

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Universität Ulm

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Becker

**Empowerment und Lebensqualität bei Patienten mit affektiven
und schizophrenen Erkrankungen – Vergleich zweier Konzepte**

Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Susanne Kampa

Freising

2013

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Reinhold Kilian

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Markos Maragkos

Tag der Promotion: 16.05.2014

Meiner Tochter Nora Anna, die mich vor ihrer Geburt zum Schreiben motiviert hat und nach ihrer Geburt dafür gesorgt hat, dass ich die Arbeit in vielen kleinen Schritten überarbeitet habe.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung.....	1
1.1. Hintergrund.....	2
1.1.1. Ursprung des Empowermentkonzeptes	2
1.1.2. Ursprung des Lebensqualitätskonzeptes	3
1.1.3. Ursprung von Empowerment und Lebensqualität im Vergleich.....	5
1.2. Konzeptualisierung	5
1.2.1. Konzeptualisierung Empowerment.....	5
1.2.2. Konzeptualisierung Lebensqualität	9
1.2.3. Konzeptualisierung Empowerment und Lebensqualität im Vergleich	14
1.3. Fragebögen	16
1.3.1. Fragebögen zur Erfassung von Empowerment.....	16
1.3.2. Fragebögen zur Erfassung von Lebensqualität.....	20
1.3.3. Fragebögen zu Empowerment und Lebensqualität im Vergleich	23
1.4. Einflussfaktoren.....	24
1.4.1. Einflussfaktoren von Empowerment.....	24
1.4.2. Einflussfaktoren von Lebensqualität.....	26
1.4.3. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität im Vergleich	32
1.5. Ziel der Untersuchung und Fragestellung.....	32
2. Material und Methoden.....	34
2.1. Hintergrund.....	34
2.2. Kombination qualitativer und quantitativer Methoden	34
2.3. Qualitative Erhebung	35
2.3.1. Entwicklung des Leitfadens.....	35
2.3.2. Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer	36
2.3.3. Durchführung der Fokusgruppen	37
2.3.4. Auswertung der Fokusgruppen	38
2.4. Quantitative Erhebung.....	40
2.4.1. Stichprobe und Ablauf.....	40
2.4.2. Fragebögen.....	41
2.4.3. Auswertung	46
3. Ergebnisse	52
3.1. Ergebnisse qualitativer Teil	52
3.1.1. Merkmale der Stichprobe	52
3.1.2. Bedeutung von Empowerment.....	53
3.1.2.1. Wichtigkeit von Empowerment.....	53

3.1.2.2. Ausgestaltung Empowerment	61
3.1.3. Vergleich Empowerment und Lebensqualität	83
3.1.3.1. Definitionen Empowerment versus Lebensqualität	83
3.1.3.2. Äußerungen zu Lebensqualität in den Fokusgruppen.....	91
3.2. Ergebnisse quantitativer Teil	93
3.2.1. Merkmale der Stichprobe	93
3.2.2. Voranalysen	95
3.2.3. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität.....	96
3.2.3.1. Einflussfaktoren von Empowerment.....	96
3.2.3.2. Einflussfaktoren von Lebensqualität	98
3.2.4. Empowerment als Mediator bzw. Moderator	99
3.2.4.1. Begründung der Modelle.....	99
3.2.4.2. Modellüberprüfung	102
4. Diskussion	106
4.1. Inhaltliche Diskussion	106
4.1.1. Qualitativer Teil	106
4.1.1.1. Wichtigkeit Empowerment	106
4.1.1.2. Ausgestaltung Empowerment	108
4.1.1.3. Abgrenzung Empowerment und Lebensqualität	111
4.1.2. Quantitativer Teil	113
4.1.2.1. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität	113
4.1.2.2. Empowerment als Mediator bzw. Moderator.....	117
4.2. Kritische Betrachtung	119
4.3. Fazit und Implikationen für Praxis und Forschung.....	122
4.4. Ausblick	125
5. Zusammenfassung	127
6. Literaturverzeichnis	129
Anhang	147
Danksagung	191

Abkürzungsverzeichnis

α	Cronbachs Alpha
AIC	Akaike Information Criterion
β	standardisierter Regressionskoeffizient
BIC	Bayesian Information Criterion
BKH	Bezirkskrankenhaus
CFI	Comparative Fit Index
CI	Konfidenzintervall
d.V.	der Verfasser
E.	Empowerment
E1-E5	Empowerment 1-5; Subskalen des EPAS
EFK	Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
EPAS	Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; Fragebogen zur Erfassung von Empowerment
F	Kapitel V (F) des ICD-10: Psychische und Verhaltensstörungen
F2	Diagnoseschlüssel nach ICD-10: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Diagnoseschlüssel nach ICD-10: Affektive Störungen
F4	Diagnoseschlüssel nach ICD-10: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F6	Diagnoseschlüssel nach ICD-10: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
G-Faktor	Generalfaktor
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch
HPIQ	Health Promotion Intervention Questionnaire
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th revision
k.B.	krankheitsbedingte Beeinträchtigung
k.N.	keine Nachfrage
I	Land
LQ	Lebensqualität

LQ1-LQ4	Lebensqualität 1-4; Subskalen des WHOQOL-BREF
LQOLP	Lancashire Quality of Life Profile
M	Mittelwert
m	männlich
MANSA	The Manchester Short Assessment of Quality of Life
MAXQDA	Software für qualitative Datenanalyse
MCAR	Missing Completely at Random
ML	Maximum-Likelihood Schätzung
MLR	Maximum-Likelihood Schätzung mit robusten Standardfehlern
Mplus	Statistiksoftware
n	Teilnehmeranzahl
n.s.	nicht signifikant
p	Signifikanzniveau
POQ	Personal Opinions Questionnaire
P-P-Plot	Probability-Probability-Plot
Psych.	Psychisch; Subskala WHOQOL-BREF
Q-LES-Q	The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
QLS	Quality of Life Scale
QOLI	Lehman Quality of Life Interview
r	Korrelationskoeffizient
R ²	Determinationskoeffizient
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
s	Stadt
SD	Standardabweichung
Sex.	Sexualität; Teilbereich einer EPAS Dimension
S.-F3	Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Manie
SF-36	Short-form-36
SF-12	Short-form-12
sig.	signifikant
Soziale B.	Soziale Beziehungen; Teilbereich einer EPAS Dimension und Subskala des WHOQOL-BREF
SPSS	Statistiksoftware
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual

VIF	Varianz-Inflations-Faktor
w	weiblich
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life; Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität und Name der Arbeitsgruppe, die ihn erstellt hat
WHOQOL-BREF	Kurzversion des WHOQOL

1. Einleitung

Empowerment und Lebensqualität – zwei bedeutende Begriffe, die im Bereich der Behandlung psychischer Störungen eine große Wirkung haben. Aber was verbirgt sich eigentlich hinter diesen beiden Schlagworten? Selbst in Expertenkreisen¹ kann ein genaueres Nachfragen schnell zu „Schulterzucken“ führen, auch wenn gleichzeitig beim Erwähnen der beiden Worte mit durchgängig positivem „Nicken“ zu rechnen ist. Letzteres ist der Entwicklung der letzten Jahrzehnte zu danken; einer Entwicklung weg von der ausschließlichen Konzentration auf störende Symptome hin zu einem umfassenderen Bild davon, was Gesundheit bedeutet. Bemerkbar macht sich dies auch in den Ansätzen zu Recovery, Resilienz, Ressourcenförderung und Ähnlichem. Der dahinter stehende Gedanke ist die Suche nach Faktoren, die es Menschen unter starker Belastung, wie zum Beispiel einer psychischen Erkrankung, ermöglichen und erleichtern, ihr Leben zu gestalten. Im Mittelpunkt stehen dabei die individuellen Stärken und Fähigkeiten sowie die persönlichen Vorstellungen von einem gesunden, erfüllten und zufriedenen Leben. Dieser Fokus auf Gestaltungsmöglichkeiten und Lebenszufriedenheit ist insbesondere bei psychischen Erkrankungen wichtig, da diese oft mit weitreichenden Folgen für unterschiedliche Lebensbereiche verbunden sind. So wird beim genaueren Hinsehen - beispielsweise im Falle eines Patienten, der auf Grund seines hohen Leistungsanspruches eine schwere Depression entwickelt, diese lange ignoriert, sich dann jedoch dauerhaft erschöpft und niedergestimmt fühlt und mehrere Wochen nicht arbeitsfähig ist, dadurch verstärkt in Konflikt mit seiner Ehefrau gerät, die sich schließlich von ihm trennt und seinen Auszug aus der gemeinsamen Wohnung fordert, während ihm gleichzeitig der Arbeitgeber wegen der langen Fehlzeiten die Kündigung ausspricht - deutlich, dass eine Behandlung, die langfristig greifen soll, nicht ausschließlich in einer Beseitigung von „Symptomen“ liegen kann. Vielmehr wird die Lebensqualität des Patienten stark davon abhängen, inwieweit er es - trotz gegebenenfalls weiterhin bestehender Symptome - schafft, seine Ziele und

¹ Außer wenn auf Einzelfälle Bezug genommen wird, wird im Folgenden aus Gründen der Lesbarkeit stets die „neutrale“ männliche Bezeichnung verwendet; darunter sollen jedoch Frauen und Männer in gleicher Weise verstanden werden.

Bedürfnisse in den verschiedenen Lebensbereichen (neu) zu ordnen und auf deren Verwirklichung hinzusteuern.

Angesichts der Menge der verschiedenen Konzepte besteht neben dem klaren Gewinn jedoch auch die Gefahr, dass verwendete Konzepte nicht mehr exakt definiert bzw. voneinander abgegrenzt werden und so ihr Nutzen für die klinische Praxis und die Forschung Einbußen erleidet. So hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, die beiden Konzepte Empowerment und Lebensqualität in Bezug auf Patienten mit einer schizophrenen oder affektiven Erkrankung genauer zu untersuchen und zu vergleichen, um so zu einem klareren Verständnis beizutragen - bezüglich der Konzepte an sich und bezüglich möglicher Zusammenhänge zwischen den beiden Konzepten.

1.1. Hintergrund

1.1.1. Ursprung des Empowermentkonzeptes

Der Begriff Empowerment (wörtlich übersetzt: Befähigung, Ermächtigung [66]) tauchte erstmalig im Zusammenhang mit dem Kampf der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung gegen Diskriminierung und für soziale und politische Teilhabe auf [Überblick bei 103]. In der Folge haben verschiedene „Selbstermächtigungsbewegungen“ (wie beispielsweise feministische Bewegungen oder Selbsthilfebewegungen der Körperbehinderten) Empowerment in ihr politisches Programm aufgenommen. Empowerment entwickelte sich also historisch gesehen als eine Reaktion auf Unterdrückung bzw. ungleiche Machtverteilung in der Gesellschaft und kann als Versuch gewertet werden, durch direkte Mitsprache und Mitgestaltung Kontrolle über bzw. Einfluss auf die eigenen, gesellschaftlichen und politischen Lebensumstände zu nehmen. Im Zuge der Deinstitutionalisierung der Psychiatrien um 1970, der daran anschließenden community-mental-health Bewegung in den USA und der damit verbundenen Wandlung der paternalistischen Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient wurde das Konzept Empowerment im psychiatrischen Kontext zunehmend populär [217]. Dafür waren zum einen die Patienten-Bewegungen („Ex-Patient“- , „Consumer“- , „Survivor“-Bewegungen) verantwortlich, zum anderen bildete sich auf Seiten der Experten eine Gegenbewegung zum bestehenden System [150]. Auch von der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden in der Ottawa Charta „soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ [231, S. 2] als Grundlage für Gesundheit genannt. Im Laufe der Jahre ist Empowerment zu einem allgemein akzeptierten Gütekriterium in der psychiatrischen Behandlung avanciert. So wird Empowerment mit mehr Patientenzufriedenheit und besseren Behandlungsergebnissen in Zusammenhang gebracht bzw. per se als wünschenswertes Outcome-Kriterium betrachtet [140,170]. Auch unter dem ökonomischen Gesichtspunkt der Kostenersparnis wird Empowerment inzwischen diskutiert [200]. Theoretisch verwurzelt ist Empowerment in sozialpsychologischen Theorien wie der „erlernten Hilflosigkeit“ von Seligman [202], der „Selbstwirksamkeit“ von Bandura [17] sowie der „externalen und internalen Kontrollüberzeugung“ von Rotter [189].

1.1.2. Ursprung des Lebensqualitätskonzeptes

Die theoretischen Ursprünge des Lebensqualitätskonzeptes lassen sich bis zu den Denkansätzen der antiken Philosophen bezüglich der Frage nach dem menschlichen Glück zurückverfolgen [222]. Die „neueren“ Wurzeln liegen zum einen in der Sozialindikatorenforschung. Die Sozialindikatorenforschung wurde notwendig, um „die soziale Lage einer Gesellschaft durch Begriffe (Indikatoren) zu beschreiben und zu messen, die über materielle Faktoren hinausgehen“ [145, S. 32]. Der Fokus lag auf der Normalbevölkerung. Vor allem in den 60er Jahren wurde Lebensqualität als Ergänzung zum bisherigen Konzept des unbegrenzten wirtschaftlichen Wachstums populär gemacht, in Amerika durch die Präsidenten J.F. Kennedy und L.B. Johnson, in Deutschland durch W. Brandt [Überblick bei 145].

Die andere „Wurzel“ findet sich in der psychologischen Forschung nach dem subjektiven Wohlbefinden. Dieser Forschungsstrang entwickelte sich als Gegenreaktion auf die damalige Psychologie mit ihrem starkem Fokus auf negativen Zuständen [68]. Gleichzeitig hatte er die Absicht, die objektiven Indikatoren der „reinen“ Sozialindikatorenforschung um subjektive Faktoren wie individuelle Werte und Ziele zu ergänzen [67].

Im Bereich der Medizin wird oft von gesundheitsbezogener Lebensqualität gesprochen. Einzug hielt das Konzept zunächst im somatischen Bereich bei

Transplantations- und Krebspatienten, da man hier „gezwungen“ war, die Folgen von Erkrankungen, neben der Behandlung von Symptomen, stärker zu berücksichtigen [110]. Gesundheitspolitische Grundlage bildet die von der WHO bereits 1948 formulierte Definition, die Gesundheit als einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als; d.V. (der Verfasser)] die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“² [230, S. 1] beschreibt.

In den 80er Jahren begannen einige Autoren das Lebensqualitätskonzept im Bereich der Psychiatrie zu etablieren [16,132,141]. Als im Zuge der Deinstitutionalisierung klar wurde, dass durch die Veränderung der strukturellen Bedingungen nicht zwangsläufig ein Weg zur Verbesserung der Symptomatik gefunden worden war, suchte man nach alternativen Bewertungskriterien. Das Messen der Lebensqualität bot die Möglichkeit, Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen zu erfassen [15,32] und das subjektive Erleben der Betroffenen miteinzubeziehen [141]. Eine Bezugnahme auf die bestehende soziologische Forschungstradition fand nicht statt [173]; deshalb finden sich auch, je nach Forschungstradition, unterschiedliche Begrifflichkeiten bzw. Konzeptualisierungen. Vor allem bei den Begriffen Lebensqualität und Wohlbefinden findet keine klare Differenzierung statt. So beschreibt Lehman [129] die subjektiven und objektiven Indikatoren der Lebensqualität als Teile eines globalen Wohlbefindens. Diener et al. [68] dagegen definieren subjektives Wohlbefinden als übergeordnetes Konzept, das eine globale Beurteilung der Lebensqualität beinhaltet. Mayring [145] wiederum sieht subjektives Wohlbefinden und objektive Lebensbedingungen als der Lebensqualität untergeordnete Faktoren. Eine theoretische Abgrenzung dieser Begriffe ist kaum möglich; sie werden häufig auch synonym verwendet [173,239]. Aktuell ist Lebensqualität als erstrebenswertes Outcome-Kriterium in Politik, klinischer Praxis und pharmazeutischer Industrie allgemein anerkannt [15,106,114,173]. Gleichzeitig wird aber auf die Gefahr hingewiesen, dass es zu einem „politisch korrekten, aber weitgehend unreflektiert verwendeten Konzept“ [174, S. 315] verkommt, das Geldgeber von Studien, wie beispielsweise das Gesundheitsministerium oder pharmazeutische Firmen, in die Tasche greifen lässt [106,173,174]. Dennoch ist Lebensqualität ein sinnvolles Konzept, um „Defizite bestehender Behandlungs- und Hilfsangebote aufzudecken und Hinweise auf die

² Übersetzung durch Verfasser; im Folgenden durch * gekennzeichnet.

Möglichkeiten zur Behebung dieser Defizite zu gewinnen“ [114, S. 314]. Somit ist Lebensqualität vornehmlich ein ethisches Konzept, das vor allem dazu benutzt werden sollte, die Lebensbedingungen von Patienten zu verbessern, und nicht hauptsächlich dazu, klinische Erfolge nachzuweisen [115].

1.1.3. Ursprung von Empowerment und Lebensqualität im Vergleich

Betrachtet man den Hintergrund der Konzepte Empowerment und Lebensqualität, so fällt auf, dass beide in der Psychiatrie einen ähnlichen zeitlichen Ursprung haben und beide gedanklich in einem humanistischen Menschenbild wurzeln, mit dem Anliegen, die Perspektive der Betroffenen miteinzubeziehen. Beide Konzepte haben eine starke Popularität und sind häufig verwendete Outcome-Kriterien. Neben ethischen Gesichtspunkten beeinflussen sie jedoch auch ökonomische und strategische Überlegungen in der Politik. Während es allerdings bei der Lebensqualität um die objektiven Lebensbedingungen und das aktuelle individuelle Wohlbefinden geht, sind für Empowerment seiner Herkunft nach Eigeninitiative, Handlungsfähigkeit, Veränderung und eine starke Verbindung zum politischen und gesellschaftlichen Rahmen kennzeichnend. Das spiegelt sich auch darin wider, dass ein Strang der Empowermentbewegung aus den Patientenbewegungen hervorgeht, während Lebensqualität ein Konzept der „Fachwelt“ ist.

1.2. Konzeptualisierung

1.2.1. Konzeptualisierung Empowerment

Empowerment ist ein komplexes, multidimensionales Konzept. Versuche, den Begriff zu definieren, nehmen meist das Herstellen von Kontrolle als Ausgangspunkt [135,158,177]. Empowerment lässt sich dabei unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten, die sich teilweise auch leicht überschneiden. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden.

So kann man unterscheiden, ob es um das Herstellen von Kontrolle auf der Ebene eines Individuums, einer Gruppe oder der gesamten Gesellschaft geht. Die vorliegende Arbeit wird sich überwiegend auf die individuelle Ebene, die auch als

psychologisches Empowerment bezeichnet wird [234,235], konzentrieren. Nach Zimmerman [235] beinhaltet diese intrapersonale Aspekte (z.B. Selbstwirksamkeit), interaktionale Aspekte (z.B. Problemlösefähigkeiten) und Verhaltensaspekte (z.B. Initiative in Selbsthilfegruppe).

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt von Empowerment ist sein Prozess- bzw. sein Ergebnischarakter. Rappaport [177] gibt folgende, schon fast klassische Definition: „(...) empowerment is a process, a mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their affairs.“ [S. 122]. Die meisten anderen Autoren stimmen mit Rappaport darin überein, dass Empowerment als ein fortschreitender Prozess zu sehen ist [83,91,135], in dem sich jedoch Empowerment auf verschiedenen Stufen auch als Ergebnis erfassen lässt [213,236].

Des Weiteren kann man die Frage stellen, worüber Kontrolle erlangt werden soll - über das gesamte Leben oder beispielsweise „nur“ über die Gesundheit oder den Behandlungsprozess? Dabei ist zu beachten, dass Empowerment kontext- und bevölkerungsspezifisch ist [236]. Legt man den Fokus auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung, tritt die Frage der Kontrolle über den Behandlungsprozess in den Vordergrund. Grundsätzlich geht es dabei um mehr Mitsprache, was in dem Bemühen zum Ausdruck kommt, in der Beziehung zwischen Behandler und Patient stärker auf das Prinzip der Gleichberechtigung zu achten [57,69] und den Patienten intensiver in Entscheidungen zu involvieren [94,96,178]; dies kann beispielsweise durch vermehrte Informationsgabe im Behandlungsprozess geschehen [18,51,72]. Aber es geht auch darum, die Möglichkeiten der eigenen Kontrolle über bzw. den Einfluss auf Symptome zu stärken [86].

Daneben spielt bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Kontrolle des Zugangs zu Ressourcen wie Arbeit und Bildung, finanzielle Unterstützung, Wohnmöglichkeiten sowie soziale Kontaktmöglichkeiten eine Rolle [24,71,135,148,158,160]. Auch Selbsthilfegruppen werden in Beziehung zu Empowerment gesehen [65,154,159,198,201]. Durch das partizipative Verhalten können zwei Aspekte verwirklicht werden: zum einen die Möglichkeit, aus der Isolation heraus zu einer Art Verbundenheit mit der Gesellschaft zu gelangen, und zum anderen die Chance, durch aktive Teilnahme spezifische Fähigkeiten und Coping-Strategien entwickeln zu können [51,57,238].

Ob ein stärkeres gesellschaftliches bzw. politisches Engagement auch ein wesentlicher Bestandteil von Empowerment bei Personen mit einer psychischen Erkrankung ist bzw. als solcher gelten sollte, ist diskutierbar. Aus der historischen Tradition heraus betrachtet, erscheint der gesellschaftliche Aspekt vorrangig [149]. Teilweise wird jedoch gesellschaftliches Empowerment als höhere bzw. nachfolgende Stufe von psychologischem Empowerment betrachtet [179]. Möglicherweise lässt sich auch nicht endgültig klären, welche Bereiche für Empowerment maßgeblich sind; entscheidend ist aber wohl, dass die jeweilige Person das Gefühl der Kontrolle über individuell wichtige Bereiche besitzt bzw. Kontrolle über die Determinanten der eigenen Lebensqualität gewinnt [215]. Dabei ist anzunehmen, dass bestimmte Bereiche, wie beispielsweise soziale Kontakte oder Finanzen, universell eine große Wichtigkeit haben.

Eine weitere wichtige Frage ist die, ob Empowerment von innen, d.h. durch die Eigeninitiative der Person, oder von außen, d.h. durch die Anregung des Behandlers, kommt, wobei man dann im ersten Fall von „empowered“, im zweiten Fall von „empowering“ spricht [z.B. 65,193]. Betrachtet man zur Klärung der Frage den Ursprung des Empowermentansatzes, so ist der emanzipatorische Schwerpunkt nicht zu übersehen. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass es bei Empowerment auch um Machtverteilung geht [56,144,193]; so ist Empowerment kein isolierter Prozess und deshalb immer als transaktionales Geschehen zu betrachten [91,135]. Deshalb wäre es in einem System, in dem Autonomiebestrebungen von Patienten völlig unterbunden würden, wohl nur schwer möglich, sich aus eigener Kraft zu „empowern“. Genauso ist es sicher richtig, dass ein Patient nicht ausschließlich von außen „empowert“ werden kann [91,193], doch scheint der Empowermentprozess durchaus begünstigt und gefördert werden zu können [57,65,120,196]. Piper [168] weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass man in den letzten Jahren unter empowermentfördernden Methoden vieles finden kann - von den ganzheitlichen Ansätzen, einen Menschen im Prozess zu unterstützen mehr Kontrolle und Einfluss über sein eigenes Leben zu erlangen, bis zum „einfachen“ Anwenden von Interventionen wie das Durchführen einer Psychoedukationsgruppe.

Versteht man Empowerment umfassend, ist es neben einem theoretischen Modell auch eine Wertorientierung [166,176]. Der Schwerpunkt liegt auf der positiven Sichtweise und den Stärken und Ressourcen eines Menschen; die Rolle des

Experten wird hierbei als Prozessbegleiter eines mündigen Patienten gesehen [51,216]. Innerhalb dieses Prozesses kann es schwierig werden, die Mitte zu finden zwischen der Haltung, „dem Patienten nur dann eigene Entscheidungen zuzugestehen, wenn es die „richtigen“ Entscheidungen sind“, und dem Extrem einer „völligen Verantwortungsabgabe an den Patienten“ [12,169].

Abschließend soll ein Modell dargestellt werden (siehe Abbildung 1), das auf der Basis einer Konzeptanalyse qualitativer Studien erstellt wurde [85] und die bisher diskutierten Punkte gut zusammenfasst.

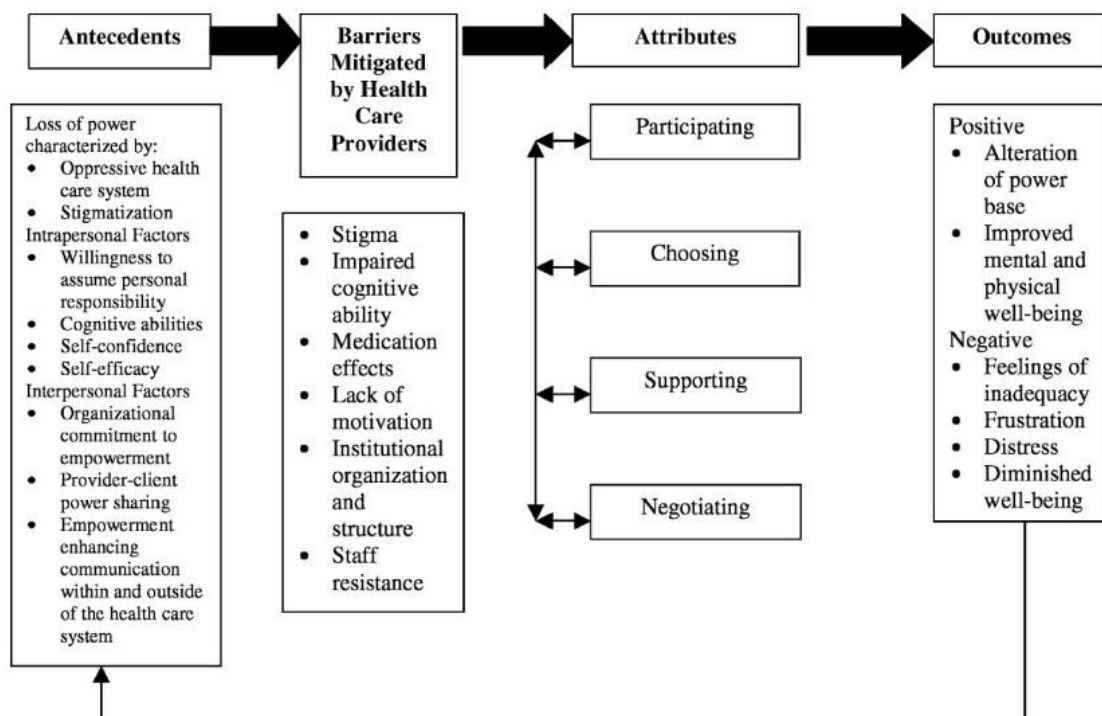


Abbildung 1: Empowermentprozess bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen.

Anmerkung: Entnommen aus Finfgeld [85, S. 49]

Besonders hervorzuheben ist hier, dass der Beginn des Empowermentprozesses in einem Machtverlust wurzelt und dass eine Kombination von bestimmten Faktoren innerhalb der Person und auf Seiten des Behandlers bzw. der Struktur des Behandlungssystems den Empowermentprozess begünstigen oder hemmen kann. Kennzeichnend für Empowerment sind auch bestimmte Phasen, die sich wiederholen können. Diese umfassen die Kategorien „teilnehmend“, „zwischen verschiedenen Optionen wählend“, „unterstützend“ (über die eigenen Bedürfnisse hinaus), und „verhandelnd“ (auf gleicher Ebene). Die Auswirkungen des Empowermentprozesses sind nicht nur positiv. Es kann auch phasenweise zu vermindertem Wohlbefinden kommen, und zwar dann, wenn beispielsweise die

Empowermentbestrebungen nicht zum Ziel führen. Eine ähnliche Darstellung findet sich bei Lord und Hutchinson [135].

Zum Abschluss ist noch die "Consumer-Directed Theory of Empowerment" von Kosciulek [122] zu erwähnen, die ein Modell für Empowerment - im Zusammenhang mit anderen Konzepten - bei Menschen mit einer körperlichen oder seelischen Behinderung aufstellt. Das Modell impliziert, dass eine Verbraucherorientierung sich positiv auf die gesellschaftliche Integration auswirke und beides einen positiven Einfluss auf Empowerment habe, was wiederum die Lebensqualität verbessere. In den empirischen Überprüfungen des Modells konnte der Zusammenhang aber nur teilweise bestätigt werden [123,124].

1.2.2. Konzeptualisierung Lebensqualität

Vorweg soll die oft zitierte Definition von Lebensqualität der WHOQOL-Gruppe (World Health Organization Quality of Life-Gruppe) gestellt werden:

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ [11, S. 11]

Lebensqualität wird hier als subjektive Bewertung der objektiven Lebensbedingungen gesehen. Die Beurteilung wird geprägt durch die Kultur und internale Standards. Dies soll im Folgenden - angesichts der Fülle an unterschiedlichen Theorien und Befunden, die es zum Lebensqualitätskonzept gibt - als Orientierung dienen.

Die Tatsache, dass es keine verbindliche Definition von Lebensqualität und sehr unterschiedliche Operationalisierungen (vgl. 1.3.2.) gibt, führte immer wieder zu harscher Kritik [15,106,173]. Diese reicht von „definitorische[r; d.V.] Unbestimmtheit“ [173, S. 49] bis zum Vorwurