anhand einer Kodierregel wurde diese Abgrenzung genauer definiert.

Art der Datenerhebung, ob Transkriptionsregeln benutzt und eingehalten wurden oder ob die gewählte inhaltsanalytische Methode der Fragestellung angemessen ist und das Verfahren richtig angewendet wird (vgl. Kuckartz, 2014, S. 167). Mayring und Brunner (2013) führen dazu aus, dass für die Inhaltsanalyse diesbezüglich „die theoriegeleitete Entwicklung der Kategoriensysteme und Kodierleitfäden (bei Strukturierungen) bzw. die theoriegeleitete Bestimmung von inhaltsanalytischen Regeln ausschlaggebend“ seien (Mayring & Brunner, 2013, S. 678).

- *Reliabilität*: Unter Reliabilität versteht man die Zuverlässigkeit bzw. formale Genauigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung. Um diese zu gewährleisten, wurden nach Beendigung der Datenauswertung Passagen des Materials erneut ausgewertet und die Kodierungen mit den ursprünglichen verglichen, um die Intrakoder-Reliabilität zu überprüfen (vgl. Mayring & Fenzl, 2014, S. 546; Petrucci & Wirtz, 2007a, S. 1).
- *Argumentative Interpretationsabsicherung*: Ergebnisinterpretationen werden argumentativ begründet und erfolgen stets theoriegeleitet. Zur Argumentationsabsicherung werden Alternativdeutungen überprüft (vgl. Mayring, 2002, S. 145)

7. ERGEBNISSE

Das folgende Kapitel umfasst die empirischen Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Studie. Diese dienen der Beantwortung der dieser Masterthesis zugrundeliegenden Hauptfragestellung:

Welches sind die Verwirklichungschancen erwachsener chronisch psychisch Kranker vor dem AHV-Alter in der Schweiz, die bereits mindestens einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erlebt haben, sich zum Zeitpunkt der Erhebung jedoch nicht in einer akuten Krankheitsphase befinden, die einer stationären Behandlung bedarf?

Die Befunde werden anhand der einzelnen Central Human Capabilities von Martha Nussbaum gegliedert.

7.1. N1: Leben

Die Fähigkeit, ein menschliches Leben normaler Dauer bis zum Ende zu leben; nicht frühzeitig zu sterben und nicht zu sterben, bevor dieses Leben so eingeschränkt ist, dass es nicht mehr lebenswert ist. (Nussbaum, 2010a, S. 112)

*„Hoffnung habe ich für die Kinder. Nicht mehr für mich.
Ich bin 50 Jahre und das ist, ja. Es ist vorbei, mit dieser Krankheit.
Ich habe gesagt, 60 ist mir genug, und ich bin nicht mehr hier.“
(B8, Z. 327-331)*

Vor der Erkrankung berichten die Interviewten über eine hohe Lebenszufriedenheit. Es sei ihnen insgesamt gut gegangen und sie hätten ein schönes Leben geführt.

Die Erkrankung ändert die Situation bei allen Gesprächspartnerinnen und -partnern deutlich. Ein Interviewpartner drückt dies mit den Worten aus: *„Es ist wie ein Schlag ins Gesicht gewesen für mich, wo ich erkrankt bin“*¹¹ (B6, Z. 80). Die Symptome der Erkrankung verändern nicht nur die interne Fähigkeit der betroffenen Personen, Glück und Wohlbefinden zu empfinden (siehe dazu auch N5: Gefühle), sondern viele von ihnen leiden auch unter wiederholten Phasen von Suizidalität, d.h. sie haben Suizidgedanken und empfinden ihr Leben insgesamt nicht mehr als lebenswert. Dabei zeigt sich, dass kritische Lebensereignisse, die zu Einschränkungen in anderen Central Capabilities führen, wie beispielsweise der

¹¹ Es wurde beim Zitieren von Aussagen der Befragten darauf verzichtet, Füllwörter (z.B. „ähm“, „ah“), paraverbale Äusserungen (z.B. Seufzen, Lachen) und Sprechpausen darzustellen. Diese finden in den Transkripten jedoch Berücksichtigung.

Verlust einer Arbeitsstelle infolge der psychischen Erkrankung (siehe N10-B), Auslöser für suizidale Krisen sein können. Als wertvollen Schutzfaktor, dass Suizidphantasien nicht in eine suizidale Handlung münden, benennen die Betroffenen die Unterstützung durch mitmenschliche Nähe (vgl. dazu N7-A). Aber auch die aktive Verantwortungsübernahme durch Professionelle, die eine Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik anordnen, wird von einer Gesprächspartnerin retrospektiv als hilfreiche Schutzmassnahme bewertet: *„Es ist glaub einfach richtig gewesen, weil ich, ja, früher oder später wäre ich nicht mehr da gewesen“* (B5, Z. 50).

Zum Zeitpunkt des Interviews, nach einer langjährigen Auseinandersetzung mit ihrer psychischen Beeinträchtigung und therapeutischer Erfahrung zwischen drei und 24 Jahren, nehmen fast alle Gesprächspartnerinnen und -partner ihr Leben wieder als lebenswerter wahr. Dies scheint jedoch abhängig davon zu sein, wie sehr die akuten Krankheitssymptome nach wie vor die subjektiv empfundene Lebensqualität beeinflussen, denn derjenige Befragte, dessen Erkrankung sich auch in der Gegenwart immer wieder manifestiert, äussert Gefühle der Hoffnungslosigkeit und er erwartet, nur noch wenige Jahre zu leben, weil ihm die Kraft für noch mehr Lebensjahre fehle (vgl. B8, Z. 327-331).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass psychisch kranke Menschen nicht nur in ihrem persönlichen Erleben Einbussen an Lebensqualität feststellen, sondern es zumindest phasenweise sogar als nicht mehr lebenswert wahrnehmen. Suizidalität als Symptom psychischer Erkrankung birgt zudem das Risiko, frühzeitig zu sterben, was als deutliche Einschränkung dieser Central Capability gewertet werden kann.

7.2. N2: Körperliche Gesundheit

Die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, eine angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehören. (Nussbaum, 2010a, S. 112)

*„Mir ist es nach und nach einfach, psychisch, ist es immer schlechter gegangen.
Die Krankheit hat mich immer mehr in den Griff bekommen.“*
(B2, Z. 56)

Nachdem es sich bei der Zielgruppe der Befragten um chronisch psychisch kranke Menschen handelt, haben sämtliche Interviewten mit Einschränkungen ihrer körperlichen Gesundheit zu kämpfen. Daraus lässt sich jedoch nicht a priori der Rückschluss ziehen, dass alle von ihnen gerechtigkeitsrelevant in der Zentralen Fähigkeit aus Nussbaums Liste eingeschränkt sind, die denselben Namen trägt. Aus gerechtigkeits-theoretischer Sicht sind nicht nur die objektivierbaren medizinischen Daten einzelner Individuen von Belang. Diese Betrachtung würde allein schon dem von der WHO etablierten Verständnis von Gesundheit widersprechen, wonach diese nicht nur aus der blossen Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen resultiert, sondern vielmehr als ein Zustand von „complete physical, mental and social well-

being“ definiert wird (World Health Organization, 2006, S. 1). Das sozialpolitische Konzept der Gesundheitsförderung, das dieses umfassende Wohlergehen im Blick hat, zielt auf die Verwirklichungschance der Individuen, bei guter Gesundheit zu sein, wie Nussbaum dies versteht. Um zu einer Einschätzung zu gelangen, ob chronisch psychisch Kranke hinsichtlich dieser zentralen menschlichen Fähigkeit tatsächlich eingeschränkt sind, gilt es, sowohl deren Gesundheitszustand, als auch den (gleichberechtigten) Zugang zu medizinischer Versorgung sowie ihre Wohnsituation zu betrachten. An dieser Stelle sei jedoch zugleich darauf hingewiesen, dass Krankheit in unserer Gesellschaft die Möglichkeiten von Individuen reduzieren, bestimmte Lebensvorstellungen zu verfolgen und somit deren Chancengleichheit beeinträchtigen (vgl. Biller-Andorno, 2014, S. 163). Die Krankheitssymptomatik kann sich folglich bezüglich anderer Central Capabilities als gerechtigkeitsrelevant erweisen (vgl. N4, N5, N7, N10-B).

7.2.1. Wohnen

Auffallend ist, dass die Befragten ihre Wohnsituation während der akuten Krankheitsphase vielfach als schwierig beschreiben; zum einen, weil sie nicht selbstbestimmt gewählt werden konnte (z.B. zugewiesenes Asylheim bei B8, zu den Eltern zurückkehren müssen bei B2, B3 und B5), zum anderen aber auch, weil die eigenen krankheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsbewältigung dazu führen, dass der eigene Wohnraum als Ort der Überforderung und nicht mehr wohnlich erlebt wird. Nach dem Bewältigen der akuten Krankheitsphase stellt sich die Frage nach einer Wohnsituation manchmal in neuer Form und bedarf einer Veränderung. In der Regel sind die Betroffenen im Anschluss an einen stationären Klinikaufenthalt mit dieser Umbruchsituation konfrontiert. Einige Befragte waren angewiesen auf soziale Unterstützung, sei es durch die Familie oder durch institutionelle Angebote wie eine Betreute Wohnform, was auf die Verknüpfung mit der Capability der Sozialen Zugehörigkeit (vgl. N7-A) verweist. Dieses Angewiesensein dauert vielfach über längere Zeit an, wie die Aussage dieses Interviewpartners belegt: *„Bin bis jetzt noch nie ausgezogen. [...] Weil ich seit 10 Jahren erkrankt bin jetzt. [...] Und durch die Erkrankung selber bin ich daheim geblieben. Sonst wäre ich auch schon längstens ausgezogen“* (B6, Z. 70-72). In der gegenwärtigen Situation äussert die Mehrheit der Interviewten grosse Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation, unabhängig von der Art ihrer Wohnform, ob selbständig lebend oder in einer Betreuten Wohngemeinschaft.

Das bedeutet, dass die Angemessenheit der Wohnform aus Sicht der Befragten vor allem während der akuten Krankheitsphase eingeschränkt sein kann. Soziale Unterstützung kann dieser Einschränkung entgegenwirken.

7.2.2. Gesundheitszustand und Alltagsbewältigung

Das Auftreten der psychischen Erkrankung geht bei den Befragten mit Gefühlen der Angst und depressiven Verstimmtheiten einher, sie nehmen ihr Denken und Wahrnehmen verändert wahr, haben Schlafstörungen und einige berichten von grosser Müdigkeit (vgl. auch N5 Gefühle). Die Erkrankung zeitigt

Auswirkungen in der Alltagsbewältigung, denn das Durchhaltevermögen in Verrichtungen des Haushalts oder im Beruf erleben Betroffene als deutlich eingeschränkt: *„Ich habe nicht viel machen können auf einmal. Ich habe vielleicht eine Stunde, zwei, Sachen gemacht. Und dann habe ich stoppen müssen“* (B1, Z. 4). Hinzu kommen bei einigen Befragten noch Belastungen durch körperliche Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Fibromyalgie, Epilepsie, Allergien oder Rückenbeschwerden. Kritische Lebensereignisse und soziale Belastungen wirken sich im Wahrnehmen der Betroffenen als krankheitsverstärkend aus. Nach der Entlastung von Alltagsaufgaben innerhalb einer stationären Behandlung erleben die Interviewten die poststationäre Phase als grosse Herausforderung, ihren Alltag wieder selbständig zu meistern: *„Man muss sich wieder ganz daran gewöhnen, wie es draussen, sage ich mal, läuft“* (B3, Z. 3).

Institutionelle Anbindung, vermittelt durch zuständige Personen des Helfernetzes im Rahmen der Klinik-Austrittsplanung, wird als hilfreiche Unterstützung erlebt, um zu einem geregelten Tages- bzw. Wochenrhythmus sowie einer möglichst autonomen Lebensführung zurück zu finden: *„Durch das habe ich wenigstens an diesen zwei Tagen eine Tagesstruktur, und ich habe wieder Leute, wo mir helfen, ich habe den Kontakt weiterhin. Weil also, wenn ich das nicht hätte, habe ich das Gefühl, ich hätte nochmals müssen zurück kommen stationär“* (B7, Z. 6). Hier zeigt sich die Vernetzung mit dem Angebot der Sozialen Arbeit als wesentlich (vgl. N7-A: Soziale Zugehörigkeit), um Menschen die Chance zu vermitteln, ihre Handlungsspielräume wieder zu erweitern.

Es ist jedoch nicht nur die soziale Unterstützung durch Professionelle von Belang, sondern mindestens ebenso relevant sind Kontakte zu Freunden oder der Familie. So berichtet etwa eine Befragte: *„Dass ich am Abend viel zu meinem Vater kann zum Beispiel, oder mit Kollegen fort, oder irgendwas machen halt, damit ich nicht allein bin. Das hat mir sehr geholfen, ja.“* (B5, Z. 8). Als einschränkender Faktor muss gesehen werden, dass einige Befragte von einer familiären Häufung der psychischen Erkrankung berichten, sodass gegenseitige informelle Unterstützung häufig nicht möglich ist.

7.2.3. Zugang zu medizinischer Versorgung

Von einem eingeschränkten Zugang zu medizinischer Behandlung berichtet nur ein Befragter, der angibt, dass das Sozialamt ihm die Kostenübernahme für den Spitalbeitrag verweigerte: *„Ja, und es war schwierig, weil die Ärzte sagen, ich muss in die Tagesklinik, und Tagesklinik, das kostet jeden Tag 20 Franken oder etwas. Und ich habe dieses Geld nicht gehabt, und die Krankenkasse bezahlt das nicht. Und das Sozialamt hat auch gesagt, wir bezahlen nicht“* (B8, Z. 46). Durch sozialarbeiterische Unterstützung konnte ihm die notwendige Behandlung ermöglicht werden. Hierin zeigt sich erneut die enge Verschränktheit der einzelnen Capabilities untereinander, weil selbst diese Verwirklichungschance von N7-A Sozialer Zugehörigkeit abhängt.

Die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ist nicht immer gegeben, und selbst diejenigen Befragten, die angeben, niemals über eine Zwangsmassnahme in die Klinik eingewiesen worden zu sein, berichten über äusseren Druck, dem sie sich z.T. höchst unwillig gebeugt haben. Im Nachhinein wird diese Einschränkung der Wahlfreiheit jedoch positiv und als hilfreiche Schutzmassnahme bewertet (vgl. B5, Z. 50).

Im Zusammenhang mit der Therapie berichten die Befragten insbesondere über die Bedeutung der sozialen Kontakte, die Einfluss auf ihre Gesundung haben. Dabei spielen die Kontakte mit Mitpatientinnen und -patienten eine förderliche Rolle: *„Dass ich da stationär gewesen ist, ist für mich vor allem auch gewesen, dass ich wieder sozialen Kontakt habe. Ich habe nette Leute da kennen gelernt. Wenn es mir nicht gut gegangen ist, habe ich immer jemanden gehabt, wo für mich da ist. Also das, das hat mir natürlich schon gut getan“* (B7, Z. 218). Die Unterstützung durch das therapeutische und pflegerische Personal wird überwiegend als sehr hilfreich bewertet, jedoch erleben Patienten innerhalb des Behandlungssettings hin und wieder auch Entwertungen. Eine Befragte wünscht sich, *„dass Pfleger auch Respekt haben vor uns“* (B4, Z. 412), während ein anderer davon erzählt, eine Pflegeperson habe ihn *„beleidigt oder sich ein bisschen lustig gemacht“* (B8, Z. 351). Die subjektive Bewertung der Therapieerfahrung fällt bei sämtlichen Personen, die sich dazu geäussert haben, sehr positiv aus. Sie äussern dazu: *„Das ist die beste Entscheidung gewesen, die ich habe machen können“* (B1, Z. 375) oder *„Ja, ich appelliere an alle Leute, wo das Gefühl haben, sie brauchen Hilfe, sich die Hilfe auch holen zu gehen“* (B7, Z. 222).

Insgesamt zeigt sich die enge Verwobenheit der Capability N2: Körperliche Gesundheit mit derjenigen der „Sozialen Zugehörigkeit“. Eine angemessene Unterkunft in Phasen der Erkrankung hängt vielfach von informellen und formellen Formen der sozialen Unterstützung ab; ebenso sind die Verwirklichungschancen psychisch Kranker bezüglich ihrer Alltagsbewältigung und Lebensführung von der sozialen Zugehörigkeit abhängig. Und nicht zuletzt zeigt sich, dass der Gesundungsprozess innerhalb der Therapie deutlich von der Qualität sozialer Beziehungen sowohl zu Behandlerinnen bzw. Behandlern, als auch zu Mitpatientinnen bzw. Mitpatienten abhängt.

7.3. N3: Körperliche Integrität

Die Fähigkeit, sich frei von einem Ort zum anderen zu bewegen; vor gewaltsamen Übergriffen sicher zu sein, sexuelle Übergriffe und häusliche Gewalt eingeschlossen; Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung und zur freien Entscheidung im Bereich der Fortpflanzung zu haben. (Nussbaum, 2010a, S. 112)

„Die Gendarmerie ist gekommen und, ja, sie haben mich vom 3. Stock bis unten über die Treppen gezogen. Ich konnte nicht laufen. Das waren Schmerzen.

Und nachher haben sie gesagt, ich habe Theater gemacht.“

(B8, Z. 194-202)

In ihrer äusseren Freiheit, sich von einem Ort zum anderen zu bewegen, haben die Gesprächspartner sich ihren Aussagen gemäss nie einschränkt gefühlt. Sie nehmen den öffentlichen Raum als sicher wahr. Jedoch können Gefühle der Angst, die während einer akuten Krankheitsphase mit der psychischen Beeinträchtigung einhergehen, diese Freiheit einschränken. Das Unsicherheitserleben, das im Nachhinein einzig der eigenen Wahrnehmung zugeschrieben wird, führte bei einigen Personen dazu, sich an keinem Ort mehr wohl zu fühlen.

Drei Befragte berichteten von Gewalterleben in der Vergangenheit. Eine Person war massiver psychischer und einmal sogar physischer Gewalt von Seiten ihres Arbeitgebers ausgesetzt. Einschränkungen im Bereich der ökonomischen Absicherung (siehe N10-B) führten dazu, dass sie diese Arbeitsstelle dennoch nicht aufgegeben hat. Sie fühlte sich in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt, verblieb in dieser belastenden Situation und beschreibt, dass ihre psychische Erkrankung dadurch deutlich verstärkt wurde: *„Da habe ich einfach durchgebissen, weil ich brauche Geld, ich muss eine Stelle haben, egal, was passiert dort, ich beisse jetzt da einfach durch. Bis einmal eines Tages, da hat er mich einmal wirklich geschlagen. Und dann habe ich sagen müssen, nein, also jetzt ist fertig. So kann ich nicht mehr arbeiten“* (B7, Z. 70). Die Verschränkung der einzelnen Capabilities untereinander wird an diesem Beispiel offensichtlich.

Der zweite Ort, an dem Gewalterleben vorkam, war die psychiatrische Klinik. Der Ort, an dem Behandlung zum Zweck der Gesundung stattfindet, erwies sich für eine Person als beängstigend und unsicher, als ein Mitpatient in einem aggressiven Durchbruch in seinem Beisein Möbel zerschlug (vgl. B3, Z. 273-275). Es soll jedoch hinzugefügt werden, dass sowohl dieser Gesprächspartner, als auch alle anderen interviewten Personen ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen überwiegend positiv bewerten und froh sind um die Unterstützung, die sie durch ihre unterschiedlichen Therapien sowie die involvierten Fachpersonen erhalten haben (vgl. N2).

Das grösste Risiko, Gewalt zu erleben, zeigte sich jedoch im Zusammenhang mit Migrationserfahrungen. Ein Befragter hatte in seinem Herkunftsland nicht nur Kriegshandlungen miterlebt, sondern zudem massive Repressalien durch Polizei und Staatsgewalt gewärtigen müssen, was ihn letztlich dazu bewog, seine Heimat zu verlassen. Den Weg hierher musste er auf illegalem Weg mit Schleppern bewältigen und erlebte auch währenddessen gewalttätige Übergriffe. Diese Erfahrungen sind eng gekoppelt mit späteren Einbussen in mehreren gerechtigkeitsrelevanten Bereichen, wie etwa der körperlichen und psychischen Gesundheit, dem Zugang zu medizinischer Versorgung (vgl. N2), ökonomischen Verwirklichungschancen und der Möglichkeit, einer sinnvollen Arbeit nachgehen zu können (vgl. N10-B).

Es gab keinerlei Aussagen zu Sexualität oder Fortpflanzung als eigenständigem Bereich bewusster Entscheidungsräume.

Zusammenfassend zeigt sich, dass gerechtigkeitsrelevante Einschränkungen in dieser Grundfähigkeit sich in Abhängigkeit von der ökonomischen Situation und insbesondere im Zusammenhang mit Migrationserfahrungen ergeben.

7.4. N4: Sinne, Vorstellungskraft und Denken

Die Fähigkeit, die Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu schlussfolgern – und dies alles auf jene „wahrhaft menschliche“ Weise, die von einer angemessenen Erziehung und Ausbildung geprägt und kultiviert wird, die Lese- und Schreibfähigkeit sowie basale mathematische und wissenschaftliche Kenntnisse einschliesst, aber keineswegs auf sie beschränkt ist. Die Fähigkeit, im Zusammenhang mit dem Erleben und Herstellen von selbstgewählten religiösen, literarischen, musikalischen etc. Werken und Ereignissen die Vorstellungskraft und das Denkvermögen zu erproben. Die Fähigkeit, sich seines Verstandes auf Weisen zu bedienen, die durch die Garantie der politischen und künstlerischen Meinungsfreiheit und die Freiheit der Religionsausübung geschützt werden. Die Fähigkeit angenehme Erfahrungen zu machen und unnötigen Schmerz zu vermeiden. (Nussbaum, 2010a, S. 112-113)

„Als ich 15 Jahre alt war, hat der Krieg angefangen (...) Und sie haben gesagt, ich bin ein Erwachsener, 15 Jahre alt, ich muss meine Stadt beschützen mit Waffen. Und mein Bruder hat gesagt, du brauchst nicht zur Schule gehen.“
(B8, Z. 193)

Zu dieser Grundfähigkeit zählen sowohl die Möglichkeit, als auch die Fähigkeit zu Bildung einschliesslich der internalen kognitiven Fähigkeiten zu denken und zu schlussfolgern und einem aktiven Interesse an der eigenen Umwelt, aber auch die reflexive Selbstwahrnehmung, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Chance zu kreativem Tätigsein.

Nussbaum (2010a) weist darauf hin, dass diese Grundfähigkeit von einer „angemessenen Erziehung und Ausbildung geprägt und kultiviert“ wird (S. 112). Die befragten Personen haben alle die Chance zum Schulbesuch erhalten und die Pflichtschulzeit innerhalb der Regelschule absolviert. Das bedeutet, dass niemand unter den Interviewten bereits von Sonderbeschulungsmassnahmen betroffen war. Zudem gab es keine Äusserungen, dass schon im Kindesalter eine psychische Beeinträchtigung wie z.B. ADHS vorgelegen hätte. Einzig der Proband, der aus dem Iran in die Schweiz migriert war, musste seine Grundschulbildung wegen der kriegerischen Handlungen in seinem Herkunftsland vorzeitig beenden.

Diejenigen Personen, die ihre Berufsausbildung noch vor Beginn ihrer psychischen Erkrankung absolvieren konnten, berichten über erfolgreiche Lehrabschlüsse. Allen Interviewten gemeinsam ist die hohe Bedeutung, die eine Berufsausbildung für sie hat. Und wenn sie gute Abschlussnoten hatten, ist dies den interviewten Personen eine Erwähnung wert. Eine Befragte äussert dazu: *„Ich habe zwei Lehren abgeschlossen. Mir ist das irgendwie wichtig gewesen. (...) Ja, ich habe es ein wenig durchgewürgt sozusagen. Aber ich habe es dann doch geschafft irgendwie“* (B5, Z. 86-88). Fällt der Beginn der Erkrankung mitten in die Lehrzeit, so zeigte sich dies umgehend in einer Verschlechterung der schulischen und der Arbeitsleistung. Diejenigen Interviewpartner, die während der Ausbildung erkrankten, mussten ihre Ausbildung abbrechen: *„Ich habe dort vom Spital aus angefangen, so Teilzeit eigentlich, habe ich aber dann nach zwei Monaten schon wieder abgebrochen, weil es einfach nicht gegangen ist. (...) Ich bin einfach psychisch nicht parat gewesen und hatte einfach Ängste, die viel zu gross gewesen sind“* (B2, Z. 102-110).

Der Leistungseinbruch während der Krankheitsphase, der sich in Beruf und Ausbildung am deutlichsten zeigt, hängt eng zusammen mit einer verminderten internalen Fähigkeit, sich zu konzentrieren, sich Dinge zu merken, Arbeitsabläufe oder den eigenen Tag planvoll zu strukturieren und Tätigkeiten mit Durchhaltekraft innerhalb der geforderten Zeit zu erledigen (zu den berufl. Auswirkungen vgl. N10-B). Kommt es deshalb zu Kritik oder Konflikten am Arbeitsplatz, so fällt es den Betroffenen aus ebendenselben Gründen schwer, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und durchzusetzen. Dies äussert sich jedoch nicht nur im beruflichen Alltag, sondern ebenso in privaten Situationen. Eine Gesprächspartnerin gab an, dass dies bei ihr Gefühle der Fremdbestimmtheit evozierte. Die Wahrnehmung, ihre eigenen Einschränkungen führten dazu, dass andere die Entscheidungen in ihrem Alltag fällen, zog selbstentwertende Empfindungen bis hin zur Suizidalität nach sich. Sie nahm sich als unfähig wahr, ihr Leben autonom zu meistern (vgl. B1, 356-359).

Insgesamt lässt sich sagen, dass Einschränkungen in dieser Grundfähigkeit in deutlicher Abhängigkeit von der Capability Körperliche Gesundheit (N2) zu sehen sind. Deren Auswirkungen betreffen insbesondere den Bereich der Arbeitswelt (vgl. N10-B).

7.5. N5: Gefühle

Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen ausserhalb unserer selbst aufzubauen; die Fähigkeit, auf Liebe und Sorge mit Zuneigung zu reagieren und auf die Abwesenheit dieser Wesen mit Trauer; ganz allgemein zu lieben, zu trauern, Sehnsucht, Dankbarkeit und berechtigten Zorn zu fühlen. Die Fähigkeit, an der eigenen emotionalen Entwicklung nicht durch Furcht und Ängste gehindert zu werden. (Diese Fähigkeit zu unterstützen heisst auch, jene Arten der Gemeinschaft zu fördern, die erwiesenermassen für diese Entwicklung entscheidend sind.) (Nussbaum, 2010a, S. 113)

*„Ich habe mich so extrem geschämt vor allen Leuten draussen, ist ganz schlimm gewesen.
Ich habe kaum mehr geredet, bin völlig verschüchtert gewesen.
Hat eben ganz schlimm ausgesehen. Ich habe einfach viele Ängste gehabt.“
(B2, Z. 116)*

Martha Nussbaum misst Emotionen einen sehr hohen Stellenwert bei. Für sie sind Verstand und Gefühl keine schroffen Gegensätze, weil jede Emotion mit gedanklichen Annahmen einhergeht: Trauer mit dem Gedanken an den Verlust von jemand oder etwas Bedeutungsvollem; Wut z.B. mit der Annahme, einer Person, die einem viel bedeutet, sei absichtsvoll Schaden zugefügt worden. Gefühle sagen damit also etwas aus über den Wert des Gegenstands, auf den sie gerichtet sind. Ohne Gefühle hätte die Welt um uns herum keine Bedeutung. Daher handelt es sich bei Emotionen in Nussbaums Lesart um eine Form von Werturteilen, um eine wertende Wahrnehmung mit einer eigenständigen Erkenntniskraft (vgl. Bennent-Vahle, 2014, S. 2; Nussbaum, 2002, S. 145-147).

In Hinblick auf Gerechtigkeit sind Emotionen für Martha Nussbaum in zweierlei Hinsicht relevant. Einerseits benennt sie sie als eine der wesentlichen Fähigkeiten, über die Menschen verfügen sollen, um ein gedeihliches Leben führen zu können. Andererseits sieht sie in bestimmten Gefühlen wie beispielsweise der Liebe, dem anteilnehmenden Mitleid oder der Solidarität eine Grundvoraussetzung dafür, dass Menschen ein Interesse an der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit entwickeln und sich dafür engagieren (vgl. Nussbaum, 2014, S. 567).

Es liegt in der Symptomatik psychischer Erkrankungen begründet, dass das Gefühlsleben der Betroffenen davon spürbar beeinflusst wird. Während der akuten Krankheitsphase berichten die Befragten von einer Abflachung ihrer Empfindungen, von der Unfähigkeit, sich über Schönes zu freuen oder Glück zu empfinden. Eine Interviewpartnerin beschreibt dies mit den Worten: *„Ich kann nicht, wenn es mir schlecht geht, mich an etwas freuen. Oder auch trauern. Wenn es mir recht schlecht geht, könnte ich nämlich nicht trauern“* (B4, Z. 402). Die Auswirkung ist ein deutlich eingeschränkter Handlungsspielraum in der eigenen Lebensführung: *„Eine Zeitlang ist das alles an mir vorbei gegangen. Bin einfach aufgestanden, ja, so halb lahm, das Nötigste gemacht, wieder hingelegt“* (B7, Z. 198). Zudem führt die Erkan-

kung dazu, dass der eigene Stresstoleranzpegel sichtlich herabgesetzt ist, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung abnimmt und die Anforderungen des Alltags nicht mehr wie zuvor gemeistert werden können, was sich insbesondere in beruflichen Situationen zeigt: *„Bei Stresssituationen klinke ich aus. Oder ich habe bei gewissen Sachen einfach zu lang“* (B1, Z. 227). Hier zeigt sich die Verwobenheit dieser Capability mit der Verwirklichungschance der inhaltlichen Kontrolle über die eigene Umwelt (vgl. N10-B).

Die Erkrankung führt ausserdem dazu, dass psychisch Kranke sich von sozialen Kontakten überfordert fühlen, was in einem schmerzlichen Gefühl der Einsamkeit und des nicht Verstandenwerdens resultiert. Damit korreliert, dass die Mehrheit der Betroffenen davon erzählt, sich während der akuten Krankheitsphase sozial zurückgezogen zu haben oder auch von Kontaktabbrüchen durch Freunde betroffen gewesen zu sein (vgl. N7-A: Soziale Zugehörigkeit).

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner schreiben es ihren Therapieerfahrungen zu, dass sie wieder neu gelernt haben, sich an ihrer Umwelt zu erfreuen: *„Also man ertappt sich immer wieder so ein wenig ins alte Muster zu fallen. Aber eben, es ist eigentlich schon ein Erfolg, wenn man es merkt. Und ich habe einfach auch lernen müssen, an den kleinen Sachen Freude zu haben“* (B3, Z. 253). Vereinzelt konnte die Erkrankung so ins Selbstbild integriert werden, dass die wiedergewonnene Glücksfähigkeit den zurückliegenden schwierigen Erfahrungen zugeschrieben wird: *„Aufgrund davon, dass ich krank gewesen bin, erfreuen mich Sachen, die andere zum Beispiel nicht erfreuen, weil, ja, weil das bei denen vergessen gegangen ist, und das für mich neu ist dann sozusagen“* (B6, Z. 210).

Im Umgang mit sozialen Kontakten fühlen sich die Betroffenen zum Zeitpunkt der Befragung wieder sicherer und können empathische Anteilnahme zeigen und die Beziehung zu Nahestehenden bewusst genießen. Auch wenn die emotionalen Einschränkungen längst nicht bei allen gänzlich zur Vergangenheit gehören, benennen die Interviewten doch einen Zuwachs an Sicherheit innerhalb ihres Gefühlslebens und damit zusammenhängend im Umgang mit Mitmenschen: *„Ich bin sehr viel offener geworden, [...] kann auch lachen einmal oder einmal einen Freund finden. Ja, und so ein wenig selbständiger bin ich auf jeden Fall auch geworden. Ein bisschen selbstsicherer“* (B2, Z. 116).

Bei dieser Central Capability zeigt sich der Zusammenhang sowohl mit den Möglichkeiten, therapeutische Unterstützung und Förderung zu erhalten (siehe N2), sowie die Verwobenheit mit der zentralen Fähigkeit, soziale Zugehörigkeit zu empfinden (vgl. N7-A).

7.6. N6: Praktische Vernunft

Die Fähigkeit, selbst eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung auf kritische Weise nachzudenken. (Hierzu gehört der Schutz der Gewissens- und Religionsfreiheit.) (Nussbaum, 2010a, S. 113)

„Respekt habe ich sicher vor dem ganzen Leben. Es wird immer eine Herausforderung bleiben. Es wird nie langweilig. Aber ich bin auch froh zu lernen, einfach zu sein, die Sachen, an denen ich Spass habe, weiter zu machen und habe mir Ziele gesetzt.“
(B3, Z. 327)

Die internale Fähigkeit, sich mit der eigenen Lebensplanung kritisch und reflektiert auseinander zu setzen, zeigt sich bei chronisch psychisch Kranken beeinflusst durch die emotionale Verfasstheit, die ihrer psychischen Beeinträchtigung zugeschrieben werden kann. Interviewte, die zum Zeitpunkt der Befragung noch stärker unter Gefühlen der Hoffnungslosigkeit leiden, äussern beispielsweise: *„Das Thema Zukunft ist noch recht schwierig bei mir, weil ich einfach gar nichts vor mir sehe“* (B2, Z. 174). Mit etwas Abstand gelingt es jedoch vielfach, die psychische Erkrankung in das eigene Leben und das Selbstbild zu integrieren: *„Also ich sage, das was mir passiert ist, wie soll ich sagen, ist sehr wertvoll gewesen. Ich würde auch die Zeit nicht eintauschen. Ich würde es jetzt zwar auch nicht nochmals durchmachen wollen, aber es ist sehr gut gewesen für mich. Und auch sehr sinnvoll eigentlich“* (B3, Z. 237). Die Interviewpartnerinnen und -partner äussern durchwegs sehr konkrete Zukunftsvorstellungen, die die Rahmenbedingungen der eigenen Kompetenzen und äusseren Umstände berücksichtigen.

In ihrer internalen Fähigkeit, sich eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden, erleben die Befragten während der akuten Krankheitsphase eine Einschränkung. Die psychische Beeinträchtigung führt zu einer emotionalen Verfasstheit, die mit einem zeitweiligen Verlust des Werte- und Sinnerlebens einhergeht: *„Dort hätte ich, glaube ich, nicht wirklich können sagen, was mir wichtig ist. Also weil mir dort eigentlich nicht wirklich mehr etwas wichtig gewesen ist“* (B2, Z. 160). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Befragung haben jedoch alle Interviewten klare Vorstellungen davon, was für sie zu einem guten Leben gehört. Neben gesundheitlichem Wohlergehen benennen sie insbesondere Zufriedenheit und seelisches Wohlbefinden als wesentlichste Grundbedingungen, ein gutes Leben zu führen. So äussert etwa ein Befragter: *„Ich denke, wenn man zufrieden mit sich selber ist, dann hat man schon ein gutes Leben. Man muss nicht viel besitzen, man muss nicht x-hundert Kollegen haben oder so. Wenn man zufrieden mit sich selber ist, dann hast du eigentlich alles“* (B3, Z. 339). Dass dies in engem Zusammenhang mit der kritischen Reflexion des eigenen biographischen Erfahrungshorizonts verstanden werden kann, zeigt sich beispielsweise in folgender Aussage zur Vorstellung von einem guten Leben: *„Ruhem in mir.“*

Ruhen in mir selber. Akzeptieren, wie ich bin, was ich habe. Dass ich nicht mehr kann, wie ich will. Annehmen muss. Und dass ich eigentlich das mache, wo ich Lust habe, und wo ich finde, das ist jetzt angebracht“ (B1, Z. 429).

Für alle Befragten hat zudem die soziale Zugehörigkeit zu Mitmenschen eine ganz zentral wichtige Bedeutung: *„Also das Umfeld muss stimmen, ich brauche Leute, die mich gern haben, die mich so nehmen, wie ich bin, die mir eine gewisse Geborgenheit geben können“ (B2, Z. 198).* Gute Beziehungen zur Familie, verlässliche Freunde, eine tragfähige Partnerschaft sowie generell ein fürsorgliches aufeinander bezogen sein zu anderen Menschen sind für sie wesentliche Voraussetzungen für Lebensqualität. Die Befragten wünschen sich sichere materielle Verhältnisse, eine angemessene Wohnsituation sowie die Chance, einer bezahlten Erwerbsarbeit nachzugehen, um damit autonom zu ihrer eigenen finanziellen Ausstattung beizutragen. Darin eingebettet ist der Wunsch, dass man das Leben *„wieder auf eigene Faust meistern kann“ (B2, Z. 174).* Religion spielt als sinnstiftende Dimension nur bei einzelnen Befragten eine Rolle. Jedoch die Chance, sich freudvollen Freizeitaktivitäten widmen zu können sowie Zugang zu Naturgenuss zu haben, ist für die meisten von grosser Bedeutung. Dem Aspekt der Freiheits- und Handlungsspielräume wird Gewicht für die Zukunftsplanung zugeschrieben. Sich etwas wünschen können und wissen, dass die selber gesteckten Ziele im Rahmen des Erreichbaren liegen, das sei wichtig für ein gutes Leben (vgl. B8, Z. 319-325; B4, Z. 382).

Die Aussagen zu den eigenen Vorstellungen von einem guten Leben zeigen insgesamt eine grosse Nähe zu der Fähigkeitenliste wie Nussbaum sie definiert hat (z.B. N2: der hohe Stellenwert von Gesundheit, N-5: Gefühle der Zufriedenheit und der Freude, N7-A: die Bedeutung von Zugehörigkeit, N10-B: die Wichtigkeit sinnstiftender Arbeit sowie einer gesicherten ökonomischen Situation). Dies könnte dafür sprechen, dass es sich dabei tatsächlich um wesentliche Grundbedingungen für ein der Menschenwürde entsprechendes Dasein handelt.

7.7. N7-A: Zugehörigkeit: Soziale Beziehungen

Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und Interesse an ihnen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen der sozialen Interaktion einzulassen; sich in die Lage des anderen hineinzusetzen. (Der Schutz dieser Fähigkeit erfordert den Schutz jener Institutionen, die diese Formen der Zugehörigkeit konstituieren und fördern, sowie der Versammlungs- und Redefreiheit.) (Nussbaum, 2010a, S. 113)

*„Meine Freunde sind mir recht wichtig, ja.
Also die werden auch gepflegt und so, sind auch immer für mich da gewesen,
und auch ich bin für sie da.“
(B5, Z. 176)*

Alle Interviewpartner hatten vor dem erstmaligen Auftreten ihrer psychischen Erkrankung einen intakten Freundeskreis und sie alle berichten über gemeinschaftliche Aktivitäten. Doch während der Phasen akuter Erkrankung erlebt die Mehrheit eine Beeinträchtigung, diese Zugehörigkeit pflegen zu können. Viele von ihnen sind aufgrund der eigenen emotionalen Verfasstheit zu jeglicher Form von Geselligkeit nicht imstande und ziehen sich sozial zurück (vgl. auch N5), andere erleben Kontaktabbrüche: *„Also mit meiner Erkrankung, haben die Leute nicht mehr wollen mit mir so viel zu tun haben“* (B5, Z. 68). Auch die Beziehung zu den Mitgliedern der eigenen Familie ist bei vielen während der akuten Krankheitsphase belastet. Eine Befragte berichtet: *„Daheim ist es mir auch ganz schlecht gegangen. Da habe ich auch fast nichts mehr geredet, mich zurückgezogen. Ja, kein gutes Verhältnis gehabt eigentlich“* (B2, Z. 56), während ein anderer angibt: *„Es ist schon schwierig genug, mit Mitmenschen klar zu kommen, die gesund sind [...]. Und wenn man krank ist, dann... Ich gebe mir irgendwie schon selber die schuld, weil ich da krank gewesen bin, weil ich auf eine Art ein wenig Stress gemacht habe daheim“* (B6, Z. 26). Dasselbe Muster zeigt sich in Bezug auf Gruppen- und Vereinszugehörigkeiten.

In denjenigen Fällen aber, wo Freundschaften erhalten bleiben und der familiäre Kontakt weiterhin trägt, werden diese Beziehungen als wesentliche Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung erlebt: *„Ja, also ich muss sagen, dass die Freundschaften sehr wertvoll gewesen sind [...]. Es ist nie so gewesen, dass ich das Gefühl gehabt habe, ich bin allein, dass sie mich sozusagen hängen lassen haben. Ja, bin ich wirklich froh. [...] Es ist sicher etwas, das den Selbstwert ein wenig pusht, sage ich mal, weil man auch sieht, dass man doch auch etwas wert ist sozusagen. Und halt auch, ja, eine gewisse Sicherheit gibt es auch“* (B3, Z. 51-53). Vor allem auch in der kritischen Übergangszeit direkt nach einem Klinikaufenthalt ist die Beziehung zu Freunden und Familie elementar, um die Rückkehr in den Alltag gelingend zu gestalten: *„Ich habe die Eltern gehabt, zum Glück, auch in der Zeit. Weil allein hätte ich es wahrscheinlich nicht geschafft. Ich habe es angenehm gefunden, wenn ich jemanden gehabt habe, der einfach da ist.“*

Ich habe einfach in der Zeit nicht allein sein können, sonst wäre ich wahrscheinlich komplett ausgerastet“ (B6, Z. 10).

Die Befragten sind sich des Werts ihrer Beziehungen sehr bewusst, denn sie berichten übereinstimmend, dass sie gegenwärtig ihre Kontakte aktiv pflegen, und zuweilen engagieren sie sich auch in Gruppen oder Vereinen. Der Freundeskreis hat sich bei einigen seit dem Beginn der Erkrankung reduziert, das Verhältnis zu den Einzelnen jedoch tendenziell vertieft: *„So habe ich auch ein wenig sieben können, was gute Kollegen sind und was nicht. Weil die, die ich jetzt noch habe und die Verständnis haben für das, das sind wirklich gute Freunde, ja“ (B7, Z. 108).*

Ein wichtiger Aspekt sozialer Zugehörigkeit ist derjenige zu einem professionellen Helfernetz. Alle Interviewpartner hatten in der einen oder anderen Form Kontakt mit Fachkräften der Sozialen Arbeit. Denn im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung sind sämtliche Befragte mit der Notwendigkeit konfrontiert, sich auf institutionelle Abläufe einzustellen oder sich um den Zugang zu sozialrechtlichen Ressourcen zu kümmern, was als zusätzliche Belastung wahrgenommen wird: *„Mit den Behörden oder auch mit dem Sozialamt, einfach all das, es braucht soviel Energie, soviel Kraft. Und das macht dich müde“ (B1, Z. 467).* Im Allgemeinen erleben die Betroffenen diese Kontakte als sehr hilfreich, denn sie erhalten Unterstützung, um sich nicht zu verschulden (vgl. B5, Z. 58), arbeitsrechtliche Beratung (vgl. B1, Z. 335), ihnen wird der Zugang zu therapeutischen Angeboten vermittelt und/oder ermöglicht (vgl. B8, Z.46; B2, Z. 64), sie erhalten psychosoziale Beratung (vgl. B5, Z. 184) und Unterstützung innerhalb des IV-Verfahrens (vgl. B3, Z. 69). Einzelne Aussagen zu negativen Erfahrungen mit Sozialarbeitenden verweisen darauf, dass diese zuwenig Zeit für ihre Klienten haben oder dass rechtliche Vorgaben verhindern, individuell passgenaue Hilfestellung zu geben (vgl. B1, Z. 491).

Als besondere Herausforderung zeigt sich für psychisch kranke Menschen der gesamte Ablauf des IV-Verfahrens. Hier wird die Beziehung zum professionellen Helfernetz vielfach zu einer Belastung. Sie haben häufige Kontakte zu ihren Hausärzt/innen, zu ihren behandelnden Psychiater/innen, müssen zusätzlich auf Geheiss der IV zu medizinischen Begutachtungen und erleben dann eine lange Wartezeit, bis eine Entscheidung fällt: *„Das ist dann aber ein wenig mühsam gewesen, weil das Ganze ist insgesamt fast ein Jahr gelaufen, bis da überhaupt einmal irgendein Bescheid gekommen ist. Es hat sich wirklich sehr in die Länge gezogen, und durch das ist mir halt auch Zeit verloren gegangen“ (B3, Z. 37).* Zugleich äussern aber einzelne, sie hätten sich durchaus ernst genommen gefühlt und selber Mitbestimmungsmöglichkeiten innerhalb dieses Verfahrens gehabt: *„Ich habe schon immer das Gefühl gehabt, dass ich das Steuerrad selber in der Hand habe. Nur habe ich manchmal das Gefühl gehabt, dass ich das Gaspedal nicht selber drücken kann“ (B3, Z. 71).*

Insgesamt zeigt sich, dass soziale Zugehörigkeiten deutliche Interdependenzen zu anderen Verwirklichungschancen haben (z.B. N5 Gefühle; N10-B Ökonomische Chancen; N2 Wohnen + Zugang zu medizinischer Versorgung). Ausserdem spiegelt sich die Bedeutung, die die Befragten sozialer Zugehörigkeit

zumessen, darin wider, dass für sie der Kontakt zu Mitmenschen zu den wesentlichen Voraussetzungen für ein gutes Leben zählt (vgl. N6).

7.8. N7-B: Zugehörigkeit: Soziale Basis von Selbstachtung

Über die sozialen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung verfügen; die Fähigkeit, als Wesen mit Würde behandelt zu werden, dessen Wert dem anderer gleich ist. Hierzu gehören Massnahmen gegen die Diskriminierung auf der Grundlage von ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Kaste, Religion und nationaler Herkunft. (Nussbaum, 2010a, S. 113-114)

„Halt dass es von ein paar Leuten so gewisse Sprüche gegeben hat, Dorfgeschwätz sozusagen. Das hat besonders meinen Bruder gestört, weil, wie soll ich das sagen, ihm ist der Ruf sehr wichtig. Und dann hat ihn jemand darauf angesprochen, gell, dein Bruder ist in der Klinik. Und dann ist wie der Ruf geschädigt gewesen. Und das habe ich einfach gespürt.“
(B3, Z. 283-285)

Chronisch psychisch kranke Personen machen unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Akzeptanz durch ihre Mitmenschen. Einerseits tragen sie selber die Vorstellung in sich, dass ihre psychische Erkrankung besser verschwiegen werden sollte, weil sie sich dafür schämen, was als eine Form der Selbststigmatisierung verstanden werden kann: *„Ich habe alles für mich behalten und habe versucht, alles so gut zu verbergen [...], wie es nur möglich gewesen ist. [...] Ich meine, man will nicht zurückliegen oder irgendwie [...] verurteilt werden“* (B6, Z. 182-184). Ein Befragter gibt an, er habe selber Vorurteile gegenüber psychisch Kranken gehabt, die er erst durch den Kontakt mit Mitpatient/innen abgebaut habe (vgl. B3, Z. 271-273).

Zugleich erleben viele von ihnen tatsächlich, dass sich Freunde und Bekannte von ihnen abwenden wegen ihrer psychischen Beeinträchtigung und stellen diesbezüglich eine unterschiedliche Behandlung zu somatisch Erkrankten fest: *„Wenn jemand sonst krank ist, dann schaut man und hätschelt und macht man, aber wenn jemand psychisch krank ist, dann nachher ziehen sich viele zurück“* (B4, Z. 432). Sie sind nicht nur mit Unverständnis konfrontiert, sondern auch mit direkter Ablehnung: *„Tu nicht so blöd. Es ist ja nichts, sozusagen. Auch das Vorurteil, du willst einfach nur nicht arbeiten gehen“* (B3, Z. 289). Sie werden teilweise von Mitmenschen nicht ernst genommen und bekommen das zu spüren: *„Es kommt schon so ein wenig rüber, also sagen wir, [als wäre man] nicht so ganz hundert oder so“* (B5, Z. 254). Ein Befragter berichtet, seine Familie habe seine psychische Erkrankung aufgrund der Umweltreaktionen als rufschädigend wahrgenommen (vgl. B3, Z. 285). Diese Art der Diskriminierung geschieht jedoch nicht nur im privaten Umfeld oder am Arbeitsplatz, sondern vereinzelt auch direkt durch Professionelle des Helfernetzes: *„Der andere Pfleger hat mich beleidigt oder sich ein bisschen lustig gemacht“* (B8, Z. 351).

Diejenige Befragte, die offen mit ihrer Erkrankung umging, machte jedoch auch sehr positive Erfahrungen: „Also ich muss sagen, die Leute, denen ich es jetzt erzählt habe, dass ich da [in der Klinik] bin, die sagen alle, Respekt. Gut, hast Du dir Hilfe geholt. [...] Die haben alle so reagiert und gesagt, oh, das ist doch super, wir wünschen dir gute Besserung“ (B7, Z. 176-178).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Umstand einer psychischen Beeinträchtigung sowohl zu einer Selbst- als auch Fremdstigmatisierung führen kann und Auswirkungen auf den Selbstwert und auf soziale Beziehungen hat. Chronisch psychisch Kranke erleben hier eindeutige Einschränkungen dieser Central Capability.

7.9. N8: Andere Spezies

Die Fähigkeit, in Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben. (Nussbaum, 2010a, S. 114)

*„Für mich sind besonders Tiere etwas sehr Beruhigendes und auch etwas sehr Schönes.
Und nach der Zeit habe ich dann auch aufgehört Fleisch zu essen.
Einfach auch weil ich das Gefühl gehabt habe,
dass es nicht ganz stimmt momentan, wie mit den Tieren umgegangen wird.“*
(B3, Z. 255)

Dass eine Beziehung zur nichtmenschlichen, lebendigen Umwelt für die Befragten von Bedeutung ist, zeigt sich unter anderem daran, dass einige von ihnen angaben, ihr Leben immer wieder mit Haustieren geteilt zu haben. Daneben finden sich aber auch Äusserungen, dass eine Wohnumgebung abseits der Stadtzentren als Vorteil betrachtet wird, weil die Möglichkeit, Zeit in der Natur verbringen zu können, als erstrebenswert betrachtet wird (vgl. N2 Körperliche Gesundheit - Wohnen). Die Achtsamkeit, mit wachem und interessiertem Blick mitfühlend Anteil an Flora und Fauna zu nehmen, kann während der akuten Krankheitsphase offenbar verschüttet sein und muss dann neu erlernt werden. Das bedeutet, dass die Symptome einer psychischen Erkrankung, die das Gefühlsleben der Betroffenen beeinflussen, deren interne Fähigkeit beeinträchtigen, in Beziehung zu ihrer ökologischen Umwelt zu leben (vgl. auch N5 Gefühle).

7.10. N9: Spiel

Die Fähigkeit, zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen. (Nussbaum, 2010a, S. 114)

*„Ja, ich bin viel mit Kollegen ausgegangen. Und war tanzen gehen.
Und dann auch mit dem Mann zusammen, überall ein wenig schauen gehen;
auf die Insel Mainau oder in den Zoo, ich weiss nicht, wo überall wir gewesen sind.“
(B4, Z. 214)*

Alle befragten Personen erzählen, dass sie ihre Freizeit vor ihrer psychischen Erkrankung sehr aktiv verbracht haben. Sie trafen sich mit Freunden, spielten Schach und engagierten sich in Sportvereinen, gingen ins Kino, zum Tanzen oder musizierten selber. Sie berichten von der Freude, die sie daran empfunden haben, und mehr als einmal wird auch erwähnt, dass die Freizeitgestaltung nicht durch knappe finanzielle Verhältnisse beeinträchtigt gewesen sei. Dass die Interviewten dies für erwähnenswert halten, markiert eine wahrgenommene Differenz zu späteren Verhältnissen (siehe dazu auch N10-B).

Während der Phase der akuten Erkrankung werden die Freizeitaktivitäten kaum oder gar nicht mehr ausgeübt. Dies kann sowohl im Zusammenhang mit der eingeschränkten internalen Fähigkeit, Glück und Freude wahrzunehmen, gesehen werden (vgl. N5 Gefühle), als auch damit, dass die meisten erkrankten Personen sich sozial zurückziehen und infolgedessen den Kontakt zu ihren Freunden verlieren, mit denen sie zuvor ihre freie Zeit verbracht haben (vgl. N7-A Zugehörigkeit). Führt die psychische Beeinträchtigung zudem zu längerfristiger Arbeitsunfähigkeit und in der Folge zu Jobverlust, so zeigen sich die finanziellen Einbussen, die sich daraus ergeben, auch zunehmend in eingeschränkten Freizeitmöglichkeiten (vgl. auch N10-A Kontrolle über die eigene Umwelt, inhaltlich). Wer mit Sozialhilfeunterstützung auskommen muss, kann sich keinen Kinobesuch mehr leisten. Ein gemeinsamer Restaurantbesuch mit Freunden wird ebenfalls unerschwinglich. Die sozialen Teilhabechancen reduzieren sich zusehends, was zugleich zu sozialer Isolation beiträgt und damit eine Einschränkung der Fähigkeit zur Zugehörigkeit (N10-B) nach sich zieht.

In der gegenwärtigen Situation legen die Gesprächspartnerinnen und –partner wieder viel Wert darauf, ihre Freizeit bewusst zu planen und mit geselligen, sportlichen oder kreativen Aktivitäten zu verbringen. Vereinzelt finden sich Aussagen, dass beispielsweise depressive Symptome wie Antriebslosigkeit sich hinderlich auswirken. Dies wird jedoch explizit als noch immer wirksame Krankheitserscheinung benannt. Offenbar haben die Interviewten durch das Bewältigen der akuten Krankheitsphase wieder zu erweiterten Chancen zurückgefunden, ihre Handlungsoptionen bewusst zu wählen.

Insgesamt zeigt sich also, dass die Central Capabilities N5 „Gefühle“, N7-A: „Zugehörigkeit“ und N10-B: „Inhaltliche Kontrolle über die eigene Umwelt“ eine starke Wechselwirkung nicht nur untereinander, sondern auch auf die Fähigkeit, erholsame Tätigkeiten zu genießen, haben.

7.11. N10-A: Kontrolle über die eigene Umwelt: Politisch

Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene Leben betreffen; ein Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Vereinigung zu haben. (Nussbaum, 2010a, S. 114)

*„Wir gehen selten abstimmen, früher sind wir fast immer gegangen,
aber das ist jetzt ein wenig eingeschlafen, ich weiss auch nicht.
Ich bin eigentlich nur meinem Mann zuliebe gegangen.“*

(B4, Z. 220)

Die Antworten zu politischen Verwirklichungschancen fielen leider sehr knapp aus. Diejenigen Interviewten, die sich dazu äusserten, massen ihrer Freiheit, an politischen Entscheidungen durch Ausübung des Wahlrechts zu partizipieren, keine Bedeutung bei und nahmen dieses Recht auch kaum wahr. Der einzige Befragte, der sich in der Bewertung der Wahlfreiheit deutlich unterscheidet, ist derjenige, der aufgrund seiner Migrationserfahrung aus eigenem Erleben eine Differenz zwischen den Partizipationsmöglichkeiten in seinem Herkunftsland und der Schweiz herstellt. Für ihn war es bedeutsam, durch die Einbürgerung ein Mitbestimmungsrecht in politischer Hinsicht zu erhalten, und er entscheidet sich bewusst dafür, diese Handlungsoption zu nutzen (vgl. B8, Z. 297-303).

Eine Person besitzt aufgrund ihrer Staatszugehörigkeit kein Wahlrecht, fühlt sich jedoch offenbar subjektiv dadurch nicht in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt, denn: *„Es wird so oft abgestimmt, so oft, dass ich auch, wenn ich Schweizer Bürgerrecht gehabt hätte, nicht abstimmen gegangen wäre“* (B6, Z. 226).

Das bedeutet, dass die inländischen Gesprächspartner/innen über die Central Capability der politischen Kontrolle über die eigene Umwelt verfügen, ihre Freiheit aber dazu nutzen, sich gegen die Nutzung dieser Option zu entscheiden. Die einzige Person, die in dieser Zentralen Fähigkeit gegenwärtig eingeschränkt ist, nimmt dies subjektiv nicht als Minimierung der eigenen Handlungsoptionen wahr. Nur der Befragte, der sich in seiner Wahlmöglichkeit in der Vergangenheit bereits einmal eingeschränkt gesehen hat, nutzt heute seine Freiheit dazu, sich aktiv am politischen Aushandlungsprozess zu beteiligen (vgl. B8, Z. 297-303).

7.12. N10-B: Kontrolle über die eigene Umwelt: Inhaltlich

Die Fähigkeit, Eigentum (an Land und an beweglichen Gütern) zu besitzen und Eigentumsrechte auf der gleichen Grundlage wie andere zu haben; das Recht zu haben, eine Beschäftigung auf der gleichen Grundlage wie andere zu suchen; vor ungerechtfertigter Durchsuchung und Festnahme geschützt zu sein. Die Fähigkeit, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können und in sinnvolle Beziehungen der wechselseitigen Anerkennung mit anderen Arbeitern treten zu können. (Nussbaum, 2010a, S. 114)

„Ich habe dann meine Arbeitsstelle verloren wegen dem. [...] Ich weiss nicht, ob der Grund war, dass ich in psychiatrischer Behandlung gewesen bin. Ich bin ja dann zurückgekommen, und wo ich zurückgekommen bin, haben sie mir gekündigt. Wo es mir eigentlich besser gegangen ist, oder?“
(B4, Z. 46-54)

Die inhaltliche Kontrolle über die eigene Umwelt ist für chronisch psychisch kranke Menschen in mancherlei Hinsicht immer wieder bedroht. Wiewohl niemand unter den Befragten jemals durch Massnahmen des Erwachsenenschutzes in seiner Handlungsfähigkeit begrenzt wurde, zeigt sich anhand der Interviews, dass die Verwirklichungschancen insbesondere während des Zeitraums des akuten Auftretens einer Erkrankung Einschränkungen erfahren können. Dies bezieht sich jedoch offenbar nicht auf grundlegende Eigentumsrechte, zu denen sich die Gesprächspartner/innen in keiner Weise äusserten. Und bezüglich des Schutzes vor ungerechtfertigter Festnahme gab es nur einen Gesprächspartner, der diese Erfahrung bereits machen musste, jedoch nicht in der Schweiz, sondern in seinem ursprünglichen Herkunftsland (vgl. B8, Z. 150-156, 211-217).

7.12.1. Reisen / Verkehrsfähigkeit

Es gibt anhand der Interviews keine Hinweise darauf, dass die Befragten in ihrem Recht zu reisen Einschränkungen erlebt haben. Ihre internale Fähigkeit, sich auf Reisen zu begeben, ist jedoch häufig während des akuten Auftretens einer psychischen Erkrankung nicht gegeben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Interviews scheinen die Gesprächspartner/innen diese internale Hürde aktuell nicht mehr als Hindernis wahrzunehmen, und einzelne geben an, zum ersten Mal einen Urlaub geniessen zu können. Einige von ihnen sind jedoch heute finanziell deutlich schlechter gestellt als vor dem ersten Auftreten der Erkrankung und berichten, sie könnten sich ihre Reisewünsche oder auch den Zugang zu grösserer Mobilität durch einen Führerschein heute nicht mehr erfüllen (vgl. B6, Z. 168; B5, Z. 244).

7.12.2. Erwerbsleben

Vor dem ersten Auftreten ihrer psychischen Erkrankung hatten die Befragten durchwegs Freude an ihrer Berufstätigkeit und massen ihrer Erwerbsarbeit auch eine hohe Bedeutung zu. Eine Gesprächspartnerin

meint dazu: „*Ja, ich habe leidenschaftlich gern gearbeitet*“ (B1, Z. 233), während ein anderer dies so zum Ausdruck bringt: „*Als es mir gut gegangen ist, da bin ich immer am Arbeiten gewesen, also ich bin viel arbeiten gegangen. Also ich bin immer am Arbeiten gewesen, ich habe auch 100 % gearbeitet, ich habe gern gearbeitet*“ (B5, Z. 82). Sofern sich die Ersterkrankung nicht bereits während der Schul- und Ausbildungszeit zeigt, haben sie erfolgreich Berufslehren absolviert, sodass sie als gelernte Fachmitarbeiter/innen im 1. Arbeitsmarkt tätig sind (vgl. N4). Entsprechend generieren auch alle Befragten – mit Ausnahme derjenigen, die sich noch in Ausbildung befanden – vor ihrer Erkrankung ein Einkommen, das ihnen eine zufriedenstellende finanzielle Situation gewährleistet. Vor dem Auftreten der Erkrankung ist niemand von ihnen auf sozialrechtliche Ansprüche angewiesen.

Eine Ausnahme bilden die Erfahrungen des einzigen Befragten der nicht in der Schweiz geboren und aufgewachsen ist. Vor seiner Erkrankung war er noch im Status eines Asylbewerbers. Er hatte die feste Absicht, sein Leben selbständig über Erwerbsarbeit zu finanzieren, fand jedoch keine Anstellung: „*Ich habe überall etwas gesucht für Arbeit. Alle sagen nein. Im Hotel, Restaurant, aber alle sagen nein. Ich bin ins Centre Suisse Immigrés gegangen, um sprechen zu lernen. Und ich habe überall gesucht nach Arbeit, aber niemand wollte mir eine Arbeit geben*“ (B8, Z. 235). Infolgedessen war er auf Sozialhilfeunterstützung angewiesen.

Mit der akuten Erkrankung beginnen für alle Befragten schwierigere Situationen im Erwerbsleben. Die Konzentrationsfähigkeit lässt nach (vgl. N4), das Durchhaltevermögen ist geringer als zuvor (vgl. N2) und bei einigen kommt es zu Konflikten am Arbeitsplatz, was die Betroffenen als zusätzliche Belastung wahrnehmen, die ihre Krankheitssymptomatik verstärkt. Sechs der acht Befragten haben angegeben, sie seien in dieser Zeit von Kündigung betroffen gewesen. Die übrigen beiden Interviewten haben ihre Ausbildung vorzeitig abbrechen müssen.

Zum Zeitpunkt der Befragung sind fünf der acht Interviewten dauerhaft erwerbsunfähig. Eine Person ist arbeitslos, eine hat eine geschützte Arbeitsstelle und eine Person befindet sich in einer IV-gestützten Ausbildung. Niemand von den Gesprächspartner/innen hat eine Anstellung im 1. Arbeitsmarkt und verfügt über ein eigenes Erwerbseinkommen; ein Umstand, der von mehreren Befragten mit einem Ausdruck des Bedauerns konnotiert wird. (vgl. B2, Z. 54; B5, Z. 74; B7, Z. 18; B8, Z. 233). Nur ein Proband hegt überhaupt die Hoffnung, in Zukunft am 1. Arbeitsmarkt teilhaben zu können (vgl. B3, Z. 329).

Hinsichtlich ihrer beruflichen und finanziellen Zukunftsaussichten erleben sich die Befragten vielfach als abhängig von institutionellen Rahmenbedingungen, auf die sie kaum Einfluss haben. Die aktuell laufende Revision einer IV-Rente bringt beispielsweise für eine Befragte die Ungewissheit mit sich, ob sie auch künftig an ihrem geschützten Arbeitsplatz bleiben kann oder sich wieder im freien Markt bewähren muss: „*Aber blöd ist einfach, wie geht es weiter beruflich und so, und wie verdiene ich dann mein Geld? [...] Die IV-Rente ist halt immer so ein Knackpunkt. [...] Aber ich kann es wie nicht ändern. Wenn ich [...]*“

sie nicht mehr habe, ist auch blöd. [...] Sonst bin ich dann vom Sozialamt abhängig, und das will ich auch nicht“ (B5, Z. 144; 224-228).

7.12.3. Ökonomische Chancen

Als Folge der Komplikationen im Arbeitsleben nach dem akuten Auftreten der psychischen Erkrankung verschlechtert sich auch die materielle Situation der Betroffenen. Sie sind zwar froh über die sozialrechtliche Absicherung, sei es durch Krankentaggeld oder auch durch Arbeitslosentaggeld. Dennoch stellen sich bei einigen finanzielle Schwierigkeiten ein: *„Als ich das erste und das zweite Mal in die Klinik gegangen bin, habe ich schon gemerkt, also finanziell geht es nicht so. Ich habe Mahnungen, und es geht einfach nicht irgendwie, ich schaffe es gar nicht durchzukommen mit dem Geld, das ich noch habe“ (B5, Z. 62).*

Gegenwärtig erhalten die Interviewpartner/innen ihre finanzielle Absicherung über eine IV-Berentung, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe oder Arbeitslosentaggeld. Wer durch die Zusprache einer IV-Rente die Sozialhilfeabhängigkeit beenden konnte, erlebt dies als grosse Erleichterung (vgl. B1, Z. 397), obschon die materielle Ausstattung nicht mehr das Niveau erreicht, über das die Befragten vor ihrer Erkrankung verfügten: *„Es geht schon, aber es ist halt nicht wie früher, wo man das Geld ein wenig besser gehabt hat“ (B5, Z. 152).*

7.12.4. Armut / Mangel an sozialem Schutz

Das Risiko der Armutsbetroffenheit ist für chronisch psychisch Kranke sehr hoch. Wenngleich sämtliche der acht Gesprächspartner/innen vor der Ersterkrankung bereits ein eigenes Einkommen generierten, sind vier von ihnen später von Sozialhilfeunterstützung abhängig. Zwei Gesprächspartner hatten keinen eigenen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen, weil sie noch bei der Herkunftsfamilie lebten, und wurden von ihren Eltern finanziell unterstützt. Bei ihnen allen wurde der Gang zum Sozialamt nötig, weil die Anspruchsabklärung bei der IV länger dauerte als ein allfälliger Anspruch auf sozialversicherungsrechtliche Leistungen: *„Ich bin dann zwei Jahre krank gewesen, und dann ist das Krankengeld gestrichen gewesen. [...] Dann ist es fertig, und dann habe ich aufs Sozialamt müssen“ (B1, Z. 131-134).* So gut wie alle chronisch psychisch Kranken bedürfen in irgendeiner Form der Unterstützung durch Leistungen der IV. Die Wartedauer, bis ihnen eine solche Leistung zugesprochen wird, muss in der Regel durch Sozialhilfeunterstützung überbrückt werden: *„Ich habe dort vom Sozialamt etwas bekommen, und nach zwei, drei Jahren habe ich dann eine IV-Rente gehabt“ (B5, Z. 34).*

Der Gang zum Sozialamt fällt allen Betroffenen sehr schwer, was teilweise auch mit den eigenen Vorurteilen gegenüber Sozialhilfeempfängern zu tun hat: *„Ich habe früher auch gedacht, diejenigen, die nicht arbeiten wollen, sind beim Sozialamt; die sind nur zu faul zum Arbeiten. Aber es stimmt nicht. Es stimmt nicht“ (B1, Z. 491).* Sie erleben es als schwierig, das gesamte Ersparte aufbrauchen zu müssen, ehe sie Unterstützung erhalten und schaffen es in der Regel nicht, sich später wieder einen Notgroschen zur

Seite zu legen. Die allermeisten sind zwar in der Lage, mit den knappen Mitteln, die ihnen zur Verfügung stehen, auszukommen und sich nicht zu verschulden. Die Verzichte, die sie dafür leisten müssen, bedeuten eine einschneidende Veränderung der bisherigen Lebensführung: *„Einkaufen zu gehen, das ist so demütigend gewesen und hart gewesen. Ein Stück Käse, vier Franken. Kann ich mir das leisten? Käse für vier Franken? Kann ich mir nicht leisten, ist zu teuer. Oder Fleisch, Wurst? Vergiss es! Ich habe mit der Zeit ziemlich ungesund leben müssen“* (B1, Z. 152). Auch die Freizeitgestaltung muss den knappen finanziellen Ressourcen angepasst werden, was zu einer Einschränkung bisher geschätzter Aktivitäten nötigt und sich zudem auf ihre Chancen auf soziale Teilhabe auswirkt (vgl. dazu N9).

Von Sozialhilfe abhängig zu sein, bedeutet jedoch nicht nur eine Einschränkung hinsichtlich der materiellen Ausstattung, die zur Verfügung steht. Bei manchen löst es grosse Ängste aus, nur noch ein Anrecht auf das Existenzminimum zu haben. Denn Eventualitäten, die die Zukunft bringen könnte, bleiben dadurch unwägbar: *„Wenn irgendetwas kommt und so, ich habe es nicht! Was mache ich jetzt?“* (B1, Z. 457). Aus eigener Kraft Vorsorge zu treffen, ist nicht mehr möglich. Eine Befragte beschreibt, sie könne derzeit noch ihr Haus bewohnen, in dem sie aufgewachsen sei. Doch nachdem das Geld für jeglichen Unterhalt am Gebäude nicht reiche, seien Probleme absehbar, ihre künftige Wohnsituation demzufolge ungewiss. Und sie sagt: *„Das beschäftigt mich so, vermute ich, dass ich deswegen jetzt psychische Probleme bekommen habe. [...] Das sind eben so Sachen, die mir Angst machen. Wie geht das weiter? Schaffe ich das noch?“* (B7, Z. 84, 86).

Insgesamt zeigt sich, dass chronisch psychisch Kranke in ihren ökonomischen und beruflichen Verwirklichungschancen deutlich eingeschränkt sind. Das Risiko der Armutsbetroffenheit ist sehr gross, und ihre Handlungsspielräume werden durch institutionelle Rahmenbedingungen deutlich begrenzt. In finanziellen Belangen erhalten sie teilweise Unterstützung durch Sozialarbeitende (vgl. N7-A), über Hilfestellungen bzw. Beratungen bezüglich ihrer beruflichen Situation haben sie sich nicht explizit geäußert.

Mehrfach finden sich Äusserungen dazu, dass die Befragten grossen Wert darauf legen, ihr Leben so autonom wie möglich zu führen und eigene Entscheidungsspielräume zu haben. Die meisten geben an, sich diesbezüglich kaum eingeschränkt zu fühlen, was möglicherweise auch dem Umstand zuzurechnen ist, dass niemand unter den befragten Personen einen Beistand/eine Beiständin hatte. Wo sie sich in ihrer Freiheit jedoch beschnitten fühlen, zeigen einzelne auch Mut, für ihr Recht einzustehen: *„Weil es ist nicht einfach, dass man dir sagt, was du machen musst. Und plötzlich merkst du, hey, bin ich eigentlich auch jemand? Habe ich eigentlich nicht auch ein Recht? Auch wenn ich jetzt psychisch krank bin, ich habe doch ein Recht! Und da ist mir immer der Song in den Sinn gekommen von Bob Marley: Get up, stand up, stand up for your right. Also, steh auf und kämpf für dein Recht“* (B1, Z. 54).

8. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die nun folgende Zusammenfassung resümiert die in Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse und diskutiert die Befunde.

8.1. Ergebnisdiskussion

Die Daten der Interviewstudie lassen für die Zeit vor der psychischen Erkrankung der Probandinnen und Probanden keine gerechtigkeitsrelevanten Einschränkungen¹² ihrer Central Human Capabilities erkennen. Die einzige Ausnahme bilden hierbei die Erfahrungen desjenigen Befragten, der aus dem Iran in die Schweiz migriert ist. Aufgrund der Kriegshandlungen in seinem Herkunftsland musste er entgegen seinen Wünschen seine schulische Bildung vorzeitig beenden (vgl. N4), und er war zudem sowohl im Iran als auch auf der Flucht nach Europa gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt (vgl. N3).

Die Situation ändert sich für alle Interviewteilnehmerinnen und –teilnehmer deutlich mit dem Auftreten der psychischen Erkrankung. Unbeeinträchtigt davon bleibt nur die Capability N10-A: Politische Kontrolle über die eigene Umwelt. In allen anderen Bereichen sehen sich Betroffene in ihren Verwirklichungschancen eingeschränkt. Ihre Lebenszufriedenheit sinkt, und es kommt bei einigen von ihnen zu Suizidgedanken, vereinzelt sogar zu suizidalen Handlungen, was das Risiko des frühzeitigen Versterbens beinhaltet. Betrachtet man empirische Befunde, so bestätigen diese die Einschränkungen psychisch kranker Menschen in der Capability N1: Leben. In nationalen Statistiken beschreibt die Kennzahl der „Verlorenen potenziellen Lebensjahre“ (VPL) die Differenz zwischen dem Sterbealter und einem definierten Referenzalter von 70 Jahren (vgl. Albrecht, 2012, S. 1122). Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2013) betrug in der Schweiz im Jahr 2012 die Zahl der gesamten VPL durch Suizid 18'435, was bei 1'037

¹² In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass Martha Nussbaum von einem Schwellenwert (threshold level) spricht, über dem das Niveau der Central Human Capabilities aller Bürgerinnen und Bürger liegen muss, damit eine Gesellschaft sich als gerecht bezeichnen kann. Dieser Schwellenwert wird von ihr nicht definiert, sondern unterliegt einer demokratischen Aushandlung. Nussbaum äussert sich nicht klar dazu, ob eine Festlegung des Schwellenwerts auf nationaler Ebene nicht neue globale Ungerechtigkeiten zwischen Menschen aus Ländern mit unterschiedlichen ökonomischen Bedingungen mit sich bringt und daher auf supranationaler Ebene stattfinden sollte (vgl. Nussbaum, 2003a, S. 40; 2008, S. 77; 2009, S. 335; 2010a, S. 115; 2013, S. 41-42). Nachdem für Schweizer Verhältnisse keine verbindlich definierten Schwellenwerte existieren, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass deutliche Einschränkungen an Verwirklichungschancen in Folge einer Krankheitssituation als gerechtigkeitsrelevant zu betrachten sind.

Suiziden im selben Referenzzeitraum einem arithmetischen Mittel von 17.8 verlorenen potenziellen Lebensjahren entspricht. Über 90% aller Menschen, die sich suizidieren, sind psychisch krank (vgl. Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003, S. 395; World Health Organization, 2014, S. 43)¹³.

Am deutlichsten sichtbar werden die als Folge der Erkrankung auftretenden Einschränkungen im Hinblick auf ökonomische und berufliche Chancen der Befragten (siehe N10-B). Rasch zeitigt der Umstand im Erwerbsleben Konsequenzen, dass Menschen mit psychischen Auffälligkeiten häufig geringer ausgeprägte Kompetenzen wie Flexibilität, Zusammenarbeits- und Kommunikationsfähigkeit besitzen (vgl. N-4). Dies wirkt sich sowohl auf die Leistung, als auch das Arbeitsverhalten und die Beziehungen am Arbeitsplatz aus. Eine im Auftrag des BSV durchgeführte Studie weist darauf hin, dass Vorgesetzte auf die wahrgenommenen Schwierigkeiten zu 47 % damit reagieren, vermehrt Leistung einzufordern. Nur 14 % von ihnen kommen auf die Idee, die Inanspruchnahme professioneller Hilfen anzuraten. Von Seiten der Mitarbeitenden erhalten Betroffene in einem Drittel der Fälle hilfsbereite Angebote, doch annähernd die Hälfte von ihnen reagiert mit Ablehnung, Ärger und Wut und zeigt keinerlei Mitleid (vgl. Baer, Frick, Fasel & Wiedermann, 2011, S. IX-XV). Die Hilflosigkeit Vorgesetzter im Umgang mit Betroffenen bestätigt auch eine Forschung der Deutschen Gesellschaft für Personalführung aus dem Jahr 2011. Mehr als die Hälfte der Personalverantwortlichen zieht es vor, über das Thema nicht zu sprechen (vgl. Roschker, 2013, S. 25; Sedlacek, 2011, S. 19).

Psychisch auffällige oder kranke Menschen erleben also aufgrund ihrer Andersartigkeit wenig soziale Akzeptanz, und sie erfahren von ihrer Umwelt die Zuschreibung, „schwierige Mitarbeiter“ zu sein. Diese Zuordnung von negativen Eigenschaften (Stigmata) aufgrund der Abweichung von gesellschaftlichen Erwartungen lässt sich als Diskriminierung der betroffenen Personen begreifen. Klassifikationen dieser Art sind „sozial folgenreich, weil sie soziale Urteile enthalten, die diskriminierendes Verhalten (...) legitimieren und die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe begrenzen“ (von Kardorff, 2010, S. 279). Zugleich werden „durch Unterscheidungen, die Unterschiede in Ungleichheiten verwandeln“ die Betroffenen „in ihrer Selbstachtung beschädigt und (...) in benachteiligte soziale Positionen verwiesen“ (Scherr, 2012, S. 7).

¹³ Auch ausserhalb der Suizidologie kommen empirische Studien zum Ergebnis, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine um 15 - 25 Jahre verkürzte Lebenserwartung haben (vgl. Bandelow et al., 2013, S. 62; Dittmar, 2013, S. 36; Hewer, 2010, S. 190; Lawrence, Hancock & Kisely, 2013, S. 1-2; Lehmann, 2013, S. 180).

Abbildung 4: Schwierigkeiten Personalverantwortlicher im Umgang mit psychisch beanspruchten Personen



Quelle: Sedlacek (2011, S. 20)

Gemäss der vorliegenden Interviewstudie erleben die Befragten ihre Erwerbssituation in der Folge als belastend und stressreich. Schweiger (2013) argumentiert, arbeitsbezogener Stress stelle ein gerechtigkeitsrechtliches Problem dar. Er begünstigt nicht nur physische und psychische Erkrankungen, sondern sei zudem innerhalb der EU-27 das zweithäufigste arbeitsrelevante Gesundheitsproblem. Nachdem Gesundheit als eine besondere Ressource betrachtet werden könne, die sowohl Einfluss auf die Lebensgestaltung, als auch die Nutzung anderer Ressourcen habe, müsse eine möglichst gerechte Verteilung von Gesundheit als eine Forderung sozialer Gerechtigkeit verstanden werden. Aus diesen Überlegungen leitet er die Gerechtigkeitsrelevanz von primärpräventiven Massnahmen gegen Stress am Arbeitsplatz ab (vgl. Schweiger, 2013, S. 48-51).

Nach längerdauernder Arbeitsunfähigkeit haben alle befragten Personen ihre Arbeitsstelle bzw. ihren Ausbildungsplatz verloren. Die Folgen sind fehlende Teilhabe an beruflicher Tätigkeit und Aus- oder Weiterbildung¹⁴. Dies bedeutet für sie eine existentielle Bedrohung, denn für die meisten Menschen

¹⁴ Der Ausschluss aus dem Erwerbsleben bedeutet folglich auch eine Einbusse an Verwirklichungschancen hinsichtlich Bildung und Weiterbildung, also der Central Capability N4: Sinne, Vorstellungskraft und Denken. Einmal mehr zeigt sich hier die enge Verwobenheit der Capabilities untereinander.

stellt der Arbeitsplatz die Grundlage ihrer materiellen Existenzsicherung dar. Ausserdem ist Erwerbsarbeit in der Schweiz die primäre Quelle sozialversicherungsrechtlicher Absicherung (vgl. Haverkamp, 2012, S. 374; Knöpfel, 2015, S. 23; Muschalla & Linden, 2008, S. 47). Vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu sein, hat jedoch noch weitreichendere Konsequenzen, denn über Erwerbsarbeit werden individuelle Identität vermittelt, sowie Status, Konsum- und Teilhabechancen zugewiesen. Der Verlust der Arbeitsstelle führt zu einer Einbusse an Lebensmöglichkeiten. Arbeitslose ziehen sich sozial vermehrt zurück, ihr Selbstwert leidet und es kommt in der Folge zu einer weiteren Verschlechterung der Gesundheitssituation (vgl. Dingeldey, Holtrup & Warsewa, 2015, S. 1; Lampert & Mielck, 2008, S. 12). Davon wissen auch sämtliche Probandinnen und Probanden der Interviewstudie zu berichten.

Die Ursachen für den Verlust der Teilhabechancen am Erwerbsleben einzig den Eigenschaften der Betroffenen zuzuschreiben, wäre jedoch eine verkürzte Schlussfolgerung. Sie sind ebenso sehr Resultat einer sozialen Selektion und hängen

nicht nur von der eigentlichen Beeinträchtigung ab, sondern auch von möglichen sozialen (Ab-)Wertungsprozessen. Demzufolge wird die soziale Selektion von einem Stigmatisierungsprozess begleitet, der insbesondere bei psychischen Erkrankungen in Erscheinung tritt und einen Einfluss auf die weiteren Lebenschancen ausübt (Pfortner, 2013, S. 35).

Die Stigmatisierung psychischer Erkrankung zeigt sich beispielsweise in der ablehnenden Haltung von Arbeitgebern, von denen über 60 % angeben, sie würden betroffene Menschen nicht in ihrem Betrieb anstellen. Empirischen Befunden zufolge sind Personen mit psychischen Beeinträchtigungen diesbezüglich mit grösseren Vorbehalten von Seiten Personalverantwortlicher konfrontiert als körperlich Handicapierete (vgl. Klaus, von Kajdacsy & Haverbier, 2015, S. 84; Social Exclusion Unit, 2004, S. 4). Wiewohl so manche grössere Unternehmen sich in ihren Leitbildern zu Prinzipien des Diversity Managements bekennen, zielt dieses so gut wie nicht auf die Inklusion psychisch Beeinträchtigter,

sondern nur auf jene Formen der Vielfalt, die im Sinne von Unternehmens- und Gewinnmaximierungspolitiken als ‚wertbar‘ angesehen werden, während die vermeintlich nicht ‚konsumierbaren‘ Phänomene von Vielfalt ausgegrenzt bleiben (Pieper & Mohammadi, 2014, S. 236).

Hier erkennt man die inhaltliche Verknüpfung mit der Zentralen Fähigkeit N7-B: Soziale Basis der Selbstachtung.

All diese Prozesse vollziehen sich vor einem gesellschaftlichen Hintergrund, den U. Beck (2010) als „institutionalisierte Individualisierung“ bezeichnet. Traditionelle Lebensformen, die individuelles Handeln zuvor zu normieren vermochten, haben an Bedeutung für die Lebensführung des Einzelnen verloren, sodass jede und jeder sich die eigene Biographie selbstverantwortlich erarbeiten muss. Strukturell geht diese gesellschaftliche Entwicklung einher mit einer Flexibilisierung und Deregulierung der Erwerbsar-

beit unter den Bedingungen neoliberaler Marktwirtschaft, die das Diktum der Ökonomie zur alles bestimmenden Rationalität macht. Employability, also die arbeitsmarkt- und leistungsfixierte Beschäftigungsfähigkeit, wird innerhalb dieser Rahmenbedingungen zum Schlüsselkriterium für gesellschaftliche Inklusion (vgl. Butterwegge, 2014, S. 84; Imbusch & Friedrichs, 2012, S. 112; Koenig, 2014, S. 246; Olk & Hübenthal, 2013, S. 286; Reich, 2013, S. 201).

Mit dieser Dynamik korrespondiert die Durchsetzung einer aktivierenden Sozialpolitik, die im Sinne der Work-first-Ideologie die Beschäftigungsfähigkeit in den Mittelpunkt ihrer Massnahmen rückt. Dies zeigt sich auch an den in den letzten Jahren erfolgten Revisionen und Anpassungen in der Schweizer Arbeitslosen- und Invalidenversicherung, sowie der Sozialhilfe. Zentrales Charakteristikum des Aktivierungsparadigmas ist es, die Arbeitslosenquote nicht durch Beeinflussung der Arbeitsnachfrage von Seiten der Wirtschaft beeinflussen zu wollen, sondern direkt bei den Erwerbslosen selber anzusetzen. Das Gelingen einer Reintegration ins Erwerbsleben wird damit in die Verantwortung der Einzelnen delegiert (vgl. Boecker, 2015, S. 32; Dahme & Wohlfahrt, 2015, S. 18; Hauss, 2015, S. 319; Kessl, 2013, S. 95; Olk & Hübenthal, 2013, S. 286; Sommerfeld & Wigger, 2008, S. 1; Wyss, 2007, S. 10). U. Beck (2010) schreibt dazu: „Das individualisierte Individuum wird paradoxerweise stilisiert zu *der* Kompensationsinstanz für alles, was in der Gesellschaft nicht mehr funktioniert“ (U. Beck, 2010, S. 28). Dabei bedeutet der Umstand, sich in einem Arbeitsverhältnis zu befinden aus Sicht des Fähigkeiten-Ansatzes nach Nussbaum nicht notwendigerweise eine Erweiterung der Capability zu sinnstiftender Arbeit. Denn Erwerbsarbeit muss aus ihrer Sicht sowohl Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung eröffnen, als auch materielles Wohlergehen sichern. Arbeitssuchende so rasch wie möglich ins Erwerbsleben zurück zu nötigen, ohne diese Aspekte zu berücksichtigen, wird diesem Anspruch nicht gerecht (vgl. Bonvin, 2009, S. 15).

Gerade für chronisch psychisch kranke Menschen stellt die gesellschaftliche Forderung, ihre Employability durch eigene Anstrengungen wiederherzustellen, oft eine Situation grosser Anforderung, wenn nicht sogar Überforderung dar. Nicht zuletzt wegen des gesellschaftlich bedeutsamen Stellenwerts von Erwerbsarbeit wünschen sich auch die Befragten dennoch sehr, den Schritt zurück in die Berufswelt zu schaffen. Dabei setzen sie auf die Unterstützung der Invalidenversicherung (IV), die seit der 5. IV-Revision von 2008 den Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ umsetzt. Die Mehrheit der Probandinnen und Probanden dieser Interviewstudie hat an Massnahmen der IV teilgenommen, die das Ziel der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben verfolgen. Sie erlebten teilweise monatelange Zeiten des Wartens, bis sie von der IV die Bewilligung zur Teilnahme an einer Eingliederungsmassnahme erhielten. Auf den Zeitpunkt des Beginns einer Massnahme hatte niemand von den Betroffenen Einfluss, und nur eine Person wurde in die Entscheidung über die Art der Eingliederungsmassnahme so involviert, dass sie sich als Beteiligte wahrnahm. So sehr also der Begriff der Eigenverantwortlichkeit innerhalb des Paradigmas der aktivierenden Sozialpolitik betont wird, so wenig scheint er mit Autonomie und Partizipation zu korrespondieren (vgl. Schallberger & Wyer, 2010, S. 9). Die sozialpolitische Forderung, die sich aus Gerechtigkeitstheoretischer Sicht daraus ableitet, bringen Brunkhorst und Otto (1989) auf den Punkt: „Man muss

beides wollen: Soziale Gerechtigkeit durch mehr, nicht weniger Sozialstaat und Freiheit durch gleichzeitige Zerstörung seiner erstickenden Disziplinarmacht“ (Brunkhorst & Otto, 1989, S. 372).

Zu einer Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt haben die Massnahmen bei den befragten Personen nicht geführt¹⁵. Ihre Teilhabechancen in der Arbeitswelt sind nach Jahren der Betroffenheit durch eine psychische Beeinträchtigung kaum noch existent. Bis sie jedoch einen allfälligen Anspruch auf eine finanzielle Absicherung durch die IV-Rente erhalten, vergeht meist sehr viel Zeit. Der in der Regel etwa zwei Jahre andauernde Anspruch auf Krankentaggeld ist bis dahin erschöpft. Die Armutsbetroffenheit der befragten Personen ist in der Folge signifikant hoch, und der Gang zum Sozialamt wird von ihnen durchwegs als belastend und beschämend erlebt. Einen Hinweis auf die Häufigkeit, mit der psychisch beeinträchtigte Menschen armutsgefährdet sind, gibt auch ein von Briner und Guzek (2009) durchgeführtes Screening von Sozialhilfeempfängerinnen und –empfängern der Stadt Zürich. Diese ergab, dass mindestens 20 % der Personen, die sich neu beim Sozialamt anmeldeten, psychisch schwer, weitere 33 % mittelschwer belastet waren. Ganze 16 % von ihnen berichteten zudem von schweren Suizidgedanken (vgl. Briner & Guzek, 2009, S. 1).

Zusätzlich zu den materiellen Auswirkungen der Armutsbetroffenheit und den negativen Folgen für ihre sozialen Teilhabechancen¹⁶, laufen die Betroffenen damit auch Gefahr, in ihrem gleichberechtigten Zugang zum Leistungsangebot des Gesundheitswesens eingeschränkt zu werden. Die Entscheidungsmacht darüber, ob ein medizinisch indiziertes stationäres Therapieangebot genutzt werden kann, liegt nicht mehr bei der behandlungsbedürftigen Person, sondern beim Sozialamt. Dieses befindet darüber, ob die nicht von der Krankenkasse getragenen Spitalbeiträge übernommen werden oder nicht¹⁷.

¹⁵ Bislang liegen noch keine Daten vor, inwieweit die Eingliederungsmassnahmen der IV dazu beitragen, dass Versicherte wieder nachhaltig im regulären Arbeitsmarkt Fuss fassen können. Das BSV führt eine Zwischenevaluation durch, erste Ergebnisse werden Ende 2015 erwartet (vgl. Föhn, 2014, S. 3).

¹⁶ Auf den empirisch belegten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sei hier nur verwiesen (siehe dazu z.B. Habl, 2009; Haverkamp, 2012; M. Richter & Hurrelmann, 2009; Sting, 2011).

¹⁷ Einschränkungen hinsichtlich des Zugangs zum Gesundheitssystem können auch in rechtlichen Rahmenbedingungen begründet sein. Der Art. 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ermöglicht Versicherungen, säumigen Zahlerinnen und Zahlern Leistungen zu verweigern. Die Studie von Marti und Wolff (2006) kommt zum Ergebnis, dass diese Gesetzesregelung zu einer zunehmenden Exklusion vulnerabler Kranker von der Gesundheitsversorgung führt. Diese ausgeschlossenen Patienten und Patientinnen weisen einen tiefen sozioökonomischen Status auf sowie eine erhöhte Prävalenz chronischer (88%) und psychischer (59%) Erkrankungen (vgl. Marti & Wolff, 2006, S. 2503).

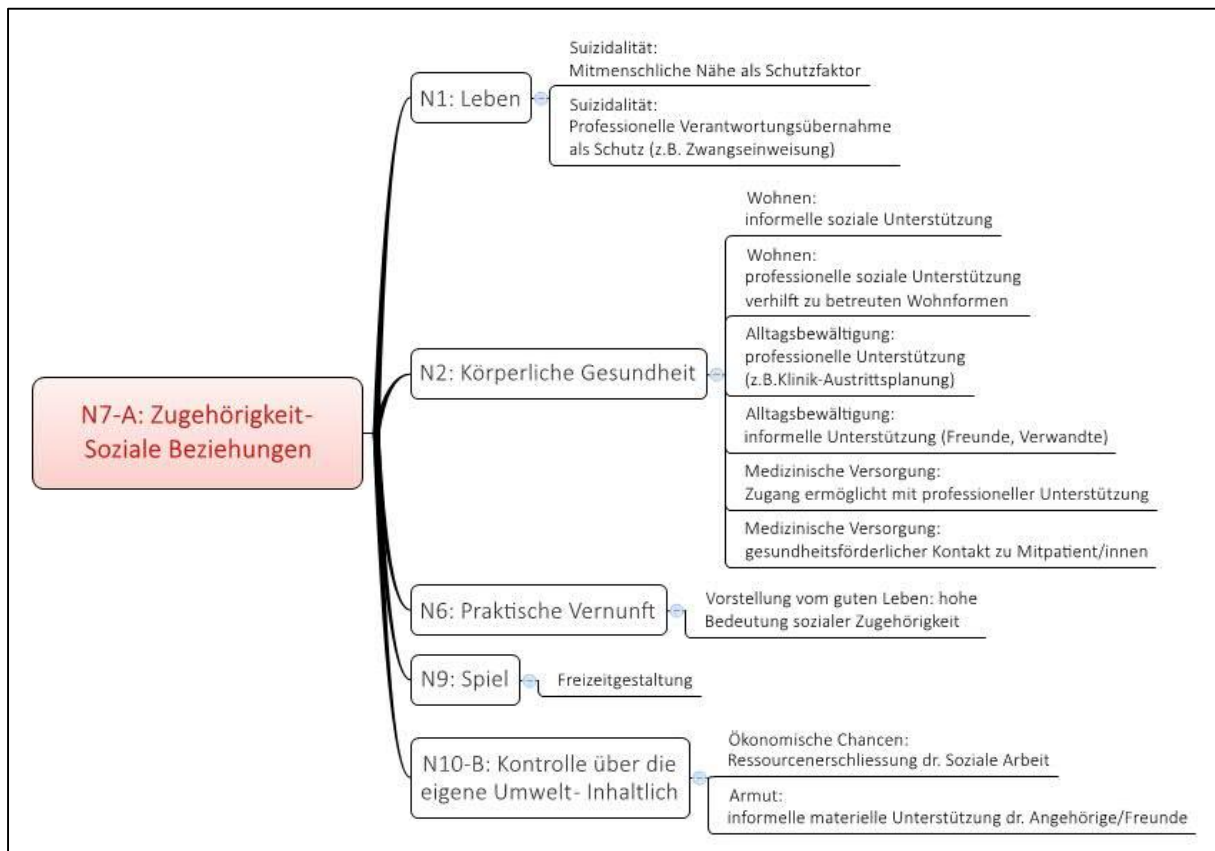
Empirische Studien vermögen zu belegen, dass das psychische Wohlergehen negativ beeinflusst wird, wenn Menschen eine Situation nicht mehr selber beeinflussen können und das Gefühl von Kontrollverlust erleben (vgl. Sittenthaler & Jonas, 2013, S. 274). Nur eine einzige Befragte äussert sich dazu, wie sie sich darum bemüht hat, um ihre Rechte zu kämpfen und ihre Autonomie damit zurückzugewinnen. Tatsächlich dürfte es nur einer Minderheit unter den psychisch beeinträchtigten Menschen gelingen, das Selbstbewusstsein, die Selbstbehauptungskraft und die nötige Energie aufzubringen, um für eigene Anliegen engagiert einzutreten. Soziale Arbeit hat hier den Auftrag, sich sowohl für die Ermächtigung der Betroffenen einzusetzen, als auch anwaltschaftlich tätig zu werden (vgl. Homfeldt, 2012, S. 496; Kirtz, 2007, S. 34).

Ganz generell lassen die Ergebnisse die hohe gegenseitige Dependenz der einzelnen Capabilities erkennen. So wie ein Zuwachs an Verwirklichungschancen innerhalb einer Capability sich positiv auf mehrere andere gerechtigkeitsrelevante Bereiche auswirkt, so ziehen auch Einschränkungen negative Folgen in mehr als einer Capability nach sich. Besonders deutlich erweist sich der Einfluss der Fähigkeit N7-A: Zugehörigkeit auf die Verwirklichungschancen in anderen Bereichen. Nussbaum selbst hält diese Capability – gemeinsam mit derjenigen der Praktischen Vernunft (N6) – für die bedeutsamste unter den Zentralen Menschlichen Fähigkeiten, denn „they both organize and suffuse all the others, making their pursuit truly human“ (Nussbaum, 2008, S. 82).

Soziale Beziehungen zu pflegen wird von den befragten Personen nicht nur als sinnstiftend und für ein gutes Leben besonders wichtig angesehen. Freundschaften zu pflegen hat auch ganz konkrete Auswirkungen auf ihre Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Die Probandinnen und Probanden verbringen sie vermehrt in Gemeinschaft und ausgefüllt mit aktiven Tätigkeiten, wenn sie über nahe soziale Bindungen verfügen (vgl. N9). Bei alltäglichen Aufgaben helfen Angehörige und gute Bekannte, wenn eigene Bewältigungsstrategien nicht ausreichen. Und wer wohnungslos geworden ist, kann unter Umständen bei Verwandten oder Freunden auf ein (vorübergehendes) Zuhause hoffen. Die Befragten erfahren von den Personen aus ihrem sozialen Umfeld mitmenschliche Aufmerksamkeit, was ihnen zu das Gefühl vermittelt, wertvoll und geschätzt zu sein und ihnen zu gesteigertem Selbstwert verhilft. Als sehr hilfreich schätzen sie in diesem Zusammenhang auch den Kontakt mit der Patientengruppe während des stationären Klinikaufenthaltes ein. Umgekehrt gilt, dass fehlende soziale Unterstützung oder konflikthafte Beziehungen im näheren Umfeld eine grosse Belastung für psychisch kranke Menschen darstellen. Böhnisch (2005) drückt dies mit den Worten aus:

Da gerade bei sozialer Desintegration die alltäglichen sozialen Netzwerke und Unterstützungssysteme nicht mehr greifen oder dysfunktional geworden sind (z.B. beim Phänomen der Co-Abhängigkeit beim Alkoholismus), ist man auf seine leibseelische Zustandsbefindlichkeit und sein Betroffensein zurückgeworfen (Böhnisch, 2005, S. 216).

Abbildung 5: Ergebnisse zum Einfluss der Sozialen Zugehörigkeit auf andere Central Human Capabilities



Quelle: Eigene Darstellung

Diese Ergebnisse decken sich mit einer Vielzahl empirischer Befunde. Die direkte Wirkung sozialer Bindungen auf die psychische Gesundheit gilt als gut erforscht. Demnach wirken enge Beziehungen zu einer Vertrauensperson (Confidant), der man sich mitteilen kann und von der man emotionalen Rückhalt bekommt, als resilienzfördernder Schutzfaktor gegenüber Depressionen. Geht es darum, an wichtige Informationen zu kommen wie z.B. über eine freie Arbeitsstelle oder eine günstig zu mietende Wohnung, dann erweist sich ein erweitertes soziales Netzwerk mit weniger engen Beziehungen (z.B. informelle Kontakte innerhalb der Wohngemeinde, oberflächliche Bekanntschaften oder Berufskontakte) als besonders nützlich. Insgesamt lässt sich sagen: Je subjektiv befriedigender und objektiv hilfreicher das soziale Netzwerk eines Menschen ist, desto geringer ist sein Erkrankungsrisiko. Dieser positive Einfluss sozialer Zugehörigkeit zeigt sich nicht nur hinsichtlich der Krankheitsgenese, sondern gilt gleichfalls für Prozesse der Genesung. Studien belegen, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten, die enge Beziehungen pflegen, Bindungen zu Nachbarn und Arbeitskolleginnen haben oder Mitgliedschaften in Vereinen besitzen, bessere Rehabilitationserfolge verzeichnen können (vgl. von Arx-Wörth & Hautzinger, 1995, S. 231; Badura, 1981, S. 22-26; Siegrist, 1995, S. 10; Waltz, 1981, S. 81).

Diese Befunde sind von besonderem Interesse für die Soziale Arbeit, zählt doch Soziale Netzwerkarbeit zu ihrem Methodenrepertoire (vgl. Galuske, 2007, S. 306). Doch ehe wir der Frage nachgehen, wie Soziale Arbeit die Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen befördern kann, soll zunächst noch das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie kritisch reflektiert werden.

8.2. Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens

Ziel der vorliegenden Studie war es, Erkenntnisse über die Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen zu erlangen. Rückblickend lässt sich konstatieren, dass die Wahl eines qualitativen Forschungsdesigns sich dafür als geeignet erwies, zielt qualitative Forschung doch grundlegend auf methodisch kontrolliertes Fremdverstehen (vgl. Hollstein & Ullrich, 2003, S. 36). Es ist mit diesem Vorgehen gelungen, etwas darüber zu erfahren, ob die Probandinnen und Probanden ein „gutes Leben“ im gerechtigkeitstheoretischen Sinn Martha Nussbaums führen.

Ein besonderer Fokus des Capability Approachs liegt auf der Betonung von Handlungsspielräumen und substanzieller Freiheit. Als gerechtigkeitsrelevant gilt nicht nur, was Menschen tatsächlich tun, sondern vielmehr was sie aus freier Entscheidung zu tun imstande wären. Beobachtbar und messbar sind jedoch nur umgesetzte Verwirklichungschancen, also Funktionen (Functionings). Der Möglichkeitsaspekt, der vorhandenen Handlungsspielräumen innewohnt, ist nicht direkt beobachtbar (vgl. Alkire, 2008, S. 1; Leßmann, 2012, S. 2; Leßmann, 2013, S. 26, 33; Wells, 2012, S. 7). Dies war ein weiterer, wesentlich Grund für die Wahl eines qualitativen Forschungszugangs. Die Antworten der befragten Personen geben tatsächlich einige Einblicke in (strukturelle) Einschränkungen hinsichtlich ihrer Handlungsspielräume. Die Probandinnen und Probanden der Studie geben jedoch nur in geringem Masse Auskunft über unterschiedliche Optionen in ihrem Leben, von denen sie sich für eine bestimmte Alternative frei entscheiden haben. Noch mehr über ihre effektiv vorhandenen Wahlfreiheiten und folglich über ihre Capabilities zu erfahren, hätte möglicherweise gezielteren Nachfragens nach diesen Aspekten durch die Interviewerin bedurft, was in Konsequenz zu längeren Interviews geführt hätte. Angesichts der Tatsache, dass die Gesprächsdauer für die chronisch psychisch kranken Probandinnen und Probanden nicht zu einem Belastungsfaktor werden sollte, wurde dem ethischen Prinzip der Nichtschädigung von Forschungsteilnehmenden vor dem Erkenntnisinteresse Vorrang eingeräumt.

Fast alle befragten Personen geben an, zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit ihrer Lebenssituation weitgehend zufrieden zu sein. Betrachtet man den Umstand, dass die Ergebnisse auf weitreichende Einschränkungen ihrer Capabilities schliessen lassen, so wäre denkbar, dass ihre subjektive Einschätzung einer Anpassungsleistung im Sinne von adaptiven Präferenzen entspricht. Unter einer adaptiven Präferenz versteht man, dass der momentane Zustand „im Vergleich zu Alternativen höher bewertet [wird], als er bewertet würde, wenn er nicht der Status Quo wäre“ (von Weizäcker, 2011, S. 18). Grundsätzlich lässt sich die menschliche Fähigkeit, derartige Anpassungsleistungen zu erbringen, als positiv beschreiben,

weil damit ein grösserer Realitätsbezug hergestellt wird, wie auch Nussbaum (2008) sehr plastisch beschreibt: „We get used to having the bodies we do have, and even if, as children, we wanted to fly like birds, we simply drop that after a while, and are probably the better for it“ (Nussbaum, 2008, S. 137). Andererseits ist zu berücksichtigen, dass Menschen sich an widrige Situationen gewöhnen, sodass ihre subjektive Selbsteinschätzung ihr tatsächliches Wohlergehen nicht angemessen repräsentiert. Wer beispielsweise unter Lebensbedingungen von Armut und Deprivation leidet, fügt sich vielleicht in ein als unvermeidlich betrachtetes Schicksal und entwickelt nur noch Wünsche, die sich auf das subjektiv Mögliche beschränken und nicht über den Status Quo hinausreichen. Adaptive Präferenzen unterstützen auf diese Weise die Akzeptanz struktureller Ungerechtigkeiten und vermindern Verwirklichungschancen, wiewohl sie nicht mit Äusserungen von Unzufriedenheit einhergehen (vgl. Grundmann, Hornei & Steinhoff, 2013, S. 140; Schoenberg, 2013, S. 72; Schrödter, 2011, S. 1590; Steckmann, 2010, S. 102; Teschl & Comim, 2005, S. 232). Die Datenauswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse vermag die tieferliegende Sinnstruktur der entsprechenden Aussagen von Befragten nicht ausreichend zu hinterfragen. Um das Phänomen der adaptiven Präferenzen exakter zu erfassen, bedürfte es einer hermeneutischen Herangehensweise.

Zuletzt noch einige kritische Anmerkungen zur Stichprobe der vorliegenden Interviewstudie. Wie bereits vorgängig erwähnt, war es im Rahmen dieser Masterthesis nicht möglich, eine ausreichende Anzahl von Gesprächen durchzuführen, sodass von einer theoretischen Sättigung des Samples hätte ausgegangen werden können. Es gilt darauf hinzuweisen, dass sich unter den Befragten niemand befand, der einen Beistand bzw. eine Beiständin hatte. Die Errichtung einer Massnahme des Erwachsenenschutzrechts führt in vielen Fällen zu einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit der betroffenen Person. Es wäre zu erwarten, dass die Ergebnisse zum Erleben der eigenen Autonomie und Entscheidungsspielräume anders ausgefallen wären, wenn diese Personengruppe ebenfalls vertreten gewesen wäre.

Aus Ressourcengründen¹⁸ wurde die Befragtengruppe für diese Interviewstudie auf deutschsprachige Gesprächspartnerinnen und –partner eingeschränkt. Ausgeschlossen wurden somit Personen mit Migrationshintergrund, die nur geringe Deutschkenntnisse besitzen. Damit fand eine Personengruppe keine Berücksichtigung, die in hohem Masse von psychischen Krankheiten belastet ist. Die fehlende Kompetenz, in der hier geltenden Amtssprache zu kommunizieren, wirkt sich zudem direkt auf deren Zugangschancen zu relevanten sozialen Systemen (z.B. Bildung, Arbeit) aus. Soziale Teilhabe und Sprachkompetenz beeinflussen sich wechselseitig (vgl. Guggisberg, Oesch & Gardiol, 2010, S. 123; Heckmann, 2015,

¹⁸ Eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher beizuziehen war aus Ressourcengründen nicht möglich.

S. 109). Es darf begründet angenommen werden, dass die Lebenssituation dieser Menschen von Exklusionserfahrungen geprägt ist und sie somit in ihren Verwirklichungschancen deutlich eingeschränkt sind. Um diese These fundiert zu prüfen, bedürfte es weiterer Forschung.

Des Weiteren ist zu beachten, dass das gewählte methodische Vorgehen Genderaspekte nicht berücksichtigt. Frauen tragen ein fast dreifach erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken, und empirische Studien verweisen zudem darauf, dass auch die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen in Abhängigkeit vom Geschlecht differiert (vgl. Fasel, Baer & Frick, 2010, S. 28-29; Schuler & Burla, 2012, S. 24). Inwieweit sich diese genderspezifischen Unterschiede auch als Varianzen in den Verwirklichungschancen zeigen, wurde in der vorliegenden Forschung nicht untersucht.

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE SOZIALEN ARBEIT

Das folgende Kapitel widmet sich der Beantwortung der ersten Unterfrage dieser Masterthesis.

1. Unterfrage:

Wie kann die Soziale Arbeit die Verwirklichungschancen erwachsener chronisch psychisch Kranker in der Schweiz positiv beeinflussen?

Wie anhand der Ergebnisse (siehe Kapitel 7) gezeigt werden konnte, sind chronisch psychisch kranke Menschen in der Schweiz in vielerlei Hinsicht bezüglich ihrer Central Human Capabilities eingeschränkt. Diese zentralen Fähigkeiten werden gemäss Nussbaum (2000) als „combined capabilities“ beschrieben, „which may be defined as internal capabilities combined with suitable external conditions for the exercise of the function“ (Nussbaum, 2000, S. 234).

Dies verweist darauf, dass Menschen ihre personenbezogenen Fähigkeiten innerhalb ihrer sozialen, wirtschaftlichen und politischen Umstände herausbilden und entwickeln können sollten. Und schliesslich sollten sie auch ein Umfeld vorfinden, das sie nicht daran hindert, die ihnen möglichen Dinge zu tun (vgl. Röh, 2013a, S. 224). Wenn wir die Frage aufwerfen, wie die Verwirklichungschancen Betroffener positiv beeinflusst werden können, sollten daher sowohl Massnahmen auf individueller, als auch struktureller Ebene in Betracht gezogen werden.

Des Weiteren ist aus den Ergebnissen sichtbar geworden, dass die einzelnen Fähigkeiten sich wechselseitig verstärken bzw. beeinträchtigen können. Eine besondere Stellung unter den Central Capabilities nimmt hier die Fähigkeit N7: Zugehörigkeit ein, der Martha Nussbaum eine architektonische Funktion zuschreibt. Dies deshalb, weil sich Menschen als soziale Wesen in ihrem gesamten Tun und Planen hinsichtlich eines guten, erfüllten Lebens ausrichten auf die Verbundenheit mit anderen Menschen (vgl.

Nussbaum, 2012, S. 60). Menschen in dieser Capability zu stärken, kann auf den Ebenen anderer Verwirklichungschancen folglich Multiplikatoreffekte erzielen. Dies ist für die Soziale Arbeit insofern von grossem Interesse, als sie mit der Methode der Sozialen Netzwerkarbeit Interventionsmöglichkeiten kennt, die diese Zentrale Fähigkeit positiv beeinflussen können.

Wenn im Folgenden daher Interventionen der Sozialen Netzwerkarbeit vorgestellt werden, so dienen diese dazu, beispielhaft zu zeigen, wie Soziale Arbeit dazu beitragen kann, die Chancen von chronisch psychisch kranker Menschen auf ein gutes Leben nach ihren eigenen Vorstellungen zu verbessern. Dazu wird zunächst dargelegt, welches grundlegende Konzept dieser Methode zugrunde liegen soll. Sodann folgen allgemeine, theoretische Anmerkungen zu Sozialen Netzwerken, und im Anschluss daran wird auf mögliche Interventionen auf Mikro-, Meso- und Makroebene eingegangen.

9.1. Empowerment

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind insbesondere im klinischen Alltag der Psychiatrie mit einer tendenziell defizit- und symptomorientierten Sichtweise konfrontiert, und schon die Forderung nach Krankheitseinsicht zieht für sie häufig Prozesse sowohl der Fremd- als auch der Selbststigmatisierung nach sich (vgl. van den Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen & Leggemann, 2012, S. 60; Fengler & Fengler, 2014, S. 298; Schlimme, 2012, S. 160; Schüle, 2007, S. 39). Goffman (1973) äussert dazu: „Vom Patienten wird ‚Einsicht‘ verlangt, und man erwartet, dass er sich die Meinung der Klinik über sich selbst zu eigen macht oder wenigstens so tut als ob“ (Goffman, 1973, S. 153). Aus soziologischer Perspektive lässt sich dies als „hartnäckige Aushandlungsniederlage“ sozialer Realität verstehen (Dellwing, 2008, S. 150). Für Betroffene folgert daraus unter Umständen die Rollenzuschreibung „_ENREF_155eines ‚Hilfe- oder Rezeptempfängers‘, der lediglich passiv darauf warten kann, was ihm der Experte rät oder verschreibt“ (Röh, 2005, S. 48). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist demgegenüber einem salutogenetischen Zugang verpflichtet, der auf die Förderung resilienzstärkender, lebensweltlicher Ressourcen fokussiert und Klientinnen und Klienten als Kooperationspartner versteht (vgl. Pauls, 2011b, S. 103; Röh, 2013b, S. 47). Das diesem Zugang entsprechende professionelle Konzept ist dasjenige des Empowerment.

Gemäss Herriger (2002) ist Empowerment „eine Sammelkategorie für alle solchen Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis, die die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln“ (Herriger, 2002, S. 1). Es zielt stets auf partizipative Prozesse, die den Fokus auf Befähigung Betroffener haben und sie dazu anstiften, ihre eigenen Kompetenzen zu entdecken und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen

schätzen zu lernen¹⁹. Da Menschen als Trägerinnen und Träger unveräusserlicher Freiheitsrechte betrachtet werden, sind „eigen-sinnige“ Lebenswege sowie unkonventionelle Lebensentwürfen von Klientinnen und Klienten zu respektieren. Empowerment fördert somit solidarische Formen der Selbstorganisation und legt Wert auf gemeinschaftliches Handeln (vgl. Keupp, 2005, S. 234; Staub-Bernasconi, 2013, S. 52). Auf der konkreten Handlungsebene ergeben sich gemäss Galuske (2007) durch konsequente Empowerment-Orientierung folgende Perspektivwechsel:

- von der Defizitorientierung zur Förderung von Stärken;
- von der Einzelförderung zur Stärkung von Individuen in Gruppen und (politischen) Kontexten;
- von der Beziehungsarbeit zur Netzwerkförderung (Galuske, 2007, S. 263)

Das bedeutet, dass der Arbeitsschwerpunkt sich verlagert von der direkten Intervention hin zur Förderung von Zusammenhängen und der Eröffnung von Möglichkeitsspielräumen. Der Wert dieser Herangehensweise wird im Folgenden noch deutlicher, wenn der Nutzen sozialer Netzwerke kurz dargestellt wird.

9.2. Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung

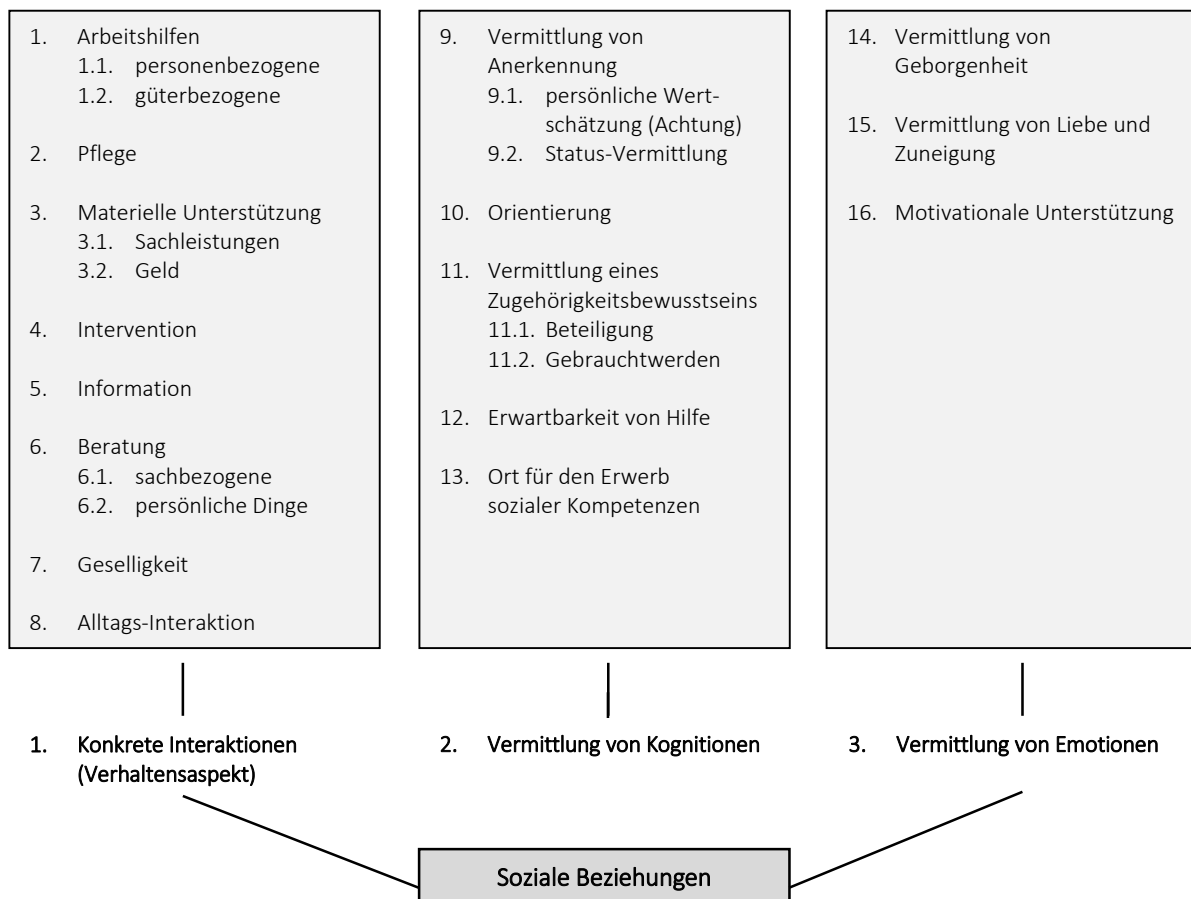
Soziale Netzwerke beeinflussen sowohl die Gesundheit, als auch das Wohlergehen durch eine Reihe von Mechanismen. Ihre überwiegende Bedeutung erhalten sie jedoch dadurch, dass sie eine mögliche Infrastruktur für die Bereitstellung sozialer Unterstützung darstellen. Diese Unterstützungsleistungen können ganz unterschiedliche Formen annehmen, angefangen von emotionalen Belangen, über praktische Hilfen an Gütern oder Dienstleistungen bis hin zu Informationen. Ein Überblick über die inhaltliche Typologie sozialer Unterstützung, die von Netzwerken geleistet wird, findet sich in Abbildung 6. Aus der professionellen sozialarbeiterischen Sicht ist zudem wissenswert, dass das Eingebundensein in soziale Netzwerke und individuelle Befähigung sich empirisch erwiesen gegenseitig positiv unterstützen²⁰, und

¹⁹ Kritikerinnen und Kritiker des Empowerment-Konzepts merken an, dass dieses vom Bild eines starken, autonomen und erfolgreichen Individuums ausgehe, das in der Lage sei, seine Interessen gemeinsam mit anderen zu verfolgen (vgl. Stark, 1996, S. 76). Es gilt daher stets, sich der Vulnerabilität chronisch psychisch Kranker bewusst zu sein und sich auf den Zwiespalt zwischen Über- und Unterforderung einzustellen. Lassen sich professionelle Helferpersonen auf das Ausbalancieren zwischen diesen Polen ein, vermag Empowerment die Lebensbewältigungsstrategien von psychisch Kranken nachweislich zu stärken (vgl. Röh, 2005, S. 324-326).

²⁰ In der Ottawa-Charta von 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Zusammenhang zwischen sozialer Eingebundenheit, Selbstbestimmung und Gesundheit festgehalten und programmatisch als Interventionsebene für Gesundheitsförderung aufgenommen. Damit hat sie Soziale Netzwerke als salutogene Ressource in den Blick genommen. Gesundheit zu fördern, zielt demgemäss „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme

zwar insbesondere durch eine Vermehrung der sozialen Kontakte ausserhalb der Primärfamilie (vgl. Barth, 1998, S. 12; Rössler & Lauber, 2013, S. 360; Smith & Christakis, 2008, S. 406; Windzio & Zentarra, 2014, S. 55).

Abbildung 6: Inhaltliche Typologie sozialer Unterstützung



Quelle: Eigene Darstellung, nach U. Otto (2011, S. 1384)

Grundsätzlich unterscheidet man in der Netzwerkforschung zwischen einer primären, einer sekundären und einer tertiären Netzwerkebene. Primäre soziale Netzwerke bestehen aus persönlichen, informellen

und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln“ (World Health Organization, 1986, S. 1, 4).

Kontakten auf der Mikroebene. Sekundäre Netzwerke entstehen durch die Einbindung in Organisationen oder Vereine und sind auf der Mesoebene angesiedelt. Netzwerke der tertiären Ebene bestehen aus professionellen Akteuren und zählen zum formellen System (vgl. Bruns, 2013, S. 229).

Die Förderung der Capability Zugehörigkeit bedarf der Netzwerkförderung auf mehreren Ebenen und beinhaltet

- die Aktivierung informeller Hilfen und ihre Verknüpfung mit professionellen Hilfeleistungen;
- die Aufdeckung und Förderung der originären Fähigkeiten der unterschiedlichen Netze (...)
- die Koordination von Leistungen der organisierten Versorgung;
- die Abstimmung und Verknüpfung der Leistungen der unterschiedlichen Helferkreise (Garms-Homolová & Schaeffer, 1991, S. 186).

Im Folgenden werden Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit unter Berücksichtigung der spezifischen Charakteristika der jeweiligen Netzwerkebene vorgeschlagen. Dabei ist anzumerken, dass in der Praxis immer die Förderung von Bezügen sowohl innerhalb informeller, als auch formeller Netzwerke zu berücksichtigen ist und die einzelnen Interventionen auch Auswirkungen in mehreren Bereichen zeitigen können.

9.3. Interventionen auf der Mikroebene

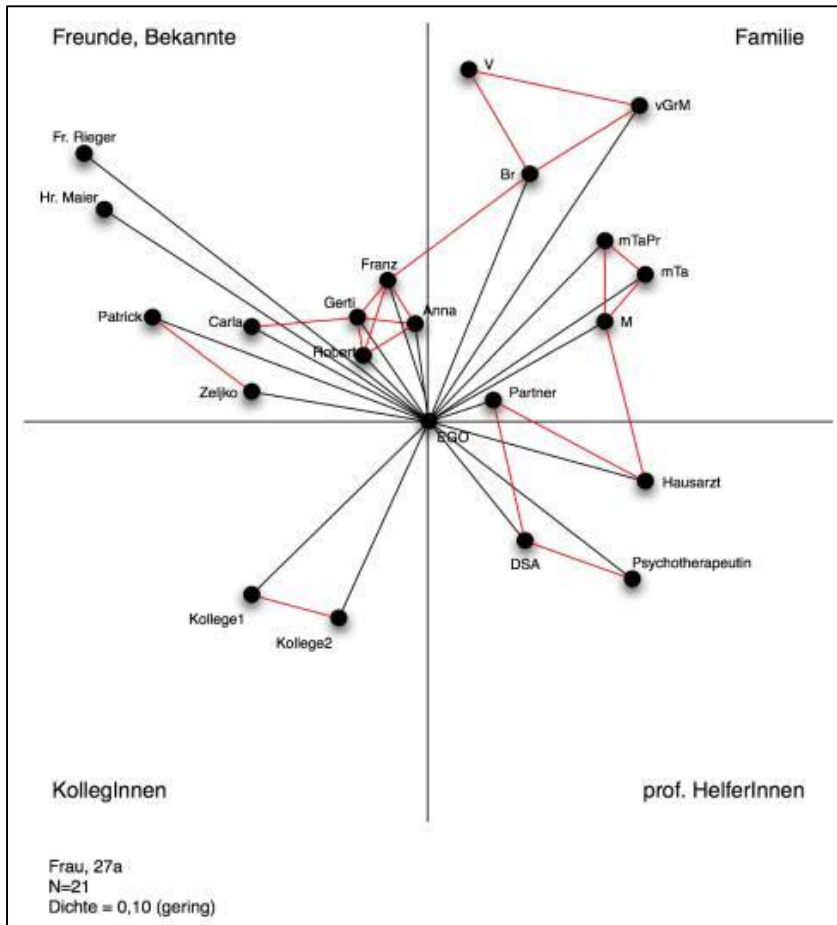
Primäre soziale Netzwerke bestehen aus selbstgewählten Beziehungen innerhalb der Familie und Verwandtschaft, in der Nachbarschaft und zu Freunden. Personen aus diesem informellen Netzwerk werden Studien zufolge in Lebenskrisen zuerst angefragt, ehe professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Sie stellen in der Regel den Grossteil sozialer Unterstützungsleistungen zur Verfügung und sind zudem deshalb von besonderer Bedeutung für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, weil gesundheitsrelevante Sozialisation vor allem innerhalb dieser primären Netzwerke stattfindet. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass das nahe soziale Umfeld nicht nur Ressourcen, sondern auch Belastungen und Stressoren enthalten kann (vgl. Bruns, 2013, S. 229; Frewer-Graumann, 2014, S. 54; Herdt, Winckel & Laskowska, 2010, S. XI; Peter, 2009, S. 123; Petzold, 2012, S. 521).

In der fallorientierten Netzwerkarbeit muss es zunächst darum gehen, den Status der Einbindung in soziale Netzwerke diagnostisch zu erheben. Der Gemeinschaftsbezug verlangt von der Sozialarbeit eine Analyse der Gemeinschaftspotenziale der psychisch kranken Person und ihrer Umweltbeziehungen. Die Beziehungslandschaft von Klientinnen und Klienten kann beispielsweise anhand einer Netzwerkkarte²¹

²¹ Zu weiteren Methoden der Netzwerkanalyse siehe z. B. Galuske (2007, S. 312); Pantuček (2009, S. 198); Stimmer (2012, S. 90); Wendt (2015, S. 166).

sichtbar gemacht werden. Diese dient anschliessend dazu, gemeinsam mit den Betroffenen die Funktionalität des vorhandenen Netzwerkes zu eruieren und sowohl unterstützungsbezogene Ressourcen als auch die Bedarfe der Betroffenen zu identifizieren (vgl. Galuske, 2007, S. 264; Pantuček, 2009, S. 187).

Abbildung 7: Beispiel einer Netzwerkkarte



Quelle: Pantuček (2007, S. 3)

9.4. Interventionen auf der Mesoebene

Die sekundäre Netzwerkebene bezieht sich auf die Einbindung in Vereine, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftsvereinigungen, religiöse Gemeinschaften und ähnliches mehr. Bei diesen Netzwerken handelt sich um informelle soziale Gebilde aus dem Laiensystem. Die Verbindlichkeitsstrukturen sind hier geringer als auf der primären Ebene. Es sind nicht zuletzt gesellschaftliche Veränderungen (z.B. Erosion der Familie, Individualisierung der Lebenswelten), die zu einer zunehmenden Bedeutung sekundärer Netzwerke führen. Häufig nehmen diese eine intermediäre Funktion zwischen primären und tertiären Netzwerken ein. Die Formen sozialer Unterstützung, die Einzelne erhalten, sind vor allem Geselligkeit, aber

auch Zugang zu Informationen. Letzteres kann zudem gesundheitsfördernde Effekte zeitigen, da gesundheitsrelevante Informationen in ein primäres Netzwerk übertragen und verbreitet werden können (vgl. Bruns, 2013, S. 230). Wie anhand der Studie gezeigt werden konnte, verlieren psychisch Beeinträchtigte auch Bezüge zu vorher bestehenden Gemeinschaftsnetzwerken dieser Ebene.

In sekundäre Netzwerke wird man in der Regel durch Angehörige des primären Netzwerkes hinein sozialisiert. Pauls (2011b) weist jedoch darauf hin, dass insbesondere bei Psychiatrie-Erfahrenen die Gefahr besteht, „dass ihr soziales Netzwerk nur noch aus der entsprechenden unfreiwilligen Subkultur und aus professionellen Drehpunktpersonen besteht“ (Pauls, 2011b, S. 320). Wenngleich der Wert von Zusammenschlüssen Betroffener z.B. in Selbsthilfevereinigungen oder Peer-Support-Gruppen für die kommunikative und soziale Krankheitsbewältigung als sehr hoch eingestuft werden muss, gilt es doch, einer allfälligen Segregierung entgegenzuwirken (vgl. Rudolf & Rüst, 2013, S. 240)²².

Sozialarbeitende sollten daher gute Kenntnisse über Vereine und Gemeinschaften innerhalb des Lokalmilieus aufbauen und sich um feste Informations- und Zusammenarbeitskanäle mit ihnen bemühen, um für ihre Klientel Kontakte vermitteln oder herstellen zu können. Zusätzlich kommt der Sozialen Arbeit die Aufgabe zu, interessierte Personen zusammenzuführen, den Aufbau von Gruppierungen zu initiieren bzw. zu fördern und somit künstliche Netze zu inszenieren (vgl. Schubert, 2012, S. 25)²³. Das bedeutet auch, „Gesprächs-Orte und Gesprächs-Strukturen zu gewährleisten“, die dies überhaupt erst möglich machen (Gillich, 2004, S. 88). Soziale Netzwerkarbeit auf der Mesoebene bedient sich also auch sozialräumlicher Strategien, die nicht nur einzelne Individuen im Blick haben. Sie arbeitet mit den Ressourcen des Gemeinwesens und seiner Bewohnerinnen und Bewohner und trägt im besten Fall dazu bei, soziale Beziehungen innerhalb einer sozialräumlichen Gemeinschaft zu verbessern. Zugleich zeigt sich hier bereits, wie Interventionen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene aufeinander einwirken, wenn beispielsweise die Erfahrung von psychosozialen Leid und Betroffenheit (Mikroebene) sich mit der erkannten Gleichgerichtetheit von Interessen innerhalb von Selbsthilfeinitiativen (Mesoebene) verbindet und

²² Marquardsen (2012) hat in einer empirischen Studie den Wandel (primärer und sekundärer) sozialer Netzwerke in Zeiten der Erwerbslosigkeit untersucht. Er stellt fest, dass durch längerdauernde Hilfebedürftigkeit Einzelner die Solidarität in sozialen Beziehungen überfordert werden kann. Die Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen hat gerade bei Freundschaftsbeziehungen einen hohen Stellenwert. Weil sie (mutmassliche) Reziprozitätserwartungen nicht mehr zu erfüllen vermögen, ziehen Arbeitslose sich vermehrt sozial zurück. In der Folge pflegen sie überwiegend nur noch Beziehungen, innerhalb derer sie sich als vergleichbar erleben. Die Selbstbeschränkung auf stathomogene Relationen kann jedoch aufgrund fehlenden Zugangs zu Quellen supportiver Handlungen zur Verstärkung prekärer Lebenslagen beitragen (vgl. Marquardsen, 2012, S. 305-306). Nachdem auch chronisch psychisch Kranke vielfach von längerfristiger Erwerbslosigkeit betroffen sind, dürften diese Befunde auch für diese Zielgruppe zutreffen.

²³ Zum methodischen Vorgehen bei der Initiierung von Netzwerken siehe Quilling, Nicolini, Graf und Starke (2013).

allenfalls zur öffentlichen Artikulation eines sozialen Problems (Makroebene) führt (vgl. Böhnisch, 2005, S. 300; Galuske, 2011, S. 936; Gerhardter, 2001, S. 7; Ziegler, 2011a, S. 340).

9.5. Interventionen auf der Makroebene

Als drittes Handlungsfeld ist die tertiäre Netzwerkebene zu benennen, die aus professionellen Akteuren besteht. Netzwerke dieser Ebene weisen den höchsten Grad an Organisiertheit auf und werden zu den künstlichen Netzwerken gezählt. Hierhin gehört etwa das gesamte medizinische Versorgungssystem, in das psychisch Kranke eingebunden sind, aber auch Sozialdienste oder andere professionelle Leistungserbringer. Die Unterstützungsleistungen aus diesem sozialen Netzwerk erfolgen innerhalb einer formalen Hilfebeziehung und sind durch eine klassische Tauschrelation oder einen rechtlichen Anspruch auf die Dienstleistung charakterisiert (vgl. Frewer-Graumann, 2014, S. 52).

Bruns (2013) hat in ihrer Studie zu gesundheitsfördernden Effekten sozialer Netzwerke festgestellt, dass Nutzerinnen und Nutzer die Angeboten der tertiären Netzwerkebene als sinnvoll und hilfreich erleben müssen. Nur dann stellen sich gesundheitsfördernde Auswirkungen ein. Das Erleben von Zufriedenheit mit der tertiären Netzwerkebene ist wiederum wesentlich abhängig von Möglichkeiten der Partizipation sowie guter lokaler Vernetzung (vgl. Bruns, 2013, S. 230). Soziale Arbeit sollte sich deshalb dafür einsetzen, die Responsivität von Einrichtungen für Klientenbelange zu stärken, sowie Verfahren formaler Beteiligung zu etablieren, wenn es um Planung und Gestaltung von psychosozialen Dienstleistungen geht.

Abbildung 8: Netzwerkarten

Natürliche Netzwerke Soziale Ressourcen		Künstliche Netzwerke Professionelle Ressourcen		
Primäre Netzwerke	Sekundäre Netzwerke Informelle Beziehungen		Tertiäre Netzwerke Professionelle Akteure	
Nicht organisiert	Gering organisiert	Stark organisiert	Gemeinnütziger dritter Sektor	Märkte
Informelle Kreise	Kleine Kreise	Grössere Netze Laiendienste	Institutionelle Dienste	Marktbezogene Kooperationen
Familie Verwandte Freunde/-innen Kollegen/-innen	Selbsthilfekreise Nachbarschaftsnetze	authentische zivilgesellschaftliche Organisationen, wie z.B. Vereine, Organisationen	implementierte zivilgesellschaftliche Organisationen, wie z.B. Akteure im Stadtteil (Kultur-, Jugendarbeit, Quartierarbeit)	Produktionsnetze der Industrie Handelsverbund
		↑		↑
		Zivilgesellschaftliches Sozialkapital		Professionelle Potenziale

Quelle: Eigene Darstellung, nach Schubert (2008, S. 38)

Generell gelingt der Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Ressourcen umso erfolgreicher, je systematischer die einzelnen Netzwerkebenen untereinander vernetzt werden, sodass sie sich gegenseitig durchdringen²⁴. Für im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeitende bedeutet dies, dass auf eine enge, patientenorientierte Vernetzung der medizinischen und sozialarbeiterischen Versorgung geachtet werden muss (vgl. Bruns, 2013, S. 236; Dällenbach, Sommerfeld & Rügger, 2010, S. 5). Dass hier Verbesserungsbedarf besteht, zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Die Anschlussversorgung an eine stationäre Behandlung wurde von einigen Befragten als unzufriedenstellend erlebt, weil die Organisation tagesstrukturierender Angebote und die Vernetzung mit nicht-therapeutischen (Beratungs-)Diensten nicht zeitnah erfolgt war. Das bedeutet, dass die sozialarbeiterische Schnittstellenarbeit in diesen Fällen nicht die wünschbaren Ergebnisse gezeitigt hat. Warum ist dies so? Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die Erkenntnisse einer Studie von Wyssen-Kaufmann (2015). Sie hat die Situation Sozialarbeitender in einer Schweizer Erwachsenenpsychiatrie untersucht. Ihren Befunden gemäss stehen institutionelle Rahmenbedingungen in der stationären Psychiatrie der professionellen Bearbeitung der sozialen Dimension von Patientinnen und Patienten im Wege, sodass beispielsweise die Klinik-Austrittsplanung sowie Vernetzungsleistungen nicht immer adäquat durchgeführt werden können. Als ein Beispiel nennt sie die „institutionell in Kauf genommene Wissensverflüchtigung“, die dadurch entsteht, dass Sozialarbeitende weder an Austrittsgesprächen von Patientinnen und Patienten teilnehmen, noch deren soziale Diagnosen und Interventionen im Austrittsbericht Erwähnung finden. Nachbetreuende Institutionen können auf die Fachexpertise der Sozialen Arbeit somit nicht zurückgreifen (vgl. Wyssen-Kaufmann, 2015, S. 126).

Hieran wird sichtbar, dass die Förderung von sozialer Unterstützung auf der tertiären Ebene sich nicht darin erschöpft, im Rahmen eines Case Managements Koordinationsleistungen zu erbringen, Helferkonferenzen durchzuführen oder interprofessionelle Kooperationen mit Schlüsselpersonen relevanter Organisationen einzugehen (vgl. Stimmer, 2012, S. 262). All dies sind wesentliche Aufgaben. Zusätzlich geht es darum, die Rechte und Ansprüche von psychisch kranken Menschen anwaltschaftlich zu vertreten und sich organisationsintern für ihre Anliegen einzusetzen (vgl. Wyssen-Kaufmann, 2015, S. 127).

Die Befunde der Interviewstudie haben ausserdem ergeben, dass die befragten Personen sich in ihrer Autonomie und ihren Handlungsmöglichkeiten durch die institutionellen Rahmenbedingungen der Invalidenversicherung (IV) eingeschränkt sahen. Nicht nur, dass sie sehr lange auf Entscheidungen der

²⁴ Diese Erkenntnis findet auch in der Ottawa-Charta der WHO ihren Ausdruck, wo es heisst: „Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften“ (World Health Organization, 1986, S. 2).

IV warten mussten, ohne wesentlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess zu haben. Sie nahmen ihre inhaltlichen Mitsprachemöglichkeiten auch als begrenzt bis inexistent wahr. Zieht man zudem in Betracht, dass viele psychisch Beeinträchtigte aufgrund der geltenden Rechtsauslegung keinerlei Ansprüche auf Leistungen der IV haben²⁵, so kann ein weit gefasster Begriff von Netzwerkförderung auf tertiärer Ebene auch beinhalten, fehlende Chancen auf soziale Unterstützung kritisch zu hinterfragen. Die gerechtigkeitsrelevante Exkludierung bestimmter Personengruppen von sozialstaatlichen Leistungen wissenschaftlich und ethisch fundiert zu problematisieren, stellt im Sinne des Tripelmandats von Staub-Bernasconi (2007a) eine Aufgabe Sozialer Arbeit dar. Denn der Bezug auf die Menschenrechte bietet die Möglichkeit, den eigenen Gegenstandsbereich

nicht nur aus legalistischer oder vorgeschriebener Vertrags-, sondern zusätzlich aus menschenrechtlicher Perspektive zu durchdenken, sich sowohl von den möglichen Machtinteressen und Zumutungen der Träger, fachfremden Eingriffen anderer Professionen wie der Vereinnahmung durch illegitime Forderungen durch die Adressat(inn)en kritisch zu distanzieren (Staub-Bernasconi, 2007a, S. 201).

Chronisch psychisch kranken Menschen Zugang zu sozialer Unterstützung auf der tertiären Netzwerkebene zu ermöglichen, bedeutet für die Soziale Arbeit auch, sich mit sozialstrukturellen und sozialpolitischen Gegebenheiten auseinanderzusetzen, Ungerechtigkeiten öffentlich zu thematisieren und damit ihren Adressatinnen und Adressaten stellvertretend eine Stimme zu verleihen.

9.6. Grenzen der Sozialen Netzwerkarbeit

Bisher sind vor allem die positiven Aspekte sozialer Netzwerkarbeit zur Sprache gekommen. Ziegler (2011a) weist jedoch darauf hin, dass die emanzipatorische Absicht einer Selbstorganisation „von unten“, wie sie auch in der Sozialen Netzwerkarbeit zum Ausdruck kommt, zugleich korrespondiert mit neoliberalen und neokonservativen „Forderungen nach einer Rückverlagerung von Verantwortung in lebensweltliche, private Kontexte“ (Ziegler, 2011a, S. 332). Wenngleich dieser methodische Zugang

²⁵ Mit Bundesgerichtsurteil vom 12.3.2004 wurde entschieden: „Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert - worunter anhaltende somatoforme Schmerzstörungen grundsätzlich fallen - ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit“. Es wurde seitdem davon ausgegangen, dass „willentliche Schmerzüberwindung“ in der Regel als zumutbar zu beurteilen ist (BGE 130 V 352, Abs. 2.2.2). Am 14.12.2010 wurde diese Rechtsprechung ausgedehnt auf „sämtliche ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ (BGE 9C_681/2010). Mit Urteil vom 03.06.2015 wurde diese Rechtsauslegung nun zwar insofern revidiert, als die Überwindbarkeitsvermutung von Schmerzen aufgegeben wurde (BGE 9C_492/2014). Jedoch wird der Grundsatz nicht aufgegeben, dass psychosomatische Erkrankungen keinen Anspruch auf eine IV-Rente begründen, und die negativen Entscheide der vergangenen Jahre haben nur marginale Chancen, rückgängig gemacht zu werden (vgl. Brotschi, 2015; Bundesgericht, 2015, S. 1).

Schnittflächen mit den generellen Prämissen des aktivierenden Sozialstaats aufweist, ist dessen Angemessenheit nicht a priori in Frage zu stellen (vgl. Reutlinger, Stiehler & Lingg, 2015, S. 76). Vielmehr bedarf es der Reflexivität professioneller Sozialarbeitender, um sich das Risiko der Re-Individualisierung sozialer Problemlagen bewusst zu machen. Sowohl den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen, als auch ihrer Vulnerabilität ist bei der Planung und Umsetzung sozialarbeiterischer Netzwerkinderventionen angemessen Rechnung zu tragen.

Ein zu beachtender Aspekt ist, dass Soziale Unterstützungsleistungen auch Belastungen beinhalten kann. Ganz grundsätzlich kann Unterstützung inadäquat sein oder fehlschlagen, die Unterstützungserwartungen Betroffener können enttäuscht werden, oder die Beziehung zwischen der hilfeempfangenden und der unterstützenden Person ist eine problematische. Reziprozitätserwartungen, die ein psychisch kranker Mensch nicht zu erfüllen imstande ist, vermögen Soziale Unterstützung ebenfalls zu beeinträchtigen. In all diesen Fällen verläuft der Prozess Sozialer Unterstützung dysfunktional und erweist sich für Hilfesuchende als zusätzliche Erschwernis (vgl. Dehmel & Ortmann, 2006, S. 26-28; Deloie, 2011, S. 187; Hennig, 2014, S. 159; Rüesch & Neuenschwander, 2004, S. 15). Günther (2015) gibt zudem zu bedenken, dass gerade innerhalb nachbarschaftlicher Bezüge

die Veröffentlichung von Bedarfslagen und somit die Mobilisierung von Unterstützung mit besonderen Risiken verbunden ist, wenn dies auf gravierende psychische, emotionale, materielle wie auch familiäre Schwierigkeiten der Hilfeempfänger schließen lässt, deren Bekanntgabe zur Etikettierung, Stigmatisierung und sozialen Ausgrenzung der betreffenden Personen führen könnte (Günther, 2015, S. 196).

Als eines der spezifischen Probleme hinsichtlich der Vernetzung auf tertiärer Ebene benennen Bullinger und Nowak (1998), dass der Informationsaustausch zwischen beteiligten Organisationen einen „gläsernen Klienten“ zu produzieren vermag, sodass Adressatinnen und Adressaten keinen Persönlichkeitsschutz mehr geltend machen könnten (vgl. Bullinger & Nowak, 1998, S. 151).

Soziale Unterstützung kann aber auch inhaltlich negative Formen annehmen und somit zu einem Belastungsfaktor werden. Laireiter, Fuchs und Pichler (2007) zählen eine ganze Reihe an Beispielen auf, darunter die folgenden:

- die Forderung, sich zusammen zu reißen und nicht so gehen zu lassen, verbunden mit dem Verweis auf andere, die es auch schwer haben und „sich nicht so anstellen“
- Problembagatellisierung
- Kritik an den Hilfs- und Unterstützungsbedürfnissen
- Vorschriften darüber, wie mit der Problemsituation „adäquat“ umgegangen werden soll
- Einmischung, Bevormundung und exzessive Hilfeleistungen (vgl. Laireiter et al., 2007, S. 46)

Für psychisch kranke Menschen beinhalten all diese zusätzlichen Stigmatisierungsgefahren nicht nur eine weitere Einbusse hinsichtlich ihrer Verwirklichungschancen, sondern stellen zudem einen gesundheitlichen Risikofaktor dar. Wie auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen, resultieren Belastungen auf psychosozialer Ebene in einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit, weshalb bei sämtlichen Netzwerkinterventionen eine reflektierte Risikoabwägung unter Einbezug der Klientel vorzunehmen ist.

Nicht zu vernachlässigen ist zudem, dass auch diejenigen Personen, die Soziale Unterstützung bereitstellen, Belastungen ausgesetzt sein können. Die Konfrontation mit krisenhaften Situationen, insbesondere von nahestehenden Personen, vermag bei ihnen selber Gefühle der Unsicherheit, der Hilflosigkeit oder Zukunftsängste auszulösen. So manche der negativen Formen sozialer Unterstützung können als Abwehr dieser unangenehmen Gefühlslagen betrachtet werden (vgl. Dehmel & Ortmann, 2006, S. 29). Soziale Netzwerkarbeit muss sich – soll sie gelingen – dieser Begrenztheiten sozialer Unterstützung bewusst sein.

10. DER CAPABILITY APPROACH INNERHALB DES PSYCHIATRISCH-MEDIZINISCHEN FELD

Nachdem eine der Möglichkeiten dargestellt worden ist, wie professionelle Soziale Arbeit die Verwirklichungschancen von chronisch psychisch Kranken erweitern kann, wollen wir uns nun der Beantwortung der folgenden Frage zuwenden.

2. *Unterfrage:*

Welches sind die Möglichkeiten und Grenzen des Capability Approachs innerhalb des psychiatrisch-medizinischen Felds?

Mit dem Capability Approach liegt eine sozialetische Konzeption vor, die ein klassisches Motiv Sozialer Arbeit aufnimmt, nämlich „die Ermöglichung von Autonomie der Lebenspraxis“ (Ziegler et al., 2012, S. 307). Dabei versteht sich Soziale Arbeit, die sich der Förderung von Verwirklichungschancen verpflichtet sieht, „als bifokale Unterstützung der daseinsmächtigen Lebensführung durch Stärkung subjektiver Handlungsfähigkeit und Bildung befähigender Strukturen“ (Röh, 2013b, S. 261). Auch die Psychiatrie bemüht sich „durch therapeutische Massnahmen um die Aufhebung freiheitseinschränkender Einflüsse“ und trägt damit zu einer gelingenderen Lebenspraxis bei (Tetzer, 2012, S. 68). Ihr geht es dabei vor allem um die Wiederherstellung der Wahrnehmungs-, Erlebens- und Kontaktfähigkeit des Individuums (vgl. Hinterhuber & Fleischhacker, 2012, S. 1). Ganz grundsätzlich lässt sich zunächst also schlussfolgern, dass der Fähigkeitenansatz für das multiprofessionell geprägte, psychiatrisch-medizinische Feld eine geeignete theoretische Rahmung liefern kann, um das fachliche Handeln hinsichtlich ihres Potentials zur Förderung von Capabilities zu evaluieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie zeigen, dass chronisch psychisch kranke Menschen in annähernd allen ihren Central Capabilities gerechtigkeitsrelevante Einschränkungen hinnehmen müssen. Nachdem diese Zentralen Fähigkeiten als Kombination von Internal und External Capabilities zu verstehen sind, hat deren Förderung sowohl äussere Gegebenheiten zu berücksichtigen, als auch auf individuelle Befähigung (Enablement) zu zielen. Für die Soziale Arbeit artikuliert Röh (2013b) hierfür folgende Handlungsprämissen:

- Schaffe und modifiziere solche strukturellen Bedingungen (gesellschaftlicher Möglichkeitsraum), die Menschen mehr Wahlmöglichkeiten eröffnen,
- ermutige und befähige sie, diese Möglichkeiten mittels kluger Wahl zu ergreifen und zu nutzen (subjektiver Möglichkeitsraum) und
- wenn dies nicht auf Anhieb gelingt: Akzeptiere, dass Menschen nicht immer gleich oder aktuell die klügste Wahl treffen, wohlwissend, dass sie ihr menschlich Möglichstes tun, um die richtige Wahl zu treffen.
- Gib nie auf und versuche stets neu, sie immer (wieder) daseinsmächtiger zu machen. (Röh, 2013b, S. 255)

Innerhalb des psychiatrischen Felds ist die Befähigung von psychisch Beeinträchtigten jedoch nicht allein als Aufgabe einer einzelnen Berufsgruppe zu verstehen. Entsprechend dem biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit sind sowohl Krankheitsgenese als auch Heilungs- und Rehabilitationsprozesse als ein Zusammenwirken unterschiedlicher Dimensionen zu betrachten. Folglich bedürfen alle diese Aspekte einer gleichwertigen Berücksichtigung. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie erfolgt im Hinblick darauf heute arbeitsteilig unter Mitwirkung mehrerer Professionen. Sind damit bereits hinreichende Voraussetzungen gegeben, um die Handlungsanforderungen des Capability Approach umzusetzen? Werfen wir einen kurzen Blick auf die heutige Situation innerhalb der Psychiatrie.

10.1. Anwendbarkeit des Capability Approachs im heutigen psychiatrischen Umfeld

Um es gleich vorweg zu sagen: „Die“ Psychiatrie gibt es nicht. Seit ihren Ursprüngen im 19. Jahrhundert hat sie eine Vielzahl unterschiedlicher Traditionen hinsichtlich ihres Verständnisses von Psychopathologie und der Systematik psychischer Störungen hervorgebracht. Daneben gibt es unterschiedliche therapeutische Traditionslinien wie etwa die psychoanalytische Therapie, die auf Sigmund Freud zurückgeht, oder Ansätze der Verhaltenstherapie. Ausserdem existieren selbst innerhalb von Europa nationale Unterschiede bezüglich der Situation der Psychiatrie, wie beispielsweise:

- hinsichtlich der Versorgungskonzepte (z.B. die Dominanz einer Krankenhauspsychiatrie im deutschsprachigen Raum vs. „community psychiatry“ in Grossbritannien) und daraus folgernd
- hinsichtlich der Rolle verschiedener Berufsgruppen (z. B. Rolle der Ärztinnen und Ärzte oder des Pflegepersonals) und hinsichtlich therapiebezogener Sichtweisen (Bedeutung von Psychopharmakotherapie vs. psychosoziale Therapien)

- hinsichtlich unterschiedlicher nationaler Psychiatricleitlinien, die das therapeutische Geschehen vorstrukturieren (z.B. hoher Stellenwert von Psychopharmakotherapie in Deutschland vs. hoher Stellenwert von Psychotherapie in Grossbritannien) und
- hinsichtlich der strukturellen Unterteilung der Psychiatrie (z.B. Unterteilung in Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie) (vgl. Möller, 2012, S. 221-222).

Das psychiatrische Feld ist Strömungen unterworfen, die sowohl auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgehen, als auch gesellschaftliche Einflüsse aufnehmen. Derzeit sind insbesondere zwei dominante Einflussgrößen für die Psychiatrie bestimmend: einerseits das Paradigma der Neurobiologie, und andererseits die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens (vgl. Fuchs, 2012, S. 254; Mosebach, 2010, S. 20).

Die Neurobiologie hat nicht nur bedeutsame Befunde geliefert, welche die grosse Neuroplastizität des Gehirns belegen, sondern sogar nachgewiesen, dass Umwelteinflüsse und soziale Erfahrungen über epigenetische Mechanismen die Aktivierung bzw. Hemmung von Genen steuern. Individuelle Lebenserfahrungen spielen demzufolge bei Entstehung und Heilung von psychischen Erkrankungen eine viel grössere Rolle als bis dahin angenommen. Dies verweist auf die hohe Bedeutung sozialer Interventionen, um psychisch Kranke sowohl in Bezug auf ihre Gesundheit, als auch in ihren Verwirklichungschancen zu stärken (vgl. Ciompi, 2010, S. 6; Rutz, 2001, S. 28). In der Psychiatrie werden diese Erkenntnisse jedoch nach wie vor tendenziell verkürzt rezipiert, sodass sie „eher eine Brücke zur biologisch orientierten Psychiatrie geschlagen“ haben (Grawe, 2004, S. 23) und einer neuen Medikamentengläubigkeit im Zuge pharmakologischer Entwicklungen Platz machen (vgl. Lewis, 2013, S. 389; D. Richter, 1999, S. 24; Wyssen-Kaufmann, 2015, S. 132).

Dies zeigt sich auch auf dem Feld der Multiprofessionalität innerhalb der Psychiatrie. Wenngleich mit dem biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit ein theoretisches Modell vorliegt, das der Sozialen Arbeit Legitimierung und Mandat für die Bearbeitung der sozialen Dimension bietet, bildet sich dieses Faktum in der Praxis noch keineswegs ab. Dem „Strategieentwurf Psychische Gesundheit“ des Bundesamts für Gesundheit aus dem Jahr 2004 ist zu entnehmen, dass es gerade einmal 3.5 % der in der Psychiatrie erbrachten Leistungen sind, die von nichtärztlichen Berufsgruppen stammen. In dieser Zahl sind auch die Tätigkeiten der Sozialarbeitenden subsumiert (vgl. Sommerfeld, Dällenbach & Rügger, 2010, S. 13). Folgt man der Argumentation von Egger (2005), so liegt die vorzufindende Situation daran, dass der Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen hin zu einer ganzheitlichen, biopsychosozialen Betrachtung des Krankheitsgeschehens de facto noch nicht stattgefunden habe (vgl. Egger, 2005, S. 3). Das bedeutet in der Folge, dass „die soziale Dimension psychischer Erkrankungen in der psychiatrischen Behandlungsplanung unterschätzt“ wird (Sommerfeld et al., 2010, S. 13). Hinzu kommt der Umstand, dass der Autonomiespielraum von Sozialarbeitenden in der Psychiatrie ein begrenzter ist,

denn der medizinischen Problemsicht fällt die grösste Definitionsmacht zu. Dies führt dazu, dass Entscheidungen im interdisziplinären psychiatrischen Feld, in denen das Wohl der psychisch kranken Menschen verhandelt wird, durch die Deutungshoheit der Leitdisziplin Medizin vorstrukturiert werden (vgl. Hanses, 2011, S. 65; Näf, 2007, S. 2; Schaub, 2008, S. 73). Damit einhergehend werden die Angehörigen der Sozialen Arbeit von den etablierten Professionen innerhalb der Gesundheitsversorgung nicht als gleichwertig wahrgenommen, ihre Position ist häufig geprägt von Subordination und mangelnder Anerkennung. Soziale Arbeit in der Psychiatrie läuft Gefahr, als eine untergeordnete Hilfsfunktion gesehen zu werden (vgl. Bauer, 2014, S. 274; Pauls, 2011a, S. 21).

Die zweite dominante Einflussgrösse innerhalb der Psychiatrie betrifft Prozesse der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Diese sind geprägt vom sich gesamtgesellschaftlich durchsetzenden „neoliberalen Diskurs von mehr Wettbewerb und mehr Markt“ (Krampe, 2014, S. 181). Wo das Gesundheitssystem sich vermehrt an marktwirtschaftlichen Prinzipien ausrichtet, kommen professionelle Logiken kategorisch unter Druck. So sieht sich nicht nur Soziale Arbeit im Rahmen erhöhter Anforderungen der Ökonomie zunehmendem Legitimierungsdruck ausgesetzt. Auch Medizinerinnen und Mediziner sind damit konfrontiert, dass „zentrale Rationalität gesundheitlicher Praxis (...) nicht mehr durch professionelle Erkenntnisbildung und Entscheidungsbegründung gesetzt“ wird, sondern rigiden wirtschaftlichen Prämissen und kurzfristigen Wirkungsorientierungen unterliegt (Hanses, 2012, S. 36). Paradoxien professionellen Handelns²⁶ betreffen unter solchen Rahmenbedingungen alle interdisziplinär beteiligten Professionen. Wyssen-Kaufmann (2015) attestiert in diesem Zusammenhang, es scheine

eine Deprofessionalisierung im klinischen Bereich stattzufinden, die sich verbal zum biopsychosozialen Gesundheitsverständnis bekennt, auf der Ebene der Organisation aber eine Wirklichkeit produziert, die das Soziale z. T. vernachlässigt (Wyssen-Kaufmann, 2015, S. 132).

²⁶ Gemäss Fritz Schütze ist allen Professionen die Implikation unaufhebbarer Paradoxien gemeinsam, die sich aus dem im Kern spannungsreichen sozialen Verhältnis zu ihrer Klientel ergeben. Diese Paradoxien sind grundsätzlich nicht lös- oder aufhebbar, sondern können nur bearbeitet werden. Aus seinen Forschungsergebnissen hat Schütze bislang eine vorläufige Liste von 15 Paradoxien erarbeitet, die unter anderem das Verhältnis von Professionalität und Organisation thematisieren. Die Arbeitsteilung der Professionen beschreibt er als ein stets prekäres Aushandlungsergebnis, und im Zuge dessen könne eine der beteiligten Berufsgruppen in ihrem Einfluss stark zurückgedrängt werden. Daraus resultiere die Gefahr, dass Sozialarbeitende davon abgehalten werden, sich an ihren eigenen professionellen Standards zu orientieren. Dieses Risiko sei umso grösser, wenn an der interdisziplinären Zusammenarbeit auch Vertreter mächtiger Professionen, wie etwa der Medizin, beteiligt seien (vgl. Schütze, 1992, S. 135-137; 2000, S. 79).

Nachdem dieses Phänomen nicht nur eine, sondern sämtliche der beteiligten Berufsgruppen betreffe, sieht sie die Professionalität in der Psychiatrie insgesamt bedroht.

Dieser knappe Aufriss der aktuellen Situation macht offensichtlich, dass unter derzeitigen Verhältnissen die Anforderungen des Capability Approachs in der Psychiatrie nicht erfüllt werden können. Die gerechtigkeitsrelevante Förderung von Central Capabilities bedarf der gleichwertigen Berücksichtigung sowohl individueller bzw. personaler Faktoren, als auch notwendiger sozialintegrativer Massnahmen. Angesichts der Tatsache, dass die biologischen, psychischen und sozialen Determinanten von Gesundheit nicht gleich gewichtet werden, sind die Voraussetzungen für eine Ausrichtung auf Verwirklichungschancen als gemeinschaftliches Handlungsziel momentan noch nicht gegeben.

Wie aber müssten die Bedingungen innerhalb des psychiatrischen Feldes sein, damit der Capability Approach als gemeinsame theoretische Rahmung interprofessionellen Handelns produktiv gemacht werden könnte?

10.2. Begünstigende psychiatrische Rahmenbedingungen

Wenn wir die grundlegenden Prämissen des Fähigkeitsansatzes betrachten, so fällt ins Auge, dass er Folgendem zentrales Gewicht zuweist:

- dem Freiheitsaspekt der Individuen, die Wahl- und Handlungsspielräume haben sollen;
- dem strukturellen Aspekt, weil die materiellen Grundlagen für die Umsetzung einer Wahl, die jemand mit gutem Grund trifft, zugänglich sein müssen;
- dem Befähigungsaspekt der Individuen (Enablement und Empowerment), damit diese die Chance haben, ihre Handlungsspielräume zu nutzen und
- dem sozialintegrativen Aspekt, da Zugehörigkeit notwendige Voraussetzung für alle Menschen darstellt, weil sie soziale Wesen sind (vgl. Nussbaum, 2013, S. 18, 31, 39; Röh, 2011, S. 118; Ziegler et al., 2012, S. 299).

Übergeordnetes Ziel der gerechtigkeits-theoretischen Überlegungen des Capability Approachs ist es, alle Bürgerinnen und Bürger mit denjenigen Capabilities auszustatten, die es ihnen ermöglichen, ein gutes Leben zu führen. Menschen sollen die Chance haben, „die eigene Identität nicht nur schicksalhaft oder einzig von außen determiniert zu erleben, sondern auch über Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und der Auswahl von Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, Zwänge und Grenzen ebenso wie Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten erkennen und nutzen zu können“ (I. Beck, Feuser, Jantzen & Wachtel, 2010, S. 6).

Diese Prämissen decken sich mit dem Selbstverständnis der Sozialpsychiatrie²⁷, denn diese

stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar (Dörner, zit. in Finzen & Hoffmann-Richter, 1998, S. 88).

Wie bereits die Ottawa-Charta der WHO feststellt, entsteht Gesundheit dadurch,

dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen (World Health Organization, 1986, S. 5).

Sozialpsychiatrisches Denken geht deshalb konsequent davon aus, dass psychisches Leiden nicht von den Lebensführungskonstellationen, innerhalb derer es sich manifestiert, zu trennen ist. Folgerichtig beschäftigt es sich auch mit mikro- und makrosozialen Bedingungen, die zu einer Erkrankung führen oder die Heilungschancen beeinflussen. Die Bearbeitung der sozialen Dimension psychischer Krankheit stellt daher, gleichberechtigt neben biologischen und psychischen Faktoren, eine zentrale Zielorientierung für die professionelle Unterstützung Betroffener dar. Multiprofessionelle Zusammenarbeit erfährt hier eine konstruktive Wendung zur Transdisziplinarität (vgl. Dörr, 2014, S. 39; Wancata, Kapfhammer, Schüssler & Fleischhacker, 2007, S. 59).

Sozialpsychiatrisches Handeln orientiert sich an den Prinzipien der Lebensweltorientierung, der Netzwerk- sowie der Subjektorientierung und reflektiert sozialpolitische Zusammenhänge (Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, 2015):

Lebensweltorientierung meint die Ausrichtung am Alltag psychisch kranker Menschen. Sie geht dabei von der Frage aus, wie Betroffene leben. In die Analyse der gegenwärtigen Lebensverhältnisse bezieht sie deren Lebenserfahrungen und –probleme mit ein und verbindet sie sodann mit Konsequenzen auf der Ebene professionellen Handelns. Dabei wird einerseits die gesundheitliche Situation der Betroffenen berücksichtigt und Unterstützung auf dem individuellen Weg zu Recovery und einem gelingenderen Alltag geboten. Zugleich werden Potentiale zur Veränderung gesellschaftlicher Strukturen ausgelotet und genutzt, damit psychisch Erkrankte die ihnen nötigen Hilfen erhalten können. Hierbei gilt die Maxime der Dezentralisierung und Regionalisierung von Angeboten, um psychisch Kranken vor Ort niederschweligen Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen. Darunter subsumiert werden auch aufsuchende

²⁷ Ciompi (2010) weist zudem darauf hin, dass die Sozialpsychiatrie in der Lage sei, die neuen Erkenntnisse der Neurowissenschaften aufzunehmen, die auf die Bedeutung von Umwelteinflüssen und sozialen Interaktionen verweisen, und er sieht ihre Zukunft in der Entwicklung einer Neuro-Sozialpsychiatrie (vgl. Ciompi, 2010, S. 6).

Hilfen, die die Kontinuität über institutionelle Schnittstellen hinweg gewährleisten. Ausserdem vermag man damit selbst diejenigen zu erreichen, deren eigener Wille aufgrund der Krankheitssituation nicht mehr ausreicht, um Hilfe eigeninitiativ in Anspruch zu nehmen. Stets ist es das Ziel, Betroffene in ihrer Selbstbestimmung und Selbständigkeit zu stärken, sowie einen eigenverantwortlicheren Umgang mit ihrer Erkrankung zu fördern. Der Alltag der Einzelnen, mit all seinen Widersprüchen, Hoffnungen und Enttäuschungen, ist dabei Ansatzpunkt für Hilfen zur Selbsthilfe. Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln heisst deshalb, dort anzusetzen, wo eine psychisch kranke Person steht, und sie in ihren gegebenen Verhältnissen zu unterstützen. Das Handeln der involvierten professionellen Helferinnen und Helfer zielt zugleich auf die Verbesserung der Lebensbedingungen und arbeitet daran, sowohl materielle, als auch soziale Grundlagen herzustellen bzw. abzusichern (vgl. Engelke et al., 2008, S. 437; Obert, 2001, S. 308; 2004, S. 310; Rössler, 2012, S. 467; Thiersch, 2005, S. 31; Thiersch, Grunwald & Köngeter, 2012, S. 175).

Netzwerkorientierung bedeutet, dass Sozialpsychiatrie ihre Klientinnen und Klienten als Teile eines sozialen Zusammenhangs versteht, weshalb professionelle Helfende die Mitglieder sowohl des informellen, als auch des formellen Netzwerkes in die Zusammenarbeit einbeziehen. Auf therapeutischer Ebene geht Netzwerkorientierung mit einer Orientierung an systemischen Therapie- und Beratungsformen einher. Diese gehen – vereinfacht gesagt – davon aus, dass soziale Systeme selbstorganisiert sind und über intern verlaufende kommunikative Prozesse zur Aufrechterhaltung oder aber zur Lösung von (psychischen) Problemen beitragen. Auf institutioneller Ebene meint Netzwerkorientierung die Schaffung kleinräumiger, nach Möglichkeit lokaler Versorgungsstrukturen, die stabile Begleitungen ermöglichen. Die Kooperation zwischen Hilfesuchenden und Professionellen soll auf der Basis verlässlicher Bindungen stattfinden, ohne jedoch vereinnahmend zu sein, um Autonomie und selbstbestimmte Teilhabe zu fördern. Psychiatrie-Erfahrene partizipieren an der praktischen Netzwerkarbeit und beteiligen sich am Auf- und Ausbau triadischer Netzwerke zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten der Psychiatrie (vgl. Danel, 2014, S. 52; Meise & Hinterhuber, 2012, S. 486; von Schlippe & Schweitzer, 2007; Simon & Rech-Simon, 2004, S. 90; Steinhart, 2012, S. 61).

Subjektorientierung in der Sozialpsychiatrie trägt der Tatsache Rechnung, dass jeder Mensch subjektiver Deuter seiner individuell erfahrenen Welt ist. Menschen werden als Wesen mit einem „Willen zum Sinn“ verstanden (Frankl, 1999). Auch in der Konfrontation mit ausserordentlichem, die Grenzen der Normalität überschreitendem individuellem Erleben wird dem psychisch Kranken zugestanden, dass er bzw. sie auf diese Art subjektive Sinnstrukturen konstituiert. Die Haltung Professioneller geht davon aus, dass jeder Mensch – unabhängig von seiner gesundheitlichen Situation – seine Besonderheiten als Teil seiner persönlichen Existenz erlebt. Helfende tragen diesem Umstand Rechnung, indem Sie ihrem Gegenüber mit einer wertschätzenden, nach Verstehen strebenden Haltung begegnen. Psychisch Kranke werden nicht als Objekte psychiatrischer Behandlung gesehen, sondern als im Rehabilitationsgeschehen Han-

delnde und Wählende. Institutionelle Unterstützung steht deshalb immer auch denjenigen zur Verfügung, deren Verhalten von gängigen Normalitätsvorstellungen abweicht oder nicht immer regelkonform verläuft (vgl. Heißler, 2015, S. 9; Kruckenberg, 2003, S. 165; Rosemann, 2012, S. 42).

Die *Reflexion sozialpolitischer Zusammenhänge* wird als notwendiger Bestandteil sozialpsychiatrischen Denkens und Handelns betrachtet. Dies im Bewusstsein darum, dass psychische Gesundheit von strukturellen Gegebenheiten beeinflusst wird, wie beispielsweise den Möglichkeiten materieller Existenzsicherung, den Bedingungen des Erwerbslebens, den vorhandenen Partizipations- und Teilhabemöglichkeiten oder der Organisation des Gesundheitswesens (vgl. Börner, 2013, S. 8; Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, 2015).

Wo Psychiatrie zur Sozialpsychiatrie wird, sind die notwendigen Bedingungen gegeben, um psychisch kranke Menschen in ihren Central Human Capabilities zu fördern. Ihnen werden nicht nur medizinisch-therapeutische Hilfen zuteil, sondern zugleich werden sie dabei unterstützt, ihren individuellen Alltag gelingender zu gestalten. Im Rahmen gemeindenaher Versorgung und netzwerkorientierter Interventionen wird ihre Chance auf Zugehörigkeit und Teilhabe gefördert. Und zugleich fühlen alle beteiligten Professionellen sich zuständig, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, mit denen psychisch Kranke konfrontiert sind, nicht nur zu reflektieren, sondern gemeinschaftlich auf deren Verbesserung hinzuwirken. Als Einflussgrößen hinsichtlich Gesundheit und Erkrankung werden sowohl biologische, als auch psychische und soziale Faktoren gleichberechtigt berücksichtigt. Der Capability Approach kann sowohl als ethische Richtlinie, als auch als Disziplinen übergreifende Zielvorgabe professionellen Handelns und evaluative Rahmung genutzt werden. Psychisch kranken Menschen kommt damit diejenige Behandlung, Begleitung und Unterstützung zu, die sie in ihren Verwirklichungschancen bestmöglich fördert. Vor diesem Hintergrund betrachtet ist die konsequente Orientierung der Psychiatrie an sozialpsychiatrischen Maximen eine Frage der Gerechtigkeit.

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Akremit, L. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 265-282). Wiesbaden: Springer VS.
- Albrecht, G. (2012). Suizid. In: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme*. (2., überarb. Aufl., Vol. Band 2, S. 979-1173). Wiesbaden: Springer VS.
- Albus, S., Greschke, H., Klingler, B., Messmer, H., Micheel, H.-G., Otto, H.-U., et al. (2010). *Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII“*. Münster: Institut für Soziale Arbeit.
- Alkire, S. (2008). Choosing Dimensions: The Capability Approach and Multidimensional Poverty. *MPRA Munich Personal RePEc Archive*, 1-28. Zugriff am 07.07.2014 unter <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/8862/>
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. München: Reinhardt.
- Arndt, C., Dann, S., Kleimann, R., Strotmann, H. & Jürgen, V. (2006). *Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen): empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung; Machbarkeitsstudie; Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales*. Tübingen: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V.
- Arndt, C. & Volkert, J. (2006). Amartya Sens Capability-Approach – Ein neues Konzept der deutschen Armuts- und Reichtumsberichterstattung. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75(1), 7-29. Zugriff am 09.06.2014 unter <http://ejournals.duncker-humboldt.de/doi/pdf/10.3790/vjh.75.1.7>
- von Arx-Wörth, N. & Hautzinger, M. (1995). Soziale Unterstützung und Depression. In: R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis*. (S. 230-242). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Babic, B. (2011). Ohne intellektuelle Redlichkeit kein Fortschritt. Kritische Anmerkungen zum Umgang mit dem Capability-Approach aus erziehungswissenschaftlicher Sicht. In: C. Sedmak, B. Babic, R. Bauer & C. Posch (Hrsg.), *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts*. (S. 75-89). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. (S. 13-39). Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T. & Wiedermann, W. (2011). *«Schwierige» Mitarbeiter - Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

- Bandelow, B., Falkai, P. & Gruber, O. (2013). *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. (2., überarb. u. aktual. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Baros, W. & Otto, H.-U. (2010). Befähigungs- und Verwirklichungsgerechtigkeit als Aufgaben interkultureller Bildung. In: W. Baros, F. Hamburger & P. Mecheril (Hrsg.), *Zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft. Die vielfältigen Referenzen interkultureller Bildung*. (S. 250-267). Berlin: Regener.
- Barth, S. (1998). *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung*. Zugriff am 18.04.2015 unter http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Soziale_Unterstuetzung1998.pdf
- Bauer, P. (2014). Kooperation als Herausforderung in multiprofessionellen Handlungsfeldern. In: S. Faas & M. Zipperle (Hrsg.), *Sozialer Wandel. Herausforderungen für Kulturelle Bildung und Soziale Arbeit*. (S. 273-286). Wiesbaden: Springer VS.
- Beck, I., Feuser, G., Jantzen, W. & Wachtel, P. (2010). Vorwort der Gesamtherausgeber. In: I. Beck & H. Greving (Hrsg.), *Lebenslage und Lebensbewältigung*. (S. 5-8). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, U. (2010). Risikogesellschaft und die Transnationalisierung sozialer Ungleichheiten. In: U. Beck & A. Pfoerl (Hrsg.), *Grosse Armut, grosser Reichtum. Zur Transnationalisierung sozialer Ungleichheit*. (S. 25-52). Berlin: Suhrkamp.
- Belse, U., Helmes, S. & Schwarz, W. (2013). *Gesundheits- und Krankheitslehre. Lehrbuch für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. (3., aktual. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bennent-Vahle, H. (2014). *Emotionen: Schwächen oder Stärken? Kritische Gedanken zur emotionalen Befreiung*. Zugriff am 01.05.2015 unter <http://ethik-heute.org/wp-content/uploads/2014/12/Bennent-Vahle-Langfassung-Emotionen.pdf>
- Biller-Andorno, N. (2014). Gerechtigkeit, gleicher Zugang, Diskriminierung. In: C. Lenk, G. Duttge & H. Fangerau (Hrsg.), *Handbuch Ethik und Recht der Forschung*. (S. 163-168). Heidelberg: Springer.
- Birgmeier, B. (2013). (Soziale) Gerechtigkeit - Menschenrechte - Capabilities. Handlungstheoretische Anmerkungen und Fragen zu gerechtigkeitsorientierten Theorieetikettierungen Sozialer Arbeit. In: E. Mührel & B. Birgmeier (Hrsg.), *Menschenrechte und Demokratie. Perspektiven für die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession und wissenschaftliche Disziplin*. (S. 111-123). Wiesbaden: Springer.
- Bittlingmayer, U. H. & Ziegler, H. (2012). *Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?* Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Zugriff am 10.06.2014 unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-301.pdf>
- Boecker, M. (2015). *Erfolg in der Sozialen Arbeit. Im Spannungsfeld mikropolitischer Interessenkonflikte*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. (Vol. Springer VS): Wiesbaden.

- Böhnisch, L. (2005). *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung*. (4., überarb. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- Bonvin, J.-M. (2009). Der Capability Ansatz und sein Beitrag für die Analyse gegenwärtiger Sozialpolitik. *Soziale Passagen*, 1, 8-22.
- Börner, H. (2013). Einsam und verrückt!? Psychiatrie der Zukunft in einer entsolidarisierten Gesellschaft. *Soziale Psychiatrie*, 2, 4-8.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie [Lehrbuch]* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brecht, B. (1971). *Geschichten vom Herrn Keuner*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Briner, D. & Guzek, P.-R. (2009). *Integrierte psychiatrische und soziale Versorgung in der Stadt Zürich. (Poster für den DGPPN-Kongress 2009)*. Zürich: Stadtärztlicher Dienst Zugriff am 10.05.2015 unter https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.stadt-zuerich.ch%2Fcontent%2Fdam%2Fstzh%2Fgud%2FDeutsch%2FGesundheit%2FMedizinische%2520Versorgung%2Fweitere%2520Dokumente%2FPoster%2520DGPPN_Kongress_2009.pdf&ei=N4FPVcFF6OTyQOKnoCwCw&usg=AFQjCNEU1-db2MUtGOJZViZY7yQSx8cK2g&bvm=bv.92885102,d.bGg
- Brosius, H.-B., Haas, A. & Koschel, F. (2012). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung*. (6., erw. u. akt. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Brotschi, M. (2015, 17.06.2015). Eine überfällige Kurskorrektur, *Tagesanzeiger*.
- Brunkhorst, H. & Otto, H.-U. (1989). Soziale Arbeit als gerechte Praxis. . *neue praxis*, 19(5), 372-374.
- Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bullinger, H. & Nowak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bundesamt für Statistik. (2013). *Gesundheit - Verlorene potenzielle Lebensjahre*. Zugriff am 23.04.2015 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html>
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Migration und Integration – Indikatoren: Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Zugriff am 06.04.2015 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>
- Bundesgericht. (2015). *Medienmitteilung des Bundesgerichts. Urteil vom 3. Juni 2015 (9C_492/2014). Psychosomatische Leiden und IV-Rente: Bundesgericht ändert Rechtsprechung*. Lausanne: Bundesgericht. Zugriff am 17.06.2015 unter http://www.bger.ch/press-news-9c_492_2014-t.pdf

- Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG), vom 30. September 2011.
- Butterwegge, C. (2014). *Krise und Zukunft des Sozialstaates*. (5., akt. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.
- Ciampi, L. (2010). Sozialpsychiatrie gestern - heute - morgen. Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie. *Bulletin Psy & Psy. Offizielles Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Nummer 1/10, April 2010*, 4-6. Zugriff am 03.05.2014 unter http://www.ciampi.com/pdf/Sozialpsychiatrie_gestern_heute_morgen.pdf
- Cohen, G. A. (1993). Equality of What? On Welfare, Goods, and Capabilities. In: M. C. Nussbaum & A. K. Sen (Hrsg.), *The Quality of Life*. (S. 9-29). Oxford: Clarendon Press. (Nachdruck: 2009).
- Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2015). *Soziale Dienstleistungspolitik. Eine kritische Bestandsaufnahme*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dällenbach, R., Sommerfeld, P. & Rügger, C. (2010). *Zwischenbericht. Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit*. Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) - Institut für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung (IPW). Olten.
- Danel, V. (2014). Förderung seelischer Gesundheit von neuen Adressatengruppen in der Gemeindepsychiatrie. *Sozial Extra*, 6, 50-53.
- Dehmel, S. & Ortmann, K. (2006). *Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen. Zugriff am 13.06.2015 unter http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf
- Deichmann, C. (2015). *Der neue Bürger. Politische Ethik, politische Bildung und politische Kultur*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dellwing, M. (2008). „Geisteskrankheit“ als hartnäckige Aushandlungsniederlage. Die Unausweichlichkeit der Durchsetzung von Definitionen sozialer Realität. *Soziale Probleme*, 19(2), 150-171.
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien - Theoretische Grundlagen - Methoden*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- van den Broek, R., Pleininger-Hoffmann, M., Leichsenring-Driessen, C. & Leggemann, M. (2012). Familienorientierung in der psychiatrischen Behandlung. In: U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen*. (S. 59-69). Wiesbaden: Springer VS.
- Diaz-Bone, R. & Weischer, C. (2015). Inhaltsanalyse, qualitative. In: R. Diaz-Bone & C. Weischer (Hrsg.), *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*. (S. 192). Wiesbaden: Springer VS.

- Dingeldey, I., Holtrup, A. & Warsewa, G. (2015). Einleitung: Wandel der Governance von Erwerbsarbeit. In: I. Dingeldey, A. Holtrup & G. Warsewa (Hrsg.), *Wandel der Governance der Erwerbsarbeit*. (S. 1-19). Wiesbaden: Springer VS.
- Dittmar, J. (2013). Die neuere Kritik an der modernen Psychiatrie im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs. In: M. Dellwing & M. Harbusch (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*. (S. 25-52). Wiesbaden: Springer VS.
- Dörr, M. (2014). Sozialpsychiatrie. Eine soziale Bewegung. *Sozial Extra*, 6, 39-41.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg. Zugriff am 13.05.2014 unter www.audiotranskription.de/praxisbuch
- Dudley, J. R. (2005). *Research Methods for Social Work. Becoming Consumers and Producers of Research*. Boston: Pearson.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Engelke, E., Borrmann, S. & Spatscheck, C. (2008). *Theorien der sozialen Arbeit: Eine Einführung*. (4., überarb. und erw. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Fasel, T., Baer, N. & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren*, . Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Fengler, C. & Fengler, T. (2014). *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird*. (Unveränd. Nachdruck der Ausgabe von 1980). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (Hrsg.). (1998). *Was ist Sozialpsychiatrie?* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Flick, U. (2012). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 252-264). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 411-423). Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: U. Flick, E. Von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 13-29). Reinbek: Rowohlt.
- Föhn, M. (2014). Invalidenversicherung: Eingliederung? Lieber nicht. *Beobachter*, 23. Zugriff am 22.05.2015 unter http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/ahviv/artikel/invalidenversicherung_eingliederung-lieber-nicht/
- Frankl, V. E. (1999). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. (11. Aufl.). München: Piper.

- Frewer-Graumann, S. (2014). *Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge: Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Friebertshäuser, B. & Jakob, G. (2005). Forschungsmethoden: qualitative. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit - Sozialpädagogik*. (3. Aufl., S. 576-591). München: Reinhardt.
- Fuchs, T. (2012). Das Selbst – Konstrukt oder Realität? In: F. Schneider (Hrsg.), *Positionen der Psychiatrie*. (S. 253-258). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial - zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1 (1), 1-14. Zugriff am 15.03.2014 unter <http://www.resonanzen-journal.org/>
- Gahleitner, S. B. & Miethe, I. (2012). Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit. In: S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis - Forschung für die Praxis*. (2. Aufl., S. 59-69). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Galuske, M. (2007). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (7., ergänzte Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Galuske, M. (2011). Methoden der Sozialen Arbeit. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*. (4., völlig neu bearb. Aufl., S. 931-945). München: Reinhardt.
- Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (1991). Netzwerkförderung als Aufgabe der sozialen Arbeit im Krankenhaus. In: B. Dewe & N. Wohlfahrt (Hrsg.), *Netzwerkförderung und soziale Arbeit. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*. (S. 181-208). Bielefeld: Kleine.
- Gerhardter, G. (2001). *Netzwerkorientierung in der Sozialarbeit. Eine überblicksartige Zusammenstellung zu "Soziale Netzwerke" und "Organisationsnetzwerke"*. Zugriff am 12.03.2015 unter http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/gerhardter_netzwerk.pdf
- Gillich, S. (2004). Sozialraumorientierung - ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. In: S. Gillich (Hrsg.), *Gemeinwesenarbeit: Die Saat geht auf. Grundlagen und neue sozialraumorientierte Handlungsfelder*. (S. 85-100). Gelnhausen: Triga.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Göllner, R. (2014). Psychische Störungen und ihre Bedeutung für die Entstehung sozialer Ungleichheit: Ein Überblick. In: K. Maaz, M. Neumann & J. Baumert (Hrsg.), *Herkunft und Bildungserfolg von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter*. (Vol. 17, S. 281-297). Wiesbaden: Springer VS.

- Graf, G. (2011). Der Fähigkeitsansatz als neue Grundlage der Armutsforschung? *SWS-Rundschau*, 51(1), 84-103.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grundmann, M., Hornei, I. & Steinhoff, A. (2013). Capabilities in sozialen Kontexten. Erfahrungsbasierte Analysen von Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen im menschlichen Entwicklungsprozess. In: G. Graf, E. Kapferer & C. Sedmak (Hrsg.), *Der Capability Approach und seine Anwendung. Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erkennen und fördern*. Wiesbaden: Springer VS.
- Guggisberg, J., Oesch, T. & Gardiol, L. (2010). *Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Günther, J. (2015). Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. In: C. Reutlinger, S. Stiehler & E. Lingg (Hrsg.), *Soziale Nachbarschaften - Geschichte, Grundlagen, Perspektiven*. (Vol. Band 10, S. 189-200). Wiesbaden: Springer VS.
- Habl, C. (2009). Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: N. Dimmel, K. Heitzmann & M. Schenk (Hrsg.), *Handbuch Armut in Österreich*. (S. 172-183). Innsbruck: StudienVerlag.
- Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern - zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In: R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare*. (S. 64-80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanses, A. (2012). Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In: A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. (S. 35-51). Wiesbaden: Springer VS.
- Hauss, G. (2015). „Wir sind hier keine Phantasiefirma“ - Eingliederung zwischen Betrieb, Amt und Beratung. In: T. Geisen & M. Ottersbach (Hrsg.), *Arbeit, Migration und Soziale Arbeit. Prozesse der Marginalisierung in modernen Arbeitsgesellschaften*. (S. 319-337). Wiesbaden: Springer VS.
- Haverkamp, F. (2012). Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In: E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*. (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 365-382). Wiesbaden: Springer VS.
- Heckmann, F. (2015). *Integration von Migranten. Einwanderung und neue Nationenbildung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Heidenreich, F. (2011). *Theorien der Gerechtigkeit. Eine Einführung*. Opladen: Budrich.
- Heinrichs, J.-H. (2004). *Grundbefähigungen. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie. (Dissertation)*. Essen: Universität Duisburg.
- Heißler, M. (2015). Auf dem Weg zur einer kollaborativen Psychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, 2, 8-13.

- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helmchen, H. (2013). Ethische Grundvoraussetzungen klinischer Forschung. In: H. Helmchen (Hrsg.), *Ethik psychiatrischer Forschung* (S. 39-56). Heidelberg: Springer.
- Hennig, M. (2014). Familienbeziehungen über Haushaltsgrenzen hinweg – Familie als Netzwerk. In: A. Steinbach, M. Hennig & O. Arránz Becker (Hrsg.), *Familie im Fokus der Wissenschaft*. (S. 141-172). Wiesbaden: Springer VS.
- Herdt, J., Winkel, H. & Laskowska, B. (2010). *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Hermanns, H. (2012). Interviewen als Tätigkeit. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 360-368). Reinbek: Rowohlt.
- Herriger, N. (2002). Empowerment - Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. *Loseblattwerk "Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder". Ergänzungslieferung 4.*, 1-15. Zugriff am 12.06.2015 unter <http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialie-2-Empowerment-Brueckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf>
- Hewer, W. (2010). Psychiatrische Patienten: Anhaltend hohe Sterblichkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(5), 190-191.
- Hinterhuber, H. & Fleischhacker, W. W. (2012). Einführung. In: W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie*. (S. 1-20). Wien, New York: Springer.
- Höffe, O. (2015). Gerechtigkeit. In: C. Krell & T. Mörschel (Hrsg.), *Werte und Politik*. (S. 37-50). Wiesbaden: Springer VS.
- Hollstein, B. & Ullrich, C. G. (2003). Einheit trotz Vielfalt? Zum konstitutiven Kern qualitativer Forschung. *Soziologie*, 32(4), 29-43.
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit*. (4., S. 489 - 504). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2011). Gesundheit und Krankheit. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*. (4., völlig neu bearb. Aufl., S. 567-579). München: Reinhardt.
- Hopf, C. (2012a). Forschungsethik und qualitative Forschung. In: U. Flick, E. Von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 589-600). Reinbek: Rowohlt.
- Hopf, C. (2012b). Qualitative Interviews - ein Überblick. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 349-360). Reinbek: Rowohlt.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung - Teil 1*. Paderborn: Junfermann.

- Hünersdorf, B. & Huber, S. (2008). Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik. *SozialAktuell*, 08, 1-6.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (Hrsg.). (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. (2., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Huster, E.-U. (2012). Soziale Teilhabe als sozialstaatliches Ziel. In: E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*. (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 78-103). Wiesbaden: Springer VS.
- Imbusch, P. & Friedrichs, A.-S. (2012). Wirtschaftseliten und soziale Desintegrationsprozesse – Gesellschaftliche Verantwortung vor und nach der Finanzkrise. In: W. Heitmeyer & P. Imbusch (Hrsg.), *Desintegrationsdynamiken. Integrationsmechanismen auf dem Prüfstand*. (S. 101-140). Wiesbaden: Springer VS.
- International Federation of Social Workers. (2012a). *Definition of Social Work*. Zugriff am 13.03.2015 unter <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- International Federation of Social Workers. (2012b). *Statement of Ethical Principles*. Zugriff am 25.04.2014 unter <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>
- von Kardorff, E. (2005). Psychiatrie und Sozialpädagogik / Sozialarbeit. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit - Sozialpädagogik*. (3. Aufl., S. 1434 - 1445). München: Reinhardt.
- von Kardorff, E. (2010). Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In: U. Hormel & A. Scherr (Hrsg.), *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*. (S. 279-305). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kessl, F. (2013). *Soziale Arbeit in der Transformation des Sozialen. Eine Ortsbestimmung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Keupp, H. (2005). Empowerment. In: D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. (5., vollständig überarb. und erg. Aufl., S. 234-235). Weinheim, München: Juventa.
- Kilian, R. (2012). Psychische Krankheit als soziales Problem. In: G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme. Band 2* (2., überarb. Aufl., S. 924-957). Wiesbaden: Springer VS.
- Kirtz, E. (2007). *Professionsethik. [Unterrichtsskript]*. Soziale Arbeit. Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen.
- Klaus, H., von Kajdacsy, S. & Haverbier, J. (2015). *Einstellungen Personalverantwortlicher zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Knöpfel, C. (2015). Sozialstaatliche Rahmenbedingungen in der Schweiz. In: B. Wüthrich, J. Amstutz & A. Fritze (Hrsg.), *Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten*. (S. 23-35). Wiesbaden: Springer VS.

- Koenig, O. (2014). *Erwerbsarbeit als Identitätsziel. Ein Modell von Möglichkeiten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Koller, P. (2006). Die Grundsätze der Gerechtigkeit. In: O. Höffe (Hrsg.), *John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit*. (S. 45-70). Berlin: Akademie Verlag.
- Krampe, E.-M. (2014). Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung. In: A. Manzei & R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. (S. 179-197). Wiesbaden: Springer VS.
- Kruckenberg, P. (2003). Sozialpsychiatrie ist intersubjektive Psychiatrie - oder sie ist keine. In: R. Schmidt-Zadel, H. Kunze & Aktion psychisch Kranke (Hrsg.), *Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. (S. 165-169). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. . Weinheim: Beltz Juventa.
- Kubon-Gilke, G. & Bender, B. (2013). *Gerechtigkeit als normativer Orientierungspunkt für Wissenschaften und Politik*. Darmstadt: Evangelische Hochschule. Zugriff am 23.04.2014 unter http://www.eh-darmstadt.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Forschung/Arbeitspapier_Nr_17.pdf
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (2., durchges. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kuhlmann, C. (2012). Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit - eine historisch-kritische Annäherung. In: H.-J. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit*. (S. 35-57). Wiesbaden: Springer VS.
- Laireiter, A.-R., Fuchs, M. & Pichler, M.-E. (2007). Negative Soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensbelastungen. Eine konzeptuelle und empirische Analyse. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(2), 43-56.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. (5., überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lampert, T. & Mielck, A. (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *GGW*, 8(2), 7-16.
- Lawrence, D., Hancock, K. J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, 346(7909), 1-14.
- Lehmann, P. (2013). Zwei Seiten der Medaille „Psychiatrie“ - Verkaufsfördernde Krankheiten "erfinden", behandlungsbedingte Erkrankungen tabuisieren. In: M. Dellwing & M. Harbusch (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*. (S. 177-199). Wiesbaden: Springer VS.

- Leonard, M. (2003). Interviews. In: R. L. Miller & J. D. Brewer (Hrsg.), *The A-Z of Social Research*. (S. 167-172). London: SAGE Publications.
- Leßmann, O. (2006). Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) - Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75, 30-42.
- Leßmann, O. (2007). *Konzeption und Erfassung von Armut. Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens "Capability"-Ansatz*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Leßmann, O. (2012). Indikatoren im Capability-Ansatz und der Bezug zur Nachhaltigkeit: Welchen Beitrag kann der CA leisten? *UFZ-Diskussionspapiere*, 16. Zugriff am 07.07.2014 unter <http://hdl.handle.net/10419/66228>
- Leßmann, O. (2013). Empirische Studien zum Capability Ansatz auf der Grundlage von Befragungen - ein Überblick. In: G. Graf, E. Kapferer & C. Sedmak (Hrsg.), *Der Capability Approach und seine Anwendung. Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erkennen und fördern*. (S. 25-61). Wiesbaden: Springer VS.
- Lewis, B. (2013). What to do with the Psychiatry's Biomedical Model? In: M. Dellwing & M. Harbusch (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*. (S. 389-410). Wiesbaden: Springer VS.
- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). *Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. [Manual]*. Bern: Huber.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. (4., vollständig überarb. und aktual. Auflage). Berlin: Springer.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488.
- Marquardsen, K. (2012). *Aktivierung und soziale Netzwerke. Die Dynamik sozialer Beziehungen unter dem Druck der Erwerbslosigkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Marschke, B. (2014). Gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit als Indikatoren für Integration. In: B. Marschke & H. U. Brinkmann (Hrsg.), *Handbuch Migrationsarbeit*. (2., überarb. und aktual. Auflage, S. 61-78). Wiesbaden: Springer VS.
- Marti, C. & Wolff, H. (2006). Inégalités sociales et accès aux soins : conséquences de la révision LAMal (article 64A). *Revue Médicale Suisse*, 2, 2503-2507.
- Mauz, E. & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35, 343-352.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2). Zugriff am 23.01.2013 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Mayring, P. (2010a). Qualitative Inhaltsanalyse. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. (S. 601-613). Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2010b). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktual. und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2013). Qualitative Inhaltsanalyse. In: B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. (4., durchges. Aufl., S. 323-333). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 543-556). Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. & Gahleitner, S. B. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. (S. 295-304). Opladen & Farmington Hills: Budrich.
- Meise, U. & Hinterhuber, H. (2012). Psychiatrische Rehabilitation. In: W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie*. (S. 473-495). Wien, New York: Springer.
- Mende, J. (2014). Amartya Sen: Identity and Violence. The Illusion of Destiny. In: S. Salzborn (Hrsg.), *Klassiker der Sozialwissenschaften. 100 Schlüsselwerke im Portrait*. (S. 389-392). Wiesbaden: Springer VS.
- Merkens, H. (2012). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: U. Flick, E. Von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (9. Aufl., S. 286-298). Reinbek: Rowohlt.
- Mey, G. & Mruck, K. (2014). Qualitative Forschung: Analysen und Diskussionen. Zur Einführung in den Themenband: Hintergrund, Konzept, Erfahrungen und Reflexionen zum „Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung“. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen - 10 Jahre Berliner Methodentreffen*. (S. 9-32). Wiesbaden: Springer VS.
- Meyer, C. & Meier zu Verl, C. (2014). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 245-257). Wiesbaden: Springer VS.
- Miethe, I. & Gahleitner, S. B. (2010). Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In: K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. (S. 573-581). Opladen & Farmington Hills: Budrich.
- Möller, H.-J. (2012). Psychiatrie in Europa: Stand der Dinge, Chancen und Herausforderungen. In: F. Schneider (Hrsg.), *Positionen der Psychiatrie*. (S. 219-226). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mosebach, K. (2010). *Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung. (Diskussionspapier 2010 – 2)*. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. Main. Zugriff am 21.06.2015 unter <http://d-nb.info/105346794X/34>

- Müller, W. C. (1999). *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit. Band 1: 1883 - 1945.* (2., korr. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2008). Der tägliche Widerstand. *NeuroTransmitter*, 3, 44-49.
- Nadai, E. (2013). Der Capability-Ansatz und Armut im Reichtum. *neue praxis*, 11 (Sonderheft), 72-81.
- Näf, F. (2007). Interdisziplinarität beobachten - Kooperation der Sozialen Arbeit mit anderen Personenbezogenen Dienstleistungsberufen im somatischen Akutkrankenhaus. Zugriff am 01.03.2014 unter http://sfss.ch/cms//fileadmin/user_upload/documents/Fachtagung_SFSS_2007_Flurina_Nae_f.pdf
- Needham, I. (1995). *Soziologie und psychiatrische Pflege.* Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Toggenburg-Fürstenland.
- Niesen, P. (2009). Die politische Theorie des politischen Liberalismus: John Rawls. In: A. Brodocz & G. S. Schaal (Hrsg.), *Politische Theorien der Gegenwart II.* (3., erw. u. aktual. Aufl., S. 27-63). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Nohl, A.-M. (2012). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis.* (4., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Nussbaum, M. C. (1993a). Non-Relative Virtues: An Aristotelian Approach. In: M. C. Nussbaum & A. K. Sen (Hrsg.), *The Quality of Life.* (S. 242-269). Oxford: Clarendon Press. (Nachdruck: 2009).
- Nussbaum, M. C. (1993b). Onora O'Neill: Justice, Gender, and International Boundaries. (Commentary). In: M. C. Nussbaum & A. K. Sen (Hrsg.), *The Quality of Life.* (S. 324-335). Oxford: Clarendon Press. (Nachdruck: 2009).
- Nussbaum, M. C. (2000). Women's Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development*, 1(2), 219-247. Zugriff am 08.06.2014 unter <http://dx.doi.org/10.1080/713678045>
- Nussbaum, M. C. (2002). Emotionen als Urteile über Wert und Wichtigkeit. In: C. Fehige, G. Meggle & U. Wessels (Hrsg.), *Der Sinn des Lebens.* (4. Aufl., S. 144-150). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Nussbaum, M. C. (2003a). Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economic*, 9(2-3), 33-59. Zugriff am 05.06.2014 unter <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
- Nussbaum, M. C. (2003b). Frauen und Arbeit - Der Fähigkeitenansatz. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 4(1), 32-37.
- Nussbaum, M. C. (2008). *Women and Human Development. The Capabilities Approach.* (13. Aufl.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2009). The Capabilities of People with Cognitive Disabilities. *Metaphilosophy*, 40 (3-4), 331-351. Zugriff am 30.04.2014 unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9973.2009.01606.x/pdf>

- Nussbaum, M. C. (2010a). *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. (R. Celikates & E. Engels, Übers.). Berlin: Suhrkamp.
- Nussbaum, M. C. (2010b). Menschenwürde und politische Ansprüche. *Zeitschrift für Menschenrechte*, 1, 80-97.
- Nussbaum, M. C. (2012). *Gerechtigkeit oder Das gute Leben* (I. Utz, Übers. H. Pauer-Studer Hrsg. 7. Aufl.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Nussbaum, M. C. (2013). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. (2014). *Politische Emotionen. Warum Liebe für Gerechtigkeit wichtig ist*. (I. Utz, Übers.). Berlin: Suhrkamp.
- Obert, K. (2001). Das integrative Krankheitsverständnis - aus alltags- und lebensweltorientierter Sicht. In: Aktion psychisch Kranke (Hrsg.), *25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1*. (S. 306-311). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Obert, K. (2004). Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln. In: W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. (S. 291-319). Heidelberg: Springer.
- Oelkers, N., Otto, H.-U. & Ziegler, H. (2010). Handlungsbefähigung und Wohlergehen: Der Capabilities-Ansatz als alternatives Fundament der Bildungs- und Wohlfahrtsforschung. In: H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), *Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*. (2. Aufl., S. 85-89). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Olk, T. & Hübenthal, M. (2013). Soziale Arbeit und Demokratie - Skizzen zu einem komplexen Wechselverhältnis. In: T. Geisen, F. Kessl, T. Olk & S. Schnurr (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Demokratie*. (S. 267-296). Wiesbaden: Springer VS.
- Otto, H.-U. & Ziegler, H. (2010). Der Capabilities-Ansatz als neue Orientierung in der Erziehungswissenschaft. In: H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), *Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*. (2. Aufl., S. 9-13). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Otto, U. (2011). Soziale Netzwerke. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*. (4., völlig neu bearb. Aufl., S. 1376-1389). München: Reinhardt.
- Pantuček, P. (2007). *Von Netzwerkinterviews und biographischen Zeitbalken. Diagnostische Verfahren als Hilfe zur Bildung eines professionellen Selbstverständnisses*. Zugriff am 10.02.2014 unter http://www.pantucek.com/texte/200711_netzwerkinterviews/netzwerkinterviews.html
- Pantuček, P. (2009). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. (2., verbess. Aufl.). Wien: Böhlau.
- Papadopoulos, F. & Tsakoglou, P. (2010). Social exclusion in the EU: a capability-based approach. In: F. Comim, M. Qizilbash & S. Alkire (Hrsg.), *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications*. (S. 242-267). Cambridge: Cambridge University Press.

- Partington, G. (2001). Qualitative Research Interviews: Identifying Problems in Technique. *Issues in Educational Research*, 11(2), 32-44.
- Pauls, H. (2011a). *Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Pauls, H. (2011b). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung.*, 1 (1), 15-31. Zugriff am 24.03.2014 unter <http://www.resonanzen-journal.org/>
- Peter, R. (2009). Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (2., aktual. Aufl., S. 117-131). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petrucci, M. & Wirtz, M. (2007a). *Gütekriterien bei qualitativen Forschungsmethoden.*: Pädagogische Hochschule Freiburg. Zugriff am 10.11.2013 unter <https://www.ph-freiburg.de/quasus/einstiegstexte/grundfragen-und-basiskonzepte/guetekriterien.html>
- Petrucci, M. & Wirtz, M. (2007b). *Sampling-Techniken bei qualitativen Studien.*: Pädagogische Hochschule Freiburg. Zugriff am 10.11.2013 unter <https://www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte/sampling-stichprobe.html>
- Petzold, H. G. (2012). "Transversale Identität und Identitätsarbeit" - Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie - Perspektiven "klinischer Sozialpsychologie". In: H. G. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven*. (S. 407-603). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pförtner, T.-K. (2013). *Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Exkurs und empirische Untersuchung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Pieper, M. & Mohammadi, J. H. (2014). Partizipation mehrfach diskriminierter Menschen am Arbeitsmarkt. Ableism und Rassismus – Barrieren des Zugangs. In: G. Wansing & M. Westphal (Hrsg.), *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität*. (S. 221-251). Wiesbaden: Springer VS.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. (3., korr. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Quilling, E., Nicolini, H. J., Graf, C. & Starke, D. (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rawls, J. (1979). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rawls, J. (2005). *Political Liberalism: Expanded edition*. (2. Aufl.). New York: Columbia University Press.

- Rawls, J. (2013). Verteilungsgerechtigkeit. In: C. Horn & N. Scarano (Hrsg.), *Philosophie der Gerechtigkeit. Texte von der Antike bis zur Gegenwart*. (6. Aufl., S. 355-386). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reese-Schäfer, W. (2013). *Grenzgötter der Moral. Der neuere europäisch-amerikanische Diskurs zur politischen Ethik*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reese-Schäfer, W. & Mönter, C. (2013). *Politische Ethik. Philosophie, Theorie, Regeln*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reich, K. (2013). *Chancengerechtigkeit und Kapitalformen. Gesellschaftliche und individuelle Chancen in Zeiten zunehmender Kapitalisierung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reinecke, F. (2012). *Dimensionen der Altersarmut in Deutschland - Ein Erklärungsmodell basierend auf dem Befähigungsansatz nach Martha C. Nussbaum.*, Universität Lüneburg, Lüneburg. Zugriff am 22.04.2014 unter <http://d-nb.info/103419495X/34>
- Reutlinger, C., Stiehler, S. & Lingg, E. (2015). Nachbarschaft im heutigen Kontext. In: C. Reutlinger, S. Stiehler & E. Lingg (Hrsg.), *Soziale Nachbarschaften - Geschichte, Grundlagen, Perspektiven*. (Vol. Band 10, S. 59-80). Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, D. (1999). Chronic mental illness and the limits of the biopsychosocial model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2, 21-30.
- Richter, D. (2014). Sozialer Ausschluss als Folge einer psychischen Erkrankung. *Psych. Pflege Heute*, 20, 91-95.
- Richter, D., Eikelmann, B. & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen*, 68, 704-707.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (2., aktual. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93-117.
- Robeyns, I. (2009). Capability Approach. In: J. Peil & I. van Staveren (Hrsg.), *Handbook of Economics and Ethics*. (S. 39-46). Cheltenham: Edward Elgar.
- Röh, D. (2005). *Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung. Anforderungen an ein integratives Empowermentmodell für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen*. (Dissertation). Oldenburg: Carl-von-Ossietszky Universität. Zugriff am 09.06.2014 unter <http://oops.uni-oldenburg.de/148/>
- Röh, D. (2011). „...was Menschen zu tun und zu sein in der Lage sind.“ Befähigung und Gerechtigkeit in der Sozialen Arbeit: Der Capability Approach als integrativer Theorierahmen?! In: E. Mührel & B. Birgmeier (Hrsg.), *Theoriebildung in der Sozialen Arbeit*. (S. 103-121). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Röh, D. (2013a). Handlung und Struktur – Aspekte einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit als Antwort auf die Frage nach der Handlungsfreiheit von Menschen in gegebenen sozialen Strukturen. In: B. Birgmeier & E. Mührel (Hrsg.), *Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit*. (S. 209-227). Wiesbaden: Springer.
- Röh, D. (2013b). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rommerskirchen, J. (2015). *Das Gute und das Gerechte. Einführung in die praktische Philosophie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Roschker, N. S. (2013). *Psychische Gesundheit als Tabuthema in der Arbeitswelt. Analyse der DAX 30 und Leitfaden für die Unternehmensberichterstattung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Rosemann, M. (2012). Die Reform geht weiter – Handlungsfelder und Standards. In: Aktion psychisch Kranke & P. Weiß (Hrsg.), *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*. (S. 40-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rössler, W. (2012). Sozialpsychiatrie. In: W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie*. (S. 461-472). Wien, New York: Springer.
- Rössler, W. & Lauber, C. (2013). Empowerment. In: W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung*. (S. 352-363). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G. & Rüst, T. (2013). Selbsthilfe. In: W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung*. (S. 233-242). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rüegger, C. (2012). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Rüesch, P. & Neuenschwander, M. (2004). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. (S. 7-20). Heidelberg: Springer.
- Rüsch, N. (2013). Soziale Exklusion. In: W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1: Grundlagen*. (S. 150-158). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rutz, W. (2001). Psychische Gesundheit in Europa - die Perspektive der Weltgesundheitsorganisation: Unterschiede, Möglichkeiten, Probleme, Herausforderungen. In: Aktion psychisch Kranke (Hrsg.), *25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1*. (S. 27-33). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schallberger, P. & Wyer, B. (2010). *Praxis der Aktivierung. Eine Untersuchung von Programmen zur vorübergehenden Beschäftigung*. Konstanz: UVK.
- Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R Unipress.

- Scherr, A. (2012). *Diskriminierung*. Herbolzheim: Centaurus.
- Schlimme, J. E. (2012). Identität - eine psychiatrische Sicht. In: H. G. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schoenberg, A. M. (2013). *Ökonomische Begründbarkeit von Massnahmen der Behindertenförderung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15(18). Zugriff am 10.01.2014 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>
- Schrödter, M. (2007). Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession. Zur Gewährleistung von Verwirklichungschancen. *neue praxis*, 1/2007, 3-28.
- Schrödter, M. (2011). Subjekt und Autonomie. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit*. (4., völlig neu bearb. Aufl., S. 1586-1595). München: Reinhardt.
- Schrödter, M. (2013). Der Capability Approach als Referenzrahmen von Gerechtigkeitsurteilen in der Sozialen Arbeit. In: F. Dietrich, M. Heinrich & N. Thieme (Hrsg.), *Bildungsgerechtigkeit jenseits von Chancengleichheit. Theoretische und empirische Ergänzungen und Alternativen zu 'PISA'*. (S. 71-88). Wiesbaden: Springer VS.
- Schrödter, M. & Ziegler, H. (2006). *Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen*. Münster: Institut für Soziale Arbeit.
- Schubert, H. (2008). Netzwerkkooperation - Organisation und Koordination von professionellen Netzwerken. In: H. Schubert (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Beispiele*. (S. 7-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schubert, H. (2012). Die Gemeinwesenarbeit im gesellschaftlichen Wandel. In: R. Blandow, J. Knabe & M. Ottersbach (Hrsg.), *Die Zukunft der Gemeinwesenarbeit. Von der Revolte zur Steuerung und zurück?* (S. 15-27). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schüle, J. A. (2007). „Asyle“ - Über Goffmans Analyse und Kritik sozialer Ausgrenzung und Kontrolle. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 32(2), 32-52.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring 2012*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als "bescheidene" Profession. In: B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession: zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. (S. 132-170). Opladen: Leske + Budrich.

- Schütze, F. (2000). Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: ein grundlagentheoretischer Aufriss. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 1 (2000), 49-96.
- Schweidler, W. (2014). *Der gute Staat. Politische Ethik von Platon bis zur Gegenwart*. (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Schweiger, G. (2013). Stress, Gesundheit und soziale Gerechtigkeit. *philosophy@lisbon*, 3, 45-68.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: SAMW.
- Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie. (2015). *Wie wir Sozialpsychiatrie verstehen*. Zugriff am 28.06.2015 unter <http://www.sozialpsychiatrie.ch/Sozialpsychiatrie/PCBHI/>
- Sedlacek, B. (2011). *DGFP Studie: Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften. Praxispapier 2/2011*. Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V., Zugriff am 17.05.2015 unter <http://static.dgfp.de/assets/empirischestudien/2011/02/dgfp-studie-psychische-beanspruchung-von-mitarbeitern-1290/dgfp-studie-psychische-beanspruchung.pdf>
- Sen, A. (1993). Capability and Well-Being. In: M. C. Nussbaum & A. K. Sen (Hrsg.), *The Quality of Life*. (S. 30-53). Oxford: Clarendon Press. (Nachdruck: 2009).
- Sen, A. (2000). *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. (C. Goldmann, Übers.). München: Hanser.
- Sen, A. (2004). Capabilities, Lists, and Public Reason: Continuing the Conversation. *Feminist Economics*, 10(3), 77-80.
- Sen, A. (2012). *Die Idee der Gerechtigkeit* (C. Krüger, Übers. Ungek. Ausg.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Sen, A. (2013). Globale Gerechtigkeit. Jenseits internationaler Gleichberechtigung. In: C. Horn & N. Scarano (Hrsg.), *Philosophie der Gerechtigkeit. Texte von der Antike bis zur Gegenwart*. (6. Aufl., S. 466-476). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Siegrist, K. (1995). Sozialer Rückhalt und Erkrankungsrisiken. In: R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis*. (S. 9-23). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Simon, F. B. & Rech-Simon, C. (2004). *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch*. (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Sittenthaler, S. & Jonas, E. (2013). Der Schmerz der sozialen Ausgrenzung. In: H. P. Gaisbauer, E. Kapferer, A. Koch & C. Sedmak (Hrsg.), *Armut und Wissen. Reproduktion und Linderung von Armut in Schule und Wissenschaft*. (S. 271-287). Wiesbaden: Springer VS.
- Smith, K. P. & Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.

- Social Exclusion Unit. (2004). *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R. & Rügger, C. (2010). Entwicklung durch Kooperation. Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie - Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 8-9 Jg., 8-34.
- Sommerfeld, P. & Hierlemann, F. (2004). Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In: W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. (S. 326-332). Heidelberg: Springer.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sommerfeld, P. & Wigger, A. (2008). Zur Transformation des Sozialen - Luzerner Erklärung. Zugriff am 11.02.2009 unter http://www.sgsa-ssts.ch/de/system/files/Luzerner_Erklaerung_0.pdf
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, S. (1995). Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit - Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als "Human Rights Profession". In: W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses: Beruf und Identität*. (S. 57-104). Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, S. (2005). Was heisst Professionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie? Vortrag am Symposium "Gesichter der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie gestern, heute, morgen" an der Klinik Waldau, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Zugriff am 05.12.2013 unter http://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/522307/mod_folder/content/0/Staub-Bernasconi_Was_heisst_Professionalitaet_der_Sozialen_Arbeit.pdf?forcedownload=1
- Staub-Bernasconi, S. (2007a). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. . Bern: Haupt.
- Staub-Bernasconi, S. (2007b). Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit. *Zeitschrift für Sozialarbeit in Österreich*, 02/07, 8-17.
- Staub-Bernasconi, S. (2012). Soziale Arbeit und Soziale Probleme. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (S. 267-282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, S. (2013). Kritische Soziale Arbeit – ohne auf eine Politisierungsphase Sozialer Arbeit warten zu müssen. In: W. Stender & D. Kröger (Hrsg.), *Soziale Arbeit als kritische Handlungswissenschaft. Beiträge zur (Re-)Politisierung Sozialer Arbeit*. (S. 37-79). Hannover: Blumhardt.
- Steckmann, U. (2010). Autonomie, Adaptivität und das Paternalismusproblem - Perspektiven des Capability Approach. In: H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), *Capabilities - Handlungsbefähigung*

- und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft.* (2. Aufl., S. 90-115). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steinhart, I. (2012). Teilhabe für alle im Quartier - Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. In: Aktion psychisch Kranke & P. Weiß (Hrsg.), *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum.* (S. 52-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stimmer, F. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit.* (3., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sting, S. (2011). Gesundheit als Basic Capability. Einflüsse von Armut und Benachteiligung auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. In: C. Sedmak, B. Babic, R. Bauer & C. Posch (Hrsg.), *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts.* (S. 139-150). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strassenberger, G. (2009). Die politische Theorie des Neoaristotelismus: Martha Craven Nussbaum. In: A. Brodacz & G. S. Schaal (Hrsg.), *Politische Theorien der Gegenwart II.* (3., erw. u. aktual. Aufl., S. 149-188). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils.* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Terzi, L. (2005). A capability perspective on impairment, disability and special needs: Towards social justice in education. *Theory and Research in Education*, 3, 197-223.
- Teschl, M. & Comim, F. (2005). Adaptive Preferences and Capabilities: Some Preliminary Conceptual Explorations. *Review of Social Economy*, 63(2), 229-247.
- Tetzer, M. (2012). Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In: M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik.* (S. 59-77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thiersch, H. (2005). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel.* (6. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- Thiersch, H., Grunwald, K. & Königeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch.* (4. Aufl., S. 175-196). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thumfart, A. (2014). John Bordley (Borden) Rawls: A Theory of Justice. In: S. Salzborn (Hrsg.), *Klassiker der Sozialwissenschaften. 100 Schlüsselwerke im Portrait.* (S. 257-261). Wiesbaden: Springer VS.
- von Unger, H. & Narimani, P. (2012). *Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der Partizipativen Forschung. Discussion Paper SP I 2012-304* Zugriff am 13.04.2015 unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-304.pdf>
- Vahsen, F. G. (2013). Capabilities Approach - Zentrales Paradigma oder eklektizistischer Moralkodex? In: G. Graf, E. Kapferer & C. Sedmak (Hrsg.), *Der Capability Approach und seine Anwendung.*

- Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erkennen und fördern.* (S. 97-123). Wiesbaden: Springer VS.
- Waltz, E. M. (1981). Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur. In: B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung.* (S. 40-119). Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Wancata, J., Kapfhammer, H.-P., Schüssler, G. & Fleischhacker, W. W. (2007). Sozialpsychiatrie: essentieller Bestandteil der Psychiatrie. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 3(2), 58-64.
- Weichbold, M. (2014). Pretest. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* (S. 299-304). Wiesbaden: Springer VS.
- von Weizäcker, C. C. (2011). Homo Oeconomicus Adaptivus – Die Logik des Handelns bei veränderlichen Präferenzen. Bonn: Max Planck Society.
- Wells, T. (2012). *Sen's Capability Approach*. Zugriff am 15.06.2014 unter <http://www.iep.utm.edu/sen-cap/>
- Wendt, P.-U. (2015). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Windzio, M. & Zentarra, A. (2014). Die kleine Welt der starken und schwachen Bindungen. Der Beitrag der Sozialkapital- und Netzwerktheorie zur Integrationsforschung. In: E. Bicer, M. Windzio & M. Wingens (Hrsg.), *Soziale Netzwerke, Sozialkapital und ethnische Grenzziehungen im Schulkontext.* (S. 49-73). Wiesbaden: Springer VS.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, 28-35.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). Zugriff am 01.02.2013 unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität - Begriffsbestimmung, Formen und Diagnostik. In: M. Wolfersdorf, T. Bronisch & H. Wedler (Hrsg.), *Suizidalität: Verstehen - Vorbeugen - Behandeln.* (S. 11-43). Regensburg: Roderer.
- Wolff, S. (2012). Wege ins Feld und ihre Varianten. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* (9. Aufl., S. 334-349). Reinbek: Rowohlt.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa: World Health Organization,. Zugriff am 25.04.2014 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genf: World Health Organization,. Zugriff am 25.04.2014 unter <http://www.who.int/whr/2001/en/>

- World Health Organization. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI),. Zugriff am 25.04.2014 unter http://www.bkz.ch/beitrag/630_PDF1_ICFEndfassung2005.pdf
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Zugriff am 25.04.2014 unter http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative*. Genf: World Health Organization,. Zugriff am 25.10.2014 unter http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Wyss, K. (2007). *Workfare. Sozialstaatliche Repression im Dienst des globalisierten Kapitalismus*. Zürich: edition 8.
- Wyssen-Kaufmann, N. (2015). Stets begrenzt oder aktuell bedroht? – Professionalität der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie. In: R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Bedrohte Professionalität. Einschränkungen und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. (S. 113-137). Wiesbaden: Springer VS.
- Ziegler, H. (2009). Human Development und Capabilities - Wohlergehen als Masseinheit zur Bestimmung des Nutzens Sozialer Arbeit für ihre AdressatInnen. In: H. G. Homfeldt & C. Reutlinger (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Soziale Entwicklung*. (S. 126-147). Baltmannsweiler: Schneider.
- Ziegler, H. (2011a). Gemeinwesenarbeit. In: H.-J. Dahme & N. Wohlfahrt (Hrsg.), *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*. (S. 330-344). Wiesbaden: Springer VS.
- Ziegler, H. (2011b). Soziale Arbeit und das gute Leben - Capabilities als sozialpädagogische Kategorie. In: C. Sedmak, B. Babic, R. Bauer & C. Posch (Hrsg.), *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts*. (S. 117-137). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ziegler, H., Schrödter, M. & Oelkers, N. (2012). Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (4. Aufl., S. 297-310). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Schematische Darstellung des Capability Approach nach Nussbaum.....	24
Zusammensetzung der Befragtengruppe	31
Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse	37
Schwierigkeiten Personalverantwortlicher im Umgang mit psychisch beanspruchten Personen	65
Ergebnisse zum Einfluss der Sozialen Zugehörigkeit auf andere Central Human Capabilities	70
Inhaltliche Typologie sozialer Unterstützung.....	76
Beispiel einer Netzwerkkarte	78
Netzwerkkarten	80

ANHANG

Beurteilung durch die Ethikkommission	117
Information für Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer	118
Einwilligungserklärung	123
Interview-Leitfaden.....	125
Transkriptionsregeln	131
Synoptischer Vergleich: Operationalisierung der Fähigkeitenliste von Nussbaum	132
Kodierleitfaden	136
Persönliche Erklärung	161

BEURTEILUNG DURCH DIE ETHIKKOMMISSION

Kanton St.Gallen
Ethikkommission



Ethikkommission, Kantonsspital, Flurhof 7, 9007 St.Gallen

A-Post
Frau
Christiane Klug
Rebenstrasse 11
9320 Arbon

Dr. med. Susanne Driessen
Präsidentin
Ethikkommission
Kantonsspital
Flurhof 7
9007 St.Gallen
T 071 494 24 91
F 071 494 63 44
susanne.driessen@kssg.ch
www.sg.ch/home/gesundheit/ethikkommission.html

St. Gallen, 5. August 2014/SD/kw

EKSG 14/089 Ethische Evaluation

Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen - eine qualitative Studie

Eingereichte Unterlagen:

- Begleitschreiben vom 25.07.2014
- Basisformular vom 20.07.2014
- Patienteninformation und Einwilligungserklärung, Version vom 15.07.2014
- Probandenanwerbung
- Interview-Leitfaden
- Checkliste swissethics, Version 4.0, vom 19.12.2013
- CV

Sehr geehrte Frau Klug

Besten Dank für die Einreichung oben aufgeführter Unterlagen zu Ihrem sozialwissenschaftlichen Projekt. Die Dokumente sind sehr sorgfältig erarbeitet, insbesondere das Studienprotokoll ist fachlich und wissenschaftlich solide aufgestellt. Die geplante Datenerhebung bei psychisch chronisch kranken Mitmenschen umfasst ausschliesslich Daten aus dem täglichen Leben, jedoch nicht spezifisch gesundheitsbezogene Personendaten. (Fragebogen: Zufriedenheit, tägliche Tätigkeiten, Ängste, Wohlergehen etc.). Wie im Protokoll erwähnt ist es nicht das Ziel, verallgemeinerbare Erkenntnisse mit statistischen Methoden zu generieren. Das Projekt fällt daher nicht unter die Humanforschungsverordnung und ist nicht durch eine Ethikkommission bewilligungspflichtig. Der Datenschutz muss eingehalten werden. Dies ist aufgrund der korrekten Verschlüsselung von Ihnen gewährleistet. Nach Durchsicht der Dokumente können wir feststellen, dass wir das Projekt als ethisch korrekt einstufen.

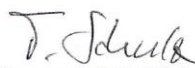
Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen.

Kosten: Fr. 300.--

Freundliche Grüsse

ETHIKKOMMISSION DES
KANTONS ST. GALLEN

Dr. med. Susanne Driessen
Präsidentin


Thomas Schulz, Dipl.-Biol.
Wissenschaftliches Sekretariat

INFORMATION FÜR STUDIENTEILNEHMERINNEN UND –TEILNEHMER

Dieses Dokument dient der Information über das Forschungsprojekt meiner Master-Arbeit, für das ich Sie gerne interviewen möchte:

Wer trägt die Verantwortung für diese Studie?

Die Studie wird im Rahmen des Masterstudiums in Sozialer Arbeit von Frau Christiane Klug (Sozialarbeiterin FH) durchgeführt. Die Projektverantwortung liegt bei Frau Klug, die diese Studie im Rahmen ihrer Master-Thesis durchführt. Begleitet wird die Forschungsarbeit von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Was ist das Ziel der Studie?

Das Interesse der Forschungsarbeit gilt der persönlichen Sicht der Befragten auf ihr alltägliches Leben. Das Forschungsvorhaben will Erkenntnisse gewinnen über die Lebenssituation von Menschen, die unter einer chronischen psychischen Beeinträchtigung leiden und mindestens einmal zur Behandlung in einer psychiatrischen Klinik waren.

Mein Ziel ist es, mit Hilfe der Befragungen Erkenntnisse zu erlangen, die zu einem besseren Verständnis beitragen und nach Möglichkeit neue Sichtweisen für die Soziale Arbeit erschliessen.

Wie wird das Interview aussehen?

- Das Interview ist ein persönliches Gespräch, bei dem Ihnen Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation gestellt werden. Sie können zu diesen Fragen frei Stellung nehmen.
- Es steht Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten oder das Gespräch jederzeit abubrechen.
- Das Interview dauert ungefähr eine Stunde.
- Den Ort, an dem das Gespräch stattfindet, kann selbst bestimmt werden.
- Es handelt sich bei dem Interview nicht um ein Therapie- oder Beratungsgespräch, in dem Sie konkrete Hilfe erfahren. Ihre persönliche Sicht der Dinge soll zur Sprache kommen können.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

- Das Gespräch wird mit einem elektronischen Gerät aufgezeichnet, damit ich Ihre Angaben hinterher bearbeiten kann. Die Aufnahme liegt allein der Interviewerin vor, alle Gesprächsinhalte werden streng vertraulich behandelt.
- Die Interviewerin ist an die Schweigepflicht gebunden, die sowohl während der Untersuchung, als auch danach gültig ist.
- Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz. Es wird eine anonymisierte Abschrift des Gesprächs erstellt, die nicht veröffentlicht wird. Die Tonaufnahme wird nach der Abschrift gelöscht.
- In der Master-Thesis können einzelne Zitate verwendet werden. Diese werden so wiedergegeben, dass keinerlei Rückschlüsse auf die betroffene Person möglich sind.
- Die Daten dienen einzige den wissenschaftlichen Zwecken der Studie, die für meine Masterarbeit durchgeführt wird.

Welche Rechte haben Sie, wenn Sie an der Studie teilnehmen?

- Sie entscheiden frei, ob Sie an der Studie teilnehmen wollen oder nicht.
- Wenn Sie sich jetzt entscheiden teilzunehmen, können Sie jederzeit wieder aus der Studie aussteigen.
- Sie müssen Ihre Entscheidungen nicht begründen.
- Die Teilnahme an der Forschungsstudie wird nicht entlohnt.

Was Sie mit Ihrer Einwilligung bestätigen:

Nebst dieser Kurzfassung finden Sie auf den nachfolgenden Seiten umfassende Zusatzinformationen. Diese sind integrierter Bestandteil der Information. Mit der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung akzeptieren Sie das vollständige Dokument.

Kontakt:

Christiane Klug
christiane.klug@fhsmail.ch
079 254 86 85

Information für Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer / Langfassung

Sehr geehrte Dame

Sehr geehrter Herr

Mein Name ist Christiane Klug. Ich bin Masterstudentin der Sozialen Arbeit und bin verantwortlich für die Durchführung der Studie. Diese ist Teil meiner Abschlussarbeit und findet im Rahmen der Erstellung meiner Master-Thesis statt. Begleitet wird das Forschungsprojekt durch Herrn Samuel Keller, lic. phil. M.A. in Sozialpädagogik, der wissenschaftlicher Mitarbeiter der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ist.

1. Auswahl der Personen, die an der Studie teilnehmen können

Es können alle Personen teilnehmen, die seit mehr als einem halben Jahr unter einer psychischen Beeinträchtigung leiden und bereits eine (oder mehrere) stationäre Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik erlebt haben. Es können Personen beiderlei Geschlechts, also Männer und Frauen teilnehmen, die erwachsen sind, aber das AHV-Alter noch nicht erreicht haben.

Nicht teilnehmen hingegen dürfen Personen, deren psychische Erkrankung gegenwärtig akut behandlungsbedürftig ist und die sich daher gerade einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik unterziehen. Auch nicht teilnehmen können Personen, mit denen wegen zu geringer Sprachkenntnisse ein Interview auf Deutsch nicht möglich ist.

2. Ziele der Studie

Ich möchte mit diesem Forschungsprojekt Erkenntnisse gewinnen über die alltäglichen Lebensbedingungen von Menschen, die chronisch psychisch krank sind. Es geht darum, etwas über ihr Erleben hinsichtlich individueller Handlungsspielräume zu erfahren. Die persönliche Sicht der befragten Männer und Frauen auf ihr Leben steht im Zentrum des Interesses. Die Erkenntnisse sollen nach Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Wissensbestände der Sozialen Arbeit beitragen.

3. Allgemeine Informationen zur Studie

- Es handelt sich um ein Forschungsprojekt im Rahmen meiner Master-Thesis. Diese stellt die Abschlussarbeit meines Masterstudiums in Sozialer Arbeit dar.
- Studiendesign: Es handelt sich um eine qualitative Studie. Es werden acht bis zehn Interviews ausgewertet werden. Die Interviews werden mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt. Ausgewertet werden die Daten mittels der Zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

- Die Studie wird so durchgeführt, wie es die Gesetze in der Schweiz vorschreiben. Ausserdem beachte ich alle international anerkannten Richtlinien. Die zuständige Kantonale Ethikkommission hat die Studie geprüft.

4. Ablauf für die Teilnehmenden

- Die Studiendauer für die Teilnehmenden beschränkt sich auf die Dauer eines Interviews und des dazugehörigen Vorgesprächs, das der Information der Studienteilnehmerin bzw. des Studienteilnehmers dient.
- Die Gesprächsdauer des Interviews wird bei etwa einer Stunde liegen.

5. Rechte der Teilnehmenden

Sie nehmen nur dann an dieser Studie teil, wenn *Sie* es wollen. Niemand darf Sie dazu in irgendeiner Weise drängen oder dazu überreden. Sie müssen nicht begründen, warum Sie nicht mitmachen wollen. Wenn Sie sich entscheiden mitzumachen, können Sie diesen Entscheid jederzeit zurücknehmen. Sie müssen ebenfalls nicht begründen, wenn Sie aus der Studie aussteigen wollen.

Sie dürfen jederzeit alle Fragen zur Studie stellen. Wenden Sie sich dazu bitte mich. Meine Kontaktdaten finden Sie am Ende dieser Studieninformation.

6. Nutzen für die Teilnehmenden

Bitte beachten Sie, dass das Interview, das als Teil dieser Studie mit Ihnen geführt wird, kein Therapie- oder Beratungsgespräch ist, in dem Sie konkrete Hilfe erfahren. Mit Ihrer Auskunftsbereitschaft können Sie jedoch, wie ich hoffe, einen wertvollen Beitrag für die Sozialarbeitswissenschaft ermöglichen.

7. Risiken und Belastungen für die Teilnehmenden

Die Teilnahme an einem Interview birgt keine speziellen Risiken. Sollten Sie sich während des Gesprächs unwohl fühlen, können Sie jederzeit abbrechen.

Wenn Sie bei dieser Studie mitmachen, so ist dies für Sie kostenlos.

8. Vertraulichkeit der Daten

Ich werde für dieses Forschungsprojekt einige persönliche Daten von Ihnen erfassen. Diese Daten werde ich verschlüsseln, d.h. ich werde anstelle Ihres vollen Namens nur Ihre Initialen und das Geburtsjahr verwenden (z.B. XY 1965), um Sie zu kennzeichnen. Nur ich als Studienverantwortliche weiss, wer sich

hinter dieser Abkürzung verbirgt. Im Umgang mit diesen persönlichen Daten bin ich zu absoluter Vertraulichkeit verpflichtet. Ich werde Ihren Namen nirgends, in keinem Bericht, keiner Publikation, nicht gedruckt und nicht im Internet, veröffentlichen.

9. Weitere Verwendung von Daten

Sie können jederzeit aus der Studie aussteigen, wenn Sie dies wünschen. Falls ich das Interview zu diesem Zeitpunkt bereits ausgewertet haben sollte, werde ich das anonymisierte Material für die Masterarbeit weiter verwenden. Ihr Name wird in all meinen Unterlagen gelöscht. Niemand wird erfahren können, dass die Daten von Ihnen stammten. Prüfen Sie bitte, ob Sie damit einverstanden sein können, bevor Sie bei der Studie mitmachen wollen.

10. Entschädigung für Teilnehmende

Wenn Sie bei dieser Studie mitmachen, bekommen Sie dafür keine Entschädigung.

11. Finanzierung der Studie

Alle anfallenden Kosten werden von mir, Christiane Klug, Sozialarbeiterin FH getragen.

12. Kontaktperson

Bei allen Unklarheiten oder Befürchtungen, die im Zusammenhang mit der Studie auftreten, können Sie sich jederzeit an mich wenden:

Christiane Klug
christiane.klug@fhsmail.ch
079 254 86 85

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schriftliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

Titel der Studie:	„Verwirklichungschancen chronisch psychisch kranker Menschen nach einem stationären Klinikaufenthalt – eine qualitative Studie“ Forschungsarbeit zur Lebenssituation chronisch psychisch kranker Menschen
Verantwortlich für die Studie:	Christiane Klug, B.Sc. Sozialarbeiterin FH Studentin Master der Sozialen Arbeit Inskribiert an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, St. Gallen
Ort der Durchführung:	Schweiz
Teilnehmerin / Teilnehmer	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

- Ich wurde von der Studienverantwortlichen mündlich und schriftlich über den Zweck, den Ablauf der Studie, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Studieninformation (zwei Teile) behalten und erhalte

eine Kopie meiner schriftlichen Einwilligungserklärung. Ich akzeptiere den Inhalt der zur oben genannten Studie abgegebenen schriftlichen Studieninformation.

- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung widerrufen, ohne dass ich deswegen Nachteile erleide.
- Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in verschlüsselter Form zu Forschungszwecken verwendet werden.

Ort, Datum	Unterschrift Studienteilnehmerin/Studienteilnehmer
------------	--

Bestätigung der Studienverantwortlichen:

Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin / diesem Teilnehmer Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen gemäss dem geltenden Recht zu erfüllen.

Ort, Datum	Unterschrift Studienverantwortliche
------------	-------------------------------------

INTERVIEW-LEITFADEN

Einführung

- Begrüßung
- Dank für die Bereitschaft zur Teilnahme
- Information: sich vorstellen, in wenigen Sätzen über die Studie (Masterarbeit) informieren
- Ablauf erklären:
 - Gesprächsdauer ca. 1 Stunde
 - Sicht der/des Befragten ist wichtig
 - es gibt keine falschen Antworten
 - darauf hinweisen, dass die/der Befragte auch Fragen auslassen und das Gespräch jederzeit abbrechen darf
 - Interviewerin macht sich evtl. Notizen
- Information zu Datenschutz und Schweigepflicht
 - Hinweis, dass nur die Interviewerin die Namen der befragten Person kennt
 - Hinweis darauf, dass die Schweigepflicht auch gegenüber den Schlüsselpersonen und Institutionen, über die der Kontakt zu den Befragten hergestellt wurde, gilt
 - bei der Transkription werden alle Namen, sowie Angaben zu Orten und Datumsangaben anonymisiert
 - die Aufnahme des Interviews wird unmittelbar nach der Transkription gelöscht
- schriftliche Zustimmung einholen
- offene Fragen beantworten

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen –an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Teil I Ich weiss von Ihnen, dass Sie bereits eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erlebt haben. Ein Merkmal eines solchen Aufenthalts ist ja, dass man ein paar Wochen weg ist aus der gewohnten Umgebung und kommt dann wieder zurück. Können Sie mir erzählen, wie Ihr Alltag in den ersten ein, zwei Wochen nach Ihrem letzten Klinikaufenthalt ausgesehen hat? Erzählen Sie mir ruhig alles, was für Sie dazugehört.	Arbeit (vorhanden?, Bedeutung) Wohnen Freizeit / Sport / Kreatives / Verein Tagesstruktur Selbständigkeit Alltagsbewältigung Finanzen Evtl. Kontakt Helfersystem Soziale Beziehungen (Unterstützung?, Beziehungsabbrüche?, subjektive Bedeutung sozialer Beziehungen)	Gab es Bereiche Ihres Lebens, über die Sie nicht ganz selbständig bestimmen konnten? Welchen Menschen war es zu der Zeit wichtig, dass es Ihnen wieder gut geht? War Suizidalität im Rahmen Ihrer psychischen Erkrankung einmal ein Thema? <i>(nur bei Bedarf fragen unter Rücksichtnahme auf den Gesprächskontext)</i>	Nonverbale Aufrechterhaltung Aktives Zuhören nach Rogers (Paraphrasieren, Spiegeln, Zusammenfassen) Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter? Wie war das so mit...?
Teil II Sie haben mir jetzt von Ihrem Alltag nach dem letzten Klinikaufenthalt erzählt. Wenn Sie noch weiter zurückdenken an die Zeit bevor Sie zum allerersten Mal in die Klinik gingen. Wenn ich damals einen guten Freund von Ihnen (oder sonst eine Person,	Arbeit / Aus- u. Weiterbildung Wohnen Freizeit / Ferien Finanzen / Schulden	Wenn Sie an Ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen denken, wie haben Sie da Ihre Beziehungen zu anderen Arbeitskollegen/-kolleginnen erlebt?	Können Sie ein Beispiel nennen für...? Spielte das ... eine Rolle?

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt?	Konkrete Fragen –an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
die Sie kennt) gefragt hätte, wie hätte der mir Ihr Leben beschrieben?	Soziale Beziehungen Vereinsaktivität, evtl. politische Aktivität Anzahl Klinikaufenthalte	Wie zufrieden waren Sie mit Ihren Möglichkeiten bezügl. Arbeit / Ausbildung? Wenn Sie mit Personen aus Ihrem Umfeld Zeit verbracht haben, was haben Sie normalerweise miteinander gemacht?	
Teil III Sie haben jetzt einiges von Ihrer Vergangenheit erzählt. Jetzt würde ich gerne in die Gegenwart kommen. Wie hat sich Ihr Leben bis heute entwickelt? Wo stehen Sie jetzt?	Wohnen / Wohnumgebung	Teilen Sie Ihre Wohnung mit jemandem? Haustiere? Wenn Sie jemandem, der nicht von hier ist, Ihre Wohngegend beschreiben müssten, wie würde sich das anhören? (evtl. Wenn Sie wählen könnten, würden Sie sich den Ort, wo Sie jetzt wohnen, selber als Wohnumgebung aussuchen?) Denken Sie, dass Leute wie Sie in ihrer Gemeinde oder generell politisch etwas bewirken können, wenn Sie möchten? Gibt es im Moment Orte, an denen Sie Angst vor körperlicher Gewalt haben?	

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögl. Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen!	Konkrete Fragen –an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
	Familie / soziale Beziehungen Freizeit / Spiel / Sport Medienkonsum (Internet/Fernsehen) Gesundheit Lebenseinstellung / Sinn Zufriedenheit	Können Sie sich in Ihrem Leben an Situationen erinnern, in denen Sie sich wegen ihrer psychischen Erkrankung nicht als ebenbürtiges Gegenüber behandelt oder sogar diskriminiert gefühlt haben? Welche Rolle spielt die Familie (Freunde) heute in Ihrem Leben? Wie sieht ein typisches Wochenende bei Ihnen aus? Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit ein? (evtl. Wie stehen Sie zur Religion?) (evtl. Was bedeutet Ihnen Natur? Tiere?) Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrem Leben? Was ist Ihnen heute wichtig im Leben?	

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögl. Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen!	Konkrete Fragen –an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Teil IV Richten wir den Blick jetzt ein wenig in die Zukunft. Wie soll sich Ihr Leben in den nächsten ein, zwei Jahren weiter entwickeln? Auf was freuen Sie sich besonders? Wovor haben Sie Respekt?	Zukunftsvorstellung Handlungsspielräume	<i>Wenn fehlende Angaben zu Arbeit:</i> Wenn Sie beruflich alles verwirklichen könnten, was Sie möchten, wie wird Ihr beruflicher Alltag aussehen? Was verstehen Sie für sich unter einem guten Leben? Was gehört für Sie dazu?	
Teil V Abschluss		Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, das nicht zur Sprache gekommen ist? Haben Sie das Gefühl, dass Sie alles sagen konnten, was Sie wollten?	
Ergänzende Angaben:	Alter		
	Geschlecht		
	Nationalität		
	Zivilstand		

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögl. Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen!	Konkrete Fragen –an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
	Anzahl Klinikaufenthalte		
	In psychiatrischer Behandlung seit / Jahre		
	Erwerbsarbeit 1./2. Arbeitsmarkt		
	Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Abschluss		Fehlt jetzt noch etwas, das Sie gerne erwähnt wissen möchten?	

Abschluss des Interviews:

- Aufnahmegerät ausschalten
- Dank für die Teilnahme
- Kontaktadressen zu Kriseninterventionsstellen abgeben

TRANSKRIPTIONSREGELN

Die Interviews wurden entlang folgender Transkriptionsregeln verschriftlicht (vgl. Dresing & Pehl, 2013, S. 21-23; Kruse, 2014, S. 358-363; Lamnek, 2010, S. Onlinematerialien):

- Die Transkription erfolgt wortgetreu und vollständig.
- Ausnahme: Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht verschriftlicht.
- Der Dialekt wird dem Schriftdeutschen soweit wie möglich angenähert. Nicht ins Hochdeutsche übertragbare Idiome werden im Original belassen und durch Anführungszeichen kenntlich gemacht (z.B. „Seich“).
- Die Wortstellung innerhalb der Sätze wird übernommen und nicht korrigiert. Dasselbe gilt für grammatikalisch „falsche“ Konstruktionen.
- Wortverkürzungen (z.B. „mal“ statt „einmal“) werden so übernommen, wie sie gesprochen wurden.

I:	Interviewerin
B1:	Befragte Person
(.)	kurze Pause, Absetzen
(...)	lange Pause (ab 2 Sek.)
GROSSBUCHSTABEN	lautes Sprechen
<u>Unterstreichen</u>	Betonung
I: Text Text //Textüberschneidung. B1: Textüberschneidung// Text Text.	Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen
(unv.)	unverständliches Wort
(Text)	vermuteter Wortlaut (wenn schlecht verständlich)
Wortab-	Wortabbruch
((lacht))	nonverbales Verhalten
(Name)	Anonymisierung

SYNOPTISCHER VERGLEICH: OPERATIONALISIERUNG DER FÄHIGKEITENLISTE VON NUSSBAUM

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Indikatoren der Wirkungsorientierten Jugendhilfe-Studie (Albus et al., 2010, S. 107)	Beispiele von Sen, zusammengestellt von Leßmann (2012, S. 5)	Indikatoren in Anlehnung an die Machbarkeitsstudie von Arndt et al. (2006, S. XVII - XXVIII)
1. Leben		<ul style="list-style-type: none"> - avoiding escapable morbidity and premature mortality - longevity 	
2. Körperliche Gesundheit	<p>Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperhygiene - Medizinische Versorgung - Gesunde Ernährung - Sportliche Betätigung <p>Wohnen und Leben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Private Rückzugsmöglichkeit - Kenntnis des Wohnumfelds - Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - being adequately nourished, nourishment - being in good health - being free from malaria - being well-sheltered 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit: schlechter Gesundheitszustand oder Beeinträchtigung im Alltag vs. guter Gesundheitszustand ohne Beeinträchtigung im Alltag - Definition der Beeinträchtigung im Alltag: Einschränkung bei anstrengenden Tätigkeiten, bei Arbeit oder alltagl. Beschäftigungen, in sozialen Kontakten durch seelischen oder körperlichen Gesundheitszustand - Behinderung - Soziale Chancen: unzureichender Zugang zum Gesundheitssystem vs. private Krankenzusatzversicherung Definition von unzureichendem Zugang zum Gesundheitswesen: kein Arztbesuch in den letzten 3 Monaten trotz schlechter Gesundheit

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Indikatoren der Wirkungsorientierten Jugendhilfe-Studie (Albus et al., 2010, S. 107)	Beispiele von Sen, zusammengestellt von Leßmann (2012, S. 5)	Indikatoren in Anlehnung an die Machbarkeitsstudie von Arndt et al. (2006, S. XVII - XXVIII)
			<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Chancen: Obdachlosigkeit, mangelnder Wohnraum - Definition von eingeschränktem Zugang zu angemessenem Wohnraum: Wohnung ist renovierungsbedürftig oder überbelegt oder mangelhaft ausgestattet
3. Körperliche Integrität	<ul style="list-style-type: none"> - Gewaltfreies Aufwachsen 	<ul style="list-style-type: none"> - move about - traveling 	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialer Schutz: Schutz vor Kriminalität
4. Sinne, Vorstellungskraft und Denken	<p>Bildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schulbesuch - Leistungsverhalten - Lese-, Schreib-, Rechen- und Fremdsprachenkompetenz - Sexuelle Aufklärung - Offenheit für neue Erfahrungen / Interesse an der eigenen Umwelt - Kenntnis von Normen und Werten 	<ul style="list-style-type: none"> - being literate - cultural and intellectual pursuits 	<ul style="list-style-type: none"> - Bildung: fehlender Schul-/Ausbildungsabschluss vs. hohes formales Bildungsniveau - Definition der Beeinträchtigung: fehlender Schulabschluss oder Pflichtschulabschluss ohne Berufsausbildung - Definition Kompetenzarmut: funktionaler Analphabetismus bei Personen > 15 Jahren - Soziale Chancen: unzureichender Zugang zu Bildung vs. Besuch von (Elite-) (Hoch)Schulen - Definition von unzureichendem Bildungszugang: keine Weiterbildung in den letzten 5 Jahren -

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Indikatoren der Wirkungsorientierten Jugendhilfe-Studie (Albus et al., 2010, S. 107)	Beispiele von Sen, zusammengestellt von Leßmann (2012, S. 5)	Indikatoren in Anlehnung an die Machbarkeitsstudie von Arndt et al. (2006, S. XVII - XXVIII)
5. Gefühle	Fähigkeit zu Emotionen: <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Stress und Belastung - Selbstvertrauen - Vertrauen zu anderen Menschen - Selbstwirksamkeitserleben - Interne Kontrollüberzeugung 	<ul style="list-style-type: none"> - being happy - being close to people one would like to see 	
6. Praktische Vernunft	Vernunft und Reflexion: <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung eines eigenen Lebensentwurfs - Orientierung an Werten und Normen - Sinn und Identität finden 	<ul style="list-style-type: none"> - taking part in the life of the community 	
7. Zugehörigkeit A. Soziale Beziehungen B. Soziale Basis von Selbstachtung	Zugehörigkeit: Gefühl des Angenommenseins und der Einzigartigkeit <ul style="list-style-type: none"> - Zugehörigkeitsgefühl - Mitgliedschaft in Vereinen - Soziale Netzwerke - Biografische Kenntnisse und Reflexion Zusammenleben: <ul style="list-style-type: none"> - Bezug zu Gleichaltrigen - Legalbewährung - Reflektiertes Zusammenleben - Sozialverhalten - Konfliktbewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> - ability to entertain and visit friends - being close to people one would like to see - having self-respect - appear in public without shame 	
8. Andere Spezies			<ul style="list-style-type: none"> - Ökologischer Schutz: Beeinträchtigung vs. keine Beeinträchtigung durch Luftverschmutzung und Lärm

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Indikatoren der Wirkungsorientierten Jugendhilfe-Studie (Albus et al., 2010, S. 107)	Beispiele von Sen, zusammengestellt von Leßmann (2012, S. 5)	Indikatoren in Anlehnung an die Machbarkeitsstudie von Arndt et al. (2006, S. XVII - XXVIII)
9. Spiel	Kreativität, Spiel und Erholung: - Freizeitverhalten - Medienkonsum	- vacationing	
10. Kontrolle über die eigene Umwelt A. Politisch B. Inhaltlich	- Aneignung und Gestaltung von Wohnraum - Fähigkeit zur Geldeinteilung - Selbständigkeit im Alltag - Beteiligung an Entscheidungen - Altersangemessene Verantwortungsübernahme - Selbständige Zubereitung von Mahlzeiten	- ability to entertain and visit friends - vacationing - traveling - being employed - political participation - being decently clothed	- Einkommen, Vermögen: niedriges Einkommen, evtl. Verschuldung vs. hohes Einkommen u. Vermögen - Ökonomische Chancen: Langzeitarbeitslosigkeit, Working Poor oder Niedriglohnbezug vs. hohe Autonomie beruflichen Handelns - Politische Chancen: fehlende Wahlbeteiligung vs. Mitgliedschaft in einer Partei, in pol. Verband, Gewerkschaft - Sozialer Schutz: Mangel an sozialem Schutz definiert sich als Bezug von Grundsicherung

KODIERLEITFADEN

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
1. Leben	Suizidalität	Gesamtheit all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbstdestruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen, sowie aktiv oder durch Unterlassung anstreben (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 16)	B1, Z. 358: „Und ist auch Selbstmord ist immer wieder gewesen. Gib dir die Kugel oder gehst, machst Selbstmord und dann, ist eigentlich all die Jahre immer wieder gewesen, und dann habe ich gehabt, wie machst Selbstmord, dass den anderen nicht schadet?“	explizite Äusserung über das Vorhandensein von Suizidgedanken oder -absichten in der Vergangenheit; hierunter fallen auch Vorbereitungen für suizidale Handlungen
	Suizidversuch	Suizidale Handlung, die überlebt wurde, unabhängig davon, ob gezielt geplant oder impulsiv durchgeführt. Eine deutliche Todesintention und der Glaube, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen, sind oder waren vorhanden (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 17)	B4, Z. 122-124: „Und einmal bin ich noch in (Ort) im Spital gewesen. Ich habe Tabletten geschluckt. [...] Ja, und dann haben Sie mir müssen den Magen aus, auspumpen.“ B1, Z. 363: „Ich habe schon einmal einen Versuch gehabt, im Spital. Habe mich wollen zum Fenster, also zum Balkon hinunter springen.“	Es muss eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung vorliegen mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens etwas verändern zu wollen; sonst als <i>N1: Suizidalität</i> kodieren
	Lebenswertes Leben	Äusserung zur subjektiven Wahrnehmung, ob/inwieweit das Lebens als lebenswert erlebt wird	B6, Z. 80: „Es ist wie ein Schlag ins Gesicht gewesen für mich, wo ich erkrankt bin. Weil ich habe wirklich sehr gut gelebt. Ich kann einmal sagen, ich bin fünf	In Abgrenzung zu <i>N5: Gefühle: Glücks- und Genussfähigkeit</i> muss es sich um generelle Aussagen zur Lebenszufriedenheit im Allgemeinen handeln

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>von diesen hundert, wo es wirklich ganz, ganz gut gehabt haben im Leben.“</p> <p>B3, Z. 265: „Also, eben momentan gibt es fast nichts, oder, ja, eigentlich fast nichts, wo man bemängeln könnte, also.“</p>	
<p>2. Körperliche Gesundheit</p>	<p>Körperlicher Gesundheitszustand</p>	<p>Selbsteinschätzung zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, Aussagen zu körperl. Wohlbefinden und/oder Einschränkungen bei anstrengenden Tätigkeiten, bei Arbeit oder alltägl. Beschäftigungen, in sozialen Kontakten durch seelischen oder körperl. Gesundheitszustand sowie Fähigkeit zur Selbstpflege wie sich waschen und pflegen, die gesundheitl. Bedürfnisse des Körpers wahrnehmen und darauf angemessen reagieren; zur Selbstpflege zählt auch das gesunde Ernährungsverhalten (vgl. Arndt et al., 2006, S. XVII; Linden, Baron & Muschalla, 2009, S. 19)</p>	<p>B7, Z. 194: „Weil ich habe ja Fibromyalgie, also das sind z.T. recht heftige Schmerzen.“</p> <p>B2, Z. 56: „Die Krankheit hat dann auch angefangen und mir ist es nach und nach einfach, psychisch, ist es immer schlechter gegangen, immer depressiver, extreme Ängste gehabt und ähm, die Krankheit, also ich habe noch eine Essstörung, die hat mich immer mehr in den Griff bekommen.“</p> <p>B1, Z. 4: „Und was aber gewesen ist, ich habe es nicht, habe nicht viel können machen auf einmal. Ich habe vielleicht etwas eine Stunde, zwei, Sachen gemacht und dann habe ich müssen stoppen. Bin dann auch abgelegen, habe viel geschlaf/((rülpst)) Entschuldigung, viel geschlafen oder etwas geles/nein, lesen habe ich nicht mehr mögen. Aber einfach</p>	<p>Abgrenzung zu N5: <i>Fähigkeit zu emotionaler Bindung</i>: Es muss sich um eine explizite Aussage zum Zusammenhang von Gesundheit und der Fähigkeit zur Pflege von sozialen Kontakten handeln; Aussagen zur Beziehungsfähigkeit im allgemeinen und zu Gefühlen der Bindung an andere Menschen bei N5: <i>Fähigkeit zu emotionaler Bindung</i> kodieren</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			geschlafen und gewesen und habe gelistet gehabt. Einfach so Sachen dann gemacht gehabt.“	
	Reproduktive Gesundheit	eigene Kinder bekommen haben bzw. können, ohne eine/n Reproduktionsmediziner/in hinzugezogen zu haben ODER ungewollte Kinderlosigkeit, Bericht über mehr als eine Fehlgeburt, Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin	B4, Z. 196: „ich habe auch während der Schwangerschaft, ich habe nie Probleme irgendwie gehabt, und habe mich auch wahnsinnig gefreut.“	
	Medizinische Versorgung	Aussagen zur medizinischen Versorgung, den Zugang dazu sowie deren Wahrnehmung und subjektive Bewertung sowie Aussagen zur poststationären Phase direkt nach Klinikaustritt	<p>B4, Z. 338: „Oder auch mit der Krankenkasse. Viele von meinen Kollegen da haben ja, dürfen, haben ja dann nicht mehr dürfen in die Tagesklinik gehen, weil die Krankenkasse nicht mehr zahlt, oder. Und meine Krankenkasse hat jetzt noch nie irgendetwas gesagt, ich, ich könne nicht mehr da herunter kommen“</p> <p>B5, Z. 4: „Und der letzte (<i>Anm: Klinikaufenthalt</i>) ist der beste gewesen, weil da haben sie, habe ich wirklich Therapie gemacht und habe auch gecheckt was ich habe“</p>	Abgrenzung zu <i>N10.B: Arbeit</i> : Aussagen zu Erfahrungen mit Beschäftigungsstätten, die Tagesstruktur bieten werden unter <i>N2: Medizinische Versorgung</i> kodiert; Aussagen zu Arbeitsstellen im 2. Arbeitsmarkt (geschützte Werkstätten) unter <i>N10.B: Arbeit</i>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>B3, Z. 141: „Und ist auch eine, eine Zwangseinweisung dann gewesen in die Klinik.“</p> <p>B2, Z. 60: „Ich habe dort auch, irgendwo auch Angst gehabt vor der Klinik, aber ich habe gewusst, ich brauche es, weil so geht es nicht mehr weiter. Und, ja, wo ich dann in die Klinik gekommen bin, ist es (.) einfach eine mega Erleichterung gewesen, dort zu sein. Ähm, einfach weg von allem. Und habe mich dann eigentlich recht schnell dort auch eingelebt und bin von der Persönlichkeit her wieder ein ganz ein anderer Mensch geworden.“</p> <p>B7, Z. 6: „Aber ich gehe noch 2 Tage in die Tagesklinik, und durch das habe ich wenigstens an diesen 2 Tagen eine Tagesstruktur, und ich habe wieder Leute, wo mir helfen, ich habe den Kontakt weiterhin. Weil also, wenn ich das nicht hätte, habe ich das Gefühl, ich hätte nochmals müssen zurückkommen stationär.“</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
	Wohnen	Aussagen zur (Zufriedenheit mit) Wohnsituation, ob private Rückzugsmöglichkeit vorhanden, Aussagen zu allfälligen Mängeln wie fehlende Heizung, Lärm, Überbelegung oder Renovierungsbedürftigkeit, zu Veränderungswunsch, -möglichkeit und/oder -notwendigkeit, Aussagen zum Risiko des Wohnungsverlusts; Aussagen zur eigenen Wohnfähigkeit (vgl. Arndt et al., 2006, S. XXVII)	6, Z. 70-72: „Bin bis jetzt noch nie ausgezogen. [...] Weil ich seit 10 Jahren erkrankt bin jetzt. Und, knapp 10 Jahre. Und durch die Erkrankung selber habe ich dann, bin ich daheim geblieben. Sonst wäre ich auch schon längstens ausgezogen.“ B5, Z. 244: „aber wenn ich jetzt so könnte wählen und genug Geld hätte, würde ich schon lieber irgendwo ein wenig ländlich und die Autoprüfung noch machen und irgendwie ländlich leben, wenn ich könnte. So ein Traum wäre es schon, aber, ja. Es ist nicht schlecht dort, wo ich im Moment bin, ja. Ja.“	
3. Körperliche Integrität	Gewalterleben	Aussagen über (nicht) vorhandene Erlebnisse von physischer, psychischer, sexueller oder ökonomischer Gewalt in der Vergangenheit	B3, Z. 273-275: „Und dann ist grad auch am Anfang so, so ein wenig ein Zwischenfall gewesen, wo es dann grad nochmal ein wenig gepusht hat. Wo einer dann ein wenig die Fassung verloren hat. [...] Ja, er hat das Esszimmer ein wenig (.) demoliert gehabt.“	
	Freiheit der Partnerwahl	Freiheit, die/den sexuellen bzw. Lebenspartner/in selber zu wählen bzw. als Ein-		

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
		schränkung: Repression oder Stigmatisierung aufgrund von Partnerwahl oder auch nur die Befürchtung davon		
	Sicherheit im öffentlichen Raum	Subjektiv geäußerte Sicherheit bzw. Unsicherheit, sich im öffentlichen Raum (angst)frei zu bewegen	<p>B5, Z: 196: „Also jetzt, wo es mir schlecht gegangen ist, da habe ich mich schon an vielen Orten nicht sicher gefühlt, ja. Aber einfach weil es mir selber nicht gut gegangen ist, ja.“</p> <p>B3, Z. 267-271: „Es ist sicher sehr beängstigend, wenn man zum ersten Mal in die Klinik kommt. [...] Man kommt bekommt halt nur immer so ein wenig die Vorurteil mit, und die, die (.), ja, die Meinungen halt. [...] ich von mir selber habe das, wie das Gefühl gehabt oh-oh, jetzt muss ich da mit so einem Haufen Spinner sozusagen da, ähm, ja. Zimmer teilen oder was halt auch immer. Und das macht am Anfang sehr unsicher.“</p>	
4. Sinne, Vorstellungskraft und Denken	Bildung: Pflichtschulzeit	Fähigkeit zum Abschluss der Pflichtschuljahre in einer Regelschule bzw. entsprechender Privatschule ODER kein Regelschulabschluss bzw. Sonderbeschulung	<p>B1, Z. 203: „Also ich habe keine Lehre gemacht gehabt, weil ich habe Oberschule gehabt.“</p> <p>B2, Z. 70: „Ich habe dann, also ich habe schon einen Abschluss von der Sekundar-</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>schule. Bin einfach ein paar Monate früher gegangen, aber habe ihn trotzdem bekommen.“</p>	
	<p>Bildung: Berufsausbildung</p>	<p>Aussagen zum Abschluss einer Lehre, berufsausbildenden Schule oder tertiären Bildungseinrichtung, zur Fähigkeit des Abschlusses innerhalb der Regelzeit oder zum Fehlen einer beruflichen Ausbildung sowie dem subjektiven Erleben der Ausbildung</p>	<p>B5, Z. 86-88: „Und ich habe eben auch 2 Lehren abgeschlossen. Mir ist das irgendwie wichtig gewesen. [...] Ja. Ja, ich habe es ein wenig durchgewürgt sozusagen auch ein wenig. Also ja. Aber ich habe es dann doch geschafft irgendwie, ja.“</p> <p>B3, Z. 17-21: „Dann nachher habe ich ja dann auch die Ausbildung angefangen. [...] Kaufmann.[...] In (<i>Ortsname</i>). In einem geschützten Rahmen.“</p> <p>B2, Z. 102-104: „Habe dann aber eine Lehrstelle bekommen als Fachfrau für Information und Dokumentation. [...]Und, ja, ich habe dort vom Spital aus angefangen ((lacht verlegen)) so Teilzeit eigentlich, mit Schule und, habe ich aber dann nach zwei Monaten schon wieder abgebrochen ((lacht verlegen)) weil es einfach nicht gegangen ist.“</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
	Selbstbild /Selbstwahrnehmung	Äusserungen zur Selbstwahrnehmung und zu subjektiv wahrgenommenen Veränderungen des Selbstbilds	B1, Z. 397: „Und eben auch mit der Schwachheit umzugehen, also wissen, bist schwach. Kannst nicht mehr, wie du willst. Und das akzeptieren. Auch dass du nicht mehr arbeiten kannst, dass du nicht mehr, ist und das alles.“	
	Interesse an der eigenen Umwelt	Offenheit für neue Erfahrungen, Wissbegier, Neugier, Interesse an unterschiedlichen Dingen (vgl. Albus et al., 2010, S. 107)	B1, Z. 215-217: „das ist eigentlich meine schönste Zeit gewesen dort. [...] Ich bin mit den Kollegen sehr gut ausgekommen, und wir sind alle per du gewesen bis auf die Ärzte und die Oberschwester. Und da habe ich eben auch viele medizinische Sachen gelernt, da hast können fragen und schauen und so, oder?“	
	Anpassung an Regeln und Routinen	bewusste Bezugnahme des eigenen Denkens und Handelns auf soziale Normen und Werte; Fähigkeit, sich an Regeln zu halten und in Organisationsabläufe einzufügen, Einhalten von Verabredungen etc. ODER mangelnde Kenntnis von Normen, ersichtlich an wenig Unrechtsbewusstsein bei Normenverstoss, eingeschränkte Fähigkeit, sich an Regeln zu halten (vgl. Linden et al., 2009, S. 13)	B6, Z. 52: „Aufgrund von der Krankheit habe ich ein paar, paar Regeln und paar Richtlinien nicht können einhalten, darum ist es schwierig geworden mit dem Job. Bin entweder gekündigt worden oder ich selber habe gekündigt.“ B1, Z. 331: „Und ich habe sie angeschaut, ich habe mit Augen, habe sie durchbohrt und verachtet, wirklich, sie hat alles, was ich gedacht habe, in den Augen können	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			lesen. Aber ich habe nichts gesagt. Ich bin korrekt gewesen. Bis am Schluss korrekt.“	
	Selbstbehauptungsfähigkeit	Fähigkeit, in sozialen Kontakten oder auch in Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit zu bestehen und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei soziale Normen zu verletzen sowie selbstbenannte Schwierigkeiten und Einschränkungen (Linden et al., 2009, S. 16)	<p>B4, Z. 230: „Mir hat gerade der Doktor (Name) gesagt, eben, er merke, dass ich mich auch wegen meinem Mann, er ist halt wahnsinnig dominant, mein Mann, dass ich mich, mehr, mich gegen ihn kann durchsetzen, oder, wenn ich etwas auch, auch will, dass ich es auch sage.“</p> <p>B1, Z. 158: „und da habe ich dann gedacht gehabt, hei nochmal! Get up, stand up, stand up for your right! Fragst! Fragst anständig, weil ich habe Gott sei Dank eine sehr eine anständige Sozialarbeiterin gehabt. Und dann hat sie gesagt , ja, wohl, ja“</p>	Abgrenzung zu <i>N7-B: Soziale Basis von Selbstachtung</i> : nur wenn es nicht um die Scham bezügl. externer Bewertung der eigenen Person geht
	Kreatives Tätigsein	Möglichkeit, literarische, musikalische etc. Werke zu erleben und/oder herzustellen oder Einschränkungen darin, sowohl aufgrund mangelnden Zugangs als auch mangelnder individueller Kompetenz	B3, Z. 97: „Ja, dort habe ich dann auch eine Phase gehabt von ein, zwei Monaten, wo ich dann wirklich täglich ganz, also (..), ja, in der Zeit jetzt in dem halben Jahr ungefähr, wo diese Phase so ein wenig gewesen ist, habe ich mir dann zwei Instrumente eigentlich so ein wenig beigebracht, selber.“	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>B1, Z. 403: „kann ich jetzt genau die Sachen machen, wo ich schon lange habe wollen machen. Eine Frauengruppe, Frauen-Bibelgruppe. Ich habe künstlerisch mich betätigt mit malen, mit stricken, einfach alles so Sachen, wo ich einfach jetzt frei habe, ich habe gemalt gehabt und so, wo ich vorher einfach nicht habe können.“</p>	
	<p>Fähigkeit zu denken oder zu schlussfolgern</p>	<p>selbstbenannte erlebte Fähigkeit im kognitiven Bereich sowie Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, die Reihenfolge von Arbeitsabläufen sinnvoll zu strukturieren und diese wie geplant durchzuführen und zu beenden sowie selbstbenannte erlebte Einschränkungen darin (vgl. Linden et al., 2009, S. 14)</p>	<p>B1, Z4: „ich habe durch das, dass ich in der Klinik gewesen bin wieder können objektiv denken und habe auch können in einem gewissen Sinn auch (.) wissen oder erkennen, was ist jetzt wichtig und was nicht.“</p> <p>B5, Z. 100: „Ich meine, ich meine, was so abgegangen ist, so, zum Teil also, ja. Auch mit den Gedanken und so, was ich dort so ein wenig jeweils gehabt habe, so Gedankenspiele und weiss der Kuckuck und so, so ein wenig, Zeug, ja. (..) Also mich dünkt, man hat schon früh gemerkt, dass irgendetwas nicht ganz stimmt, ja.“</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			B5, Z. 108: „und irgendwie habe ich gemerkt gehabt, ich bin immer abwesend und irgendetwas stimmt einfach nicht“	
5. Gefühle	Fähigkeit zu emotionaler Bindung	internale Fähigkeit, sich Menschen nahe zu fühlen, zu vertrauen, zu lieben, zu trauern, sich zu sorgen sowie Empathiefähigkeit oder Einschränkungen in dieser Fähigkeit, sofern klar bezogen auf Äusserungen von Affektarmut in Bezug auf Menschen und/oder Bindungsstörungen	<p>B4, Z. 38: „Also ich muss sagen, ich habe, also wie hängen beide sehr an unserem Sohn. Ist der einzige halt.“</p> <p>B2, Z. 184-188: „Okay, die meisten haben noch, was bei mir irgendwie wegfallt, so ein wenig, Familie oder Freund oder so. [...] Vielleicht kommt das irgendwann einmal. Das ist im Moment, oder schon lange eigentlich unvorstellbar.“</p>	Abgrenzung zu <i>N7.A: Soziale Beziehungen</i> : Äusserungen zu selbst wahrgenommener Fähigkeit zur Bindung, zu Gefühlen und Empfindungen bezgl. sozialer Kontakte, nicht generelle Zufriedenheit mit Beziehungsqualität oder Handlungen der Kontaktpflege
	Genuss- u. Glücksfähigkeit	Fähigkeit, Glück zu erleben und sich an Genuss zu erfreuen sowie Einschränkungen dieser Fähigkeit	<p>B6, Z. 210: „aufgrund von dass ich krank gewesen bin, erfreuen mich Sachen, wo andere zum Beispiel nicht erfreuen, weil, ja, weil das bei denen vergessen gegangen ist und das für mich neu ist dann sozusagen.“</p> <p>B4, Z. 402: „Weil ich eben, ich kann nicht, wenn es mir schlecht geht, mich an etwas freuen. Oder auch trauern, wenn es mir recht schlecht geht, könnte ich nämlich nicht trauern.“</p>	<p>Abgrenzung zu <i>Fähigkeit zu emotionaler Bindung</i>: Einschränkungen können auch Äusserungen von Affektarmut beinhalten, wenn nicht auf die Beziehung zu Menschen bezogen</p> <p>Abgrenzung zu <i>N9: Fähigkeit zu lachen, spielen und erholsame Tätigkeiten zu geniessen</i>: spezifische Äusserungen zu Genuss und Freude an eigenen Aktivitäten</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>B3, Z. 253: „Und dass ich, ich habe einfach auch lernen müssen, an den kleinen Sachen Freude zu haben. Ich habe früher, ich habe eben in einer ländlichen Umgebung gewohnt gehabt, bei den Eltern. Und dort hat es halt auch viel so Blümlein und all das Zeug halt gehabt, und das nimmt man nicht wahr dann. Also so ein wenig, man läuft blind so ein wenig durch die Welt, habe ich das Gefühl gehabt. Oder, jetzt im Nachhinein. Wenn ich jetzt dort durchlaufe, dann habe ich schon an einem kleinen Käferchen oder so, ist schon etwas Schönes. Oder etwas Interessantes.“</p>	<p>bei N9 codieren, sonst N5: <i>Genuss- und Glücksfähigkeit</i></p>
	Selbstwirksamkeitsüberzeugung	<p>Grad an Gewissheit, gewünschte Handlungen und mögliche Lebenskrisen auf Basis eigener Kompetenzen ausführen und bewältigen zu können sowie benannte Veränderungen bzw. Einschränkungen dieser Fähigkeit (vgl. Pförtner, 2013, S. 38)</p>	<p>B3, Z. 161: „Habe mich aber eigentlich sehr gut unter Kontrolle, wo ich früher eben nicht so gut gehabt habe. Ist auch nie mehr seit, seit einem Jahr jetzt oder mehr schon, ist eigentlich nie mehr etwas vorgefallen, wo irgendwie schädlich gewesen wäre.“</p> <p>B2, Z. 174: „Ja, ich habe auch das Thema Zukunft, aber noch ist es recht schwierig bei mir, weil ich einfach gar nichts vor mir sehe. (.) Ich könnte Ihnen höchstens</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			sagen, eben, wie es ungefähr verlaufen sollte, aber es ist eigentlich nicht wirklich eine Hoffnung dahinter, oder ich sehe wirklich eigentlich gar nichts, wo, wo ich das Gefühl habe, da könnte ich bestehen, da könnte es weiter gehen, das würde mir helfen.“	
	Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen	Fähigkeit, mit Verantwortung, mit Stress, Störungen und Krisensituationen umzugehen sowie benannte Einschränkungen dieser Fähigkeit (vgl. World Health Organization, 2005, S. 100)	B1, Z. 227: „Da habe ich eben dort schon gemerkt gehabt, ich mag nicht mehr so, ich kann, es geht irgendwie nicht mehr so. Bei Stresssituationen klinge ich aus.“	
6. Praktische Vernunft	Fähigkeit zur Entwicklung eines eigenen Lebensentwurfs	Vorstellungen über den Verlauf des eigenen Lebens, Planung des eigenen Lebens; Fähigkeit, kritisch über die eigene Lebensplanung nachzudenken bzw. Einschränkung dieser Fähigkeit	<p>B6, Z. 42: „Weil ich habe ich gewusst, dass ich krank bin. Aber habe auch gewusst, dass ich muss weiter leben. Und irgendwie auf einem gesunden Weg muss weiter machen. Und nicht auf, auf einem Weg, wo krankheitsbedingt gewesen ist, dass ich irgendwie mich fallen lasse oder alles anders mache. Habe versucht, so realistisch zu leben wie, wie es halt hat müssen sein.“</p> <p>B3, Z 329: „Mhm. So ein wenig Ausbildungsmässig habe ich nachher wollen dann Berufsmatura noch machen. Dann</p>	<p>Einschränkung dieser Fähigkeit sind Äusserungen, die auf mangelnde Fähigkeit hinweisen, die eigene Zukunft zu antizipieren.</p> <p>Abgrenzung zu <i>Fähigkeit zu denken oder zu schlussfolgern</i>: Es geht um Äusserungen zur Lebensplanung und kritischen Reflexion derselben; bei konkreten Handlungsplanungen und der Fähigkeit, konkrete Entscheidungen zu</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>nach dem Chemie oder Mikrobiologie studieren. Ja. Und dann, weiter, ich denke, das ist so wie ein wenig die nähere Zukunft, sage ich mal. Und so auf ganz weit hinaus, denke ich, ist für mich wie, will ich gar kein Bild machen, weil ich es einfach, mich ein bisschen überraschen lassen.“</p>	<p>fällen <i>Fähigkeit zu denken oder zu schlussfolgern</i> codieren</p>
	<p>Fähigkeit, sich eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden</p>	<p>kritisches Nachdenken über Werte und Normen sowie Aussagen über persönliche Vorstellungen eines guten Lebens und dessen, was dazu gehört</p>	<p>B3, Z. 335: „Zum guten Leben? Denke ich, braucht es nicht viel in dem Sinn. Zufriedenheit.“</p> <p>B3, Z. 345: „Also Personen braucht man sicher, in so einem gewissen, wie soll ich dem sagen, ja, halt so ein wenig Bezugspersonen. Weil allein kann eine Person nicht glücklich werden, so, glaub ich.“</p> <p>B6, Z. 236: „Ein gutes Leben ist sicher einmal, dass man mit sich selber klar kommt. Dass man dann viele Probleme weniger hat oder viele Probleme beiseite geschafft werden können, sich selber.“</p>	<p>Abgrenzung zu <i>Anpassung an Regeln und Routinen</i>: es geht um Äusserungen reflexiver Auseinandersetzung mit Normen; das an Normen orientierte Handeln unter <i>Anpassung an Regeln und Routinen</i> codieren</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			B7, Z. 194: „Ja. Also ich muss halt schon sagen, bei mir steht halt die Gesundheit an erster Stelle.“	
7. Zugehörigkeit A. Soziale Beziehungen	Familie und Partnerschaft	Aussagen zur Paarbeziehung, Beziehung zur Herkunftsfamilie, Verwandtschaft und/oder zur eigenen Familie, zur Zufriedenheit der Beziehungsqualität; Fähigkeit, enge ggf. intime Beziehungen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten und mit den Rollenerwartungen abzustimmen sowie Einschränkungen der Zugehörigkeit durch Kontaktabbruch, belastende oder konflikthafte Beziehungsqualität (vgl. Linden et al., 2009, S. 18).	<p>B4, Z. 30: „Und dann hat dann mein Mann und mein Sohn probiert, mich ein wenig abzulenken, aber es ist ihnen eben jeweils auch nicht so, also sie sind ziemlich hilflos gewesen.“</p> <p>B6, Z. 10: „ich habe die Eltern gehabt, zum Glück auch, in der Zeit. Weil allein hätte ich es nicht geschafft wahrscheinlich. Es, ich habe es für angenehm gefunden, wenn ich jemanden gehabt habe, wo einfach da ist. Und, ja. Ich habe einfach in der Zeit nicht mögen allein sein, sonst wäre ich wahrscheinlich komplett ausgerastet dort.“</p> <p>B2, Z. 140: „Weil ich habe auch ein wenig (unv.) Kontakt, ich habe zu meinem Mami, und zu ihr habe ich den besten Kontakt eigentlich. Zu meiner Schwester immer wieder mal wieder so ein bisschen, und mit meinem Papi ist es ganz schwierig.“</p>	Abgrenzung zu <i>Fähigkeit zu emotionaler Bindung</i> : Es geht um generelle Äusserungen zur Zugehörigkeit bzw. Beziehungsqualität, nicht um die Selbsteinschätzung der Bindungsfähigkeit

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
	Fähigkeit zu Freundschaft	Aussagen zur Fähigkeit zu Freundschaft, d. i. zufriedenstellende freundschaftliche Beziehungen, die aktiv gepflegt werden; innere und äussere Möglichkeit/Fähigkeit zur Kontaktpflege ODER eingeschränkte Fähigkeit zu Freundschaft, d.i. wenig zufriedenstellende freundschaftliche Beziehungen, keine aktive Pflege von Beziehungen, Kontaktabbrüche; eingeschränkte innere und äussere Möglichkeit/Fähigkeit zur Kontaktpflege	<p>B3, Z. 51: „Ja, also ich muss sagen, dass die Freundschaften sehr wertvoll gewesen sind, weil sie mich eigentlich auch fast jeden Tag in der Klinik dort besuchen gekommen sind. Es ist nie so gewesen, dass ich dann grad das Gefühl gehabt habe, ich bin allein, dass sie mich sozusagen wie hängen lassen haben. Ja, bin ich wirklich froh.“</p> <p>B7, Z. 108: „Und durch das habe ich auch viele Leute verloren, weil ich habe schon einige gehabt, wo gesagt hat, du, ich komme dich besuchen, habe ich gesagt, du ja, ich freue mich. Und dann kaum sind sie da gewesen, habe ich, ich habe es nicht vertragen. Und dann habe ich müssen sagen, du, tut mir leid, geht mir nicht gut, kannst bitte wieder gehen.“</p> <p>B3, Z. 173: „Ja, also. Von dem her hat es sich eigentlich so ein wenig von der Grösse vom Freundeskreis nicht gross verändert, eher kleiner geworden, und dafür engere Beziehungen. So ein wenig, die weniger oberflächlichen Bekanntschaften.“</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
	Gruppenzugehörigkeit	aktive Mitgliedschaft in Verein(en) oder anderen Gruppierungen inkl. der internalen Fähigkeit, sich in Gruppen einzufügen, die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen (vgl. Linden et al., 2009, S. 17)	B1, Z. 195: „Und am Sonntag bin ich jeweils in den Gottesdienst. Da tun wir jeweils miteinander nachher noch, tut eine Gruppe kochen und die anderen, die dort bleiben wollen, können sich eintragen. Und dann wird dort gegessen, und dann tut man einmal miteinander reden, macht Spiele oder was auch immer.“	
	Reflektiertes Zusammenleben	Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben; Äusserungen zu bewussten Reflexionen des eigenen Sozialverhaltens bezügl. des Zusammenlebens mit Mitbewohner/innen sowie Äusserungen zur Einschränkung in dieser Fähigkeit	B3, Z. 167: „Also es ist so, dass zweimal in der Woche kommt jemand vom Team, also, wir haben so eben unsere zuständigen drei Personen. Und da kommt immer am Montag jemand herunter essen und für eine Sitzung, wo man einfach so ein wenig Alltagsachen bespricht wie, wer kocht wann, putzt, wer was und, ja, so ein wenig halt, wie die WG-Sachen ((lacht)) Und am Donnerstag kommt immer noch jemand einfach zum Essen und Bereden.“	Abgrenzung zu <i>Anpassung an Regeln und Routinen</i> : nur Aussagen zum Zusammenleben mit Mitbewohner/innen
	Helfernetz	Äusserungen zu Kontakten und Erfahrungen mit Personen und/oder Institutionen des Helfernetzes sowie deren subjektive Bewertung	B1, Z. 467: „Am meisten Energie. Ja. Mit denen Sachen, mit den Behörden oder auch mit Sozialamt, einfach Behörde, einfach all das, es braucht soviel Energie, soviel Kraft. Und das macht dich müde.“	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>Und resigniert. Resignierend zum Teil, oder.“</p> <p>B2, Z. 64: „Und ich habe mich eben dann kurz nach dem neuen Jahr ohne die Kollegin, habe ich mich bei der Schulsozialarbeiterin gemeldet. [...] Und sie ist dann so quasi ein wenig mein Rettungsanker gewesen.“</p> <p>B1, Z. 489-491: „wo zum Teil einfach auch die Sozialarbeiter einfach keine Zeit haben. [...] Keine Zeit haben, zum, zum Zeit haben für einen oder richtig zu schauen, weil es einfach (.) nicht, (.) einfach Zeit nicht haben zum das machen. Unter Druck sind. Oder Vorgaben haben, und sie wollen helfen, aber sie können nicht. Weil's, weil's zuwenig Unterstützung bekommen oder zuwenig Geld haben, zum wirklich helfen.“</p> <p>B3, Z. 33-39: „Ja, es ist grad auch noch sehr schwer gewesen. Also, es ist eigentlich gedacht gewesen, dass grad in Anschluss eigentlich, grad so ein Aufbauprogramm kommt, so eine Wiedereingliederung eigentlich. [...] Also,</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>ja. Und das ist dann aber ein wenig, ich sag jetzt, mühsam gewesen, weil das Ganze ist insgesamt glaube ich fast ein Jahr gelaufen, bis da einmal irgendein Bescheid überhaupt gekommen ist.“</p>	
<p>7. Zugehörigkeit B. Soziale Basis von Selbstachtung</p>	<p>Fähigkeit, sich in der Öffentlichkeit ohne Scham zu zeigen</p>	<p>Fähigkeit, sich ohne Einschränkung mit dem eigenen Sosein in der Öffentlichkeit zu zeigen oder Äusserungen zu einer Einschränkung dieser Fähigkeit (vgl. Leßmann, 2012, S. 5)</p>	<p>B3, Z. 389: „Auch direkt, so ein wenig die Ablehnung auch danach. So ein wenig, wie auch, tu nicht so blöd. Es ist ja nichts, sozusagen. Auch das Vorurteil, du willst einfach nur nicht arbeiten gehen, sozusagen.“</p> <p>B4, Z. 432: „Weil wenn, wenn jemand sonst krank ist, dann schaut man und umorgt ("bäschelet") und macht man, aber wenn jemand psychisch krank ist, dann nachher ziehen sich viele zurück und (.) eben statt dann irgendwie auch (.)“</p> <p>B5, Z. 254: „Ähm, ich merke das, ich bin nicht so eine "Gemerlige" diesbezüglich. Aber ja, also im (<i>Arbeitsort</i>) erlebt man es, glaube ich, ab und zu mal, so ein wenig, aber ich habe es, ist mir jetzt nicht wahnsinnig gross aufgefallen, schon ein wenig, weil es kommt schon ein wenig,</p>	<p>bezieht sich u.a. darauf, die eigene Krankheitsgeschichte ohne Scham integrieren zu können und sich damit zeigen zu können; Einschränkungen der Fähigkeit sind z.B. Stigmatisierungserfahrungen</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>ein bisschen, so ein wenig rüber, also sagen wir, ein wenig ja, nicht so ganz hundert oder so. Aber (.) ja. Ich mache mir eigentlich gar nicht so gross Gedanken darum, irgendwie. Darum fällt es mir auch nicht so auf.“</p> <p>B3, Z. 285: „Ja, und (.) hat besonders dann meinen Bruder gestört gehabt, weil sie ihn dann erstens sehr, wie soll ich das sagen, so ein wenig. Ihm ist der Ruf sehr wichtig, und dann hat er (.) hat ihn jemand darauf angesprochen, sozusagen ja, gell, dein Bruder ist in der Klinik. So, in dem Sinn. Und dann ist wie der Ruf geschädigt gewesen. Und das habe ich einfach gespürt gehabt.“</p>	
8. Andere Spezies	Fähigkeit zu Anteilnahme u. Beziehung zu anderen Spezies	Liebe zu Tieren, Pflanzen und Natur; empathische Beziehung zu anderen Spezies	B3, Z. 255: „Für mich sind besonders Tiere, ja, sind sehr, für mich etwas sehr Beruhigendes und auch, wie soll ich sagen, etwas sehr Schönes. Und ich, ich (.) Es ist für mich, wie soll ich sagen (.) Man nimmt es viel bewusster wahr, Tiere, insgesamt, man, man schaut jetzt eher auf Sachen wie jetzt (.) verstampfe ich jetzt das Käferchen oder nicht, sage ich jetzt mal. Man ist einfach achtsamer so	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>ein bisschen. Und auch nach der Zeit habe ich dann auch aufgehört Fleisch essen. Ja. Einfach auch weil ich so ein wenig (.) wie das Gefühl gehabt habe, dass es nicht ganz stimmt momentan, also, wie mit den Tieren umgegangen wird, so ein wenig in den Schlachthanlagen sozusagen. Ist wie nicht (.) Ist, für mich ist das wie so ein wenig, ich würde das Fleisch essen, wenn ich das Tier z.B. selber würde aufziehen oder wenn ich weiss, dass es gut gehabt hat. Oder auch von einem Bauer, wo ich weiss z.B. es hat es gut gehabt, aber nicht in so einer, so einem Mini-Käfig.“</p>	
<p>9. Spiel</p>	<p>Fähigkeit zu lachen, spielen und erholsame Tätigkeiten zu geniessen</p>	<p>Möglichkeiten des Zugangs zu freudvollen Tätigkeiten, Genuss an freudvollen eigenen Aktivitäten oder Fähigkeit zur Erholung inkl. internale Fähigkeit, ausserhalb beruflicher oder sozialer Pflichten Spontanverhalten zu initiieren, Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und in den Alltag zu integrieren sowie Äusserungen zu Einschränkungen dieser Fähigkeit (vgl. Linden et al., 2009, S. 18)</p>	<p>B1, Z. 158: „Und hab gedacht gehabt, das Kino, ich möchte gern wieder einmal ins Kino. Ist zu teuer! Ein Heftli. Vergiss es! Ist zu teuer! Und ich hab doch so gerne Bücher, oder? Und da gibt es so antiquaristische Sachen oder irgendwie Ausschuss vom Orell Füssli. Ich hab, hab mir's nicht können leisten.“</p> <p>B3, Z. 178: „Ich bin sehr viel am Lesen. Immer noch sehr viel Musik machen. Ja, sonst halt noch mit der Freundin etwas</p>	<p>Abgrenzung zu N5: <i>Genuss- u. Glücksfähigkeit</i>: spezifische Äusserungen zu Genuss und Freude an eigenen Aktivitäten bei N9 codieren, sonst N5: <i>Genuss- und Glücksfähigkeit</i></p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>oder mit den Kollegen etwas, also es ist, von dem her ist es wie, die Zeit vom Feiern hat sich so ein wenig aufgeteilt auf die anderen.“</p> <p>B6, Z. 126: „Nein, ich habe aufgehört gehabt mit den Freizeitaktivitäten.“</p>	
<p>10. Kontrolle über die eigene Umwelt</p> <p>A. Politisch</p>	<p>Recht auf politische Partizipation</p>	<p>Wahlrecht besitzen am eigenen Wohnort, Möglichkeit der politischen Mitbestimmung sowie Äusserung zur subjektiven Bedeutung der politischen Rechte ODER Einschränkung dieser Fähigkeit</p>	<p>B6, Z. 220: „Ob wir etwas können bewirken? In der Politik? (.) Ich bin mir sicher schon. Weil, man kann so vielen Leuten helfen. Man kann "Aufrichtungen", Einfach-"Aufrichtungen" aufbauen. Oder schon allein irgendwie ein Objekt mieten. (.) Ich denke, ich wäre viel sozialer dann. Ich würde mich dort engagieren, wo Hilfe gebraucht und nicht irgendwie, wo Geld gemacht wird.“</p> <p>B4, Z. 332: „Ja, muss ich, ich muss auch sagen, ich, ich, ich bin. Politik interessiert mich überhaupt nicht.“</p>	
<p>10. Kontrolle über die eigene Umwelt</p> <p>B. Inhaltlich</p>	<p>Arbeit</p>	<p>Arbeitsplatz mit Chance, als Mensch zu arbeiten und die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können; Möglichkeit der Verantwortungsübernahme am eigenen Arbeitsplatz, z.B. mit einer (hohen)</p>	<p>B5, Z. 82: „Wo es mir gut gegangen ist, da bin ich immer am Arbeiten gewesen, also ich bin viel arbeiten gegangen. Also ich bin immer am Arbeiten gewesen, ich</p>	

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
		<p>Autonomie beruflichen Handelns ODER Einschränkungen in diesem Bereich (z.B. wenig Verantwortungsübernahme möglich, repetitive Arbeiten), wozu auch Working Poor oder Niedriglohnbezug und eingeschränkte Möglichkeiten der Stellenwahl und Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit zählen (vgl. Arndt et al., 2006, S. XVII)</p>	<p>habe auch 100 % gearbeitet, ich habe gern gearbeitet.“</p> <p>B7, Z. 70: „Da habe ich einfach durchgebissen, weil ich brauche Geld, ich muss eine Stelle haben, egal, was passiert dort, ich beisse jetzt da einfach durch, oder. Und bis einmal eines Tages hat er mich einmal wirklich geschlagen. Und dann habe ich müssen sagen, nein, also jetzt ist fertig. So kann ich nicht mehr arbeiten.“</p> <p>B6, Z. 16: „In der Zeit, wo ich, sag ich mal, krank gewesen bin, habe ich vielleicht zwei Jahre nicht gearbeitet und zehn davon schon oder acht.“</p> <p>B5, Z. 173: „Also. Ich vermisse auch, dass ich gefordert werde oder so, dass ich muss Leistung auch bringen irgendwie so, vermisse ich manchmal schon ein wenig, ja.“</p>	
	Ökonomische Chancen	<p>Aussagen zum Einkommen, zum Ausreichen der materiellen Ausstattung für den Lebensbedarf und zur Fähigkeit zur Geldeinteilung</p>	<p>B3, Z. 215: „Ich bekomme ja momentan das Taggeld von der IV. Und von dem (.) her lebe ich mehr als gut, aus meiner Sicht. Also, wie soll ich sagen, da habe ich, meine Rechnungen zu zahlen, wo ich</p>	<p>Einkommen durch Erwerbsarbeit und/oder individuellen sozialversicherungsrechtl. Anspruch (AL-TG, KTG, IV-TG, IV-Rente), mit oder ohne</p>

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>danach immer noch einen sehr grossen Teil für mich selber persönlich übrig habe. Also. Ich, ich würde mir nicht wünschen, mehr Geld zu haben.“</p> <p>B5, Z. 62: „also wo ich das erste und das 2. Mal in die Klinik gegangen bin, habe ich schon gemerkt gehabt, also finanziell ginge es nicht so, es ist alles ein wenig. Ich habe Mahnungen und Zeug, und es geht einfach nicht irgendwie, und ich schaffe es gar nicht durchzukommen mit dem Geld, wo ich noch habe, weil irgendwie habe ich immer wieder einen Job gehabt, dann wieder nicht, dann wieder einen Job gehabt, dann wieder nicht.“</p>	ergänzende Leistungen der EL oder Sozialhilfe
	Mangel an sozialem Schutz	Kein Erwerbseinkommen und kein Anspruch auf individuelle sozialrechtliche Leistungen ausser Sozialhilfe, Äusserungen zum subjektiven Erleben der Sozialhilfe	<p>B7, Z. 20: „jetzt bin ich am Sozialamt, jetzt kommen Existenzängste dazu.“</p> <p>B6, Z. 132: „Schulden habe ich, bin ein Jahr nicht am Arbeiten gewesen, bin auch nicht vom RAV bezahlt worden, also hat sich alles ein wenig angehäuft.“</p> <p>B1, Z. 132-134: „Ja. Weil ich habe, bin dann zwei Jahre krank gewesen, und dann ist das Krankengeld gestrichen</p>	z.B. kein Anspruch auf Leistungen der IV, weil die Diagnose nicht zu Leistungen berechtigt (somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie etc.)

Fähigkeitenliste von Nussbaum (2010a, S. 112-114)	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
			<p>gewesen.[...] Dann ist es fertig, und dann habe ich aufs Sozialamt müssen.“</p> <p>B1, Z. 136-138: „Was noch schlimm gewesen ist, ich muss mein ganzes Geld, das ich auf der Seite habe, bis auf - wieviel hat sie gesagt gehabt? - 4000 Franken oder so, aufbrauchen. [...] Weil ich habe bis jetzt noch 85 Rappen auf dem Sparkonto.“</p>	
	Reisen / Verkehrsfähigkeit	Fähigkeit, zu reisen, zu verschiedenen Orten zu gehen bzw. verschiedene Transportmittel (Auto, Bus, Flugzeug) zu benutzen oder Äusserungen zu einer Einschränkung dieser Fähigkeit (vgl. Linden et al., 2009, S. 19)	<p>B3, Z. 223: „Nein. Nein. Es ist schon immer auch, ist das (<i>Anm.: Ferien</i>) nie möglich gewesen, auch schon als Kind nicht, weil ich dort schon Mühe gehabt habe, von daheim weg zu sein.“</p> <p>B5, Z. 244: „aber wenn ich jetzt so könnte wählen und genug Geld hätte, würde ich schon lieber irgendwo ein wenig ländlich und die Autoprüfung noch machen“</p> <p>B6, Z. 126-130: „Auch reisen, bin gern gereist, habe ich auch nicht können[...] Es ist einfach der ständige Druck gewesen, also der ständige Druck von der Krankheit, wo einem nicht hat können ein wenig Spielraum lassen.“</p>	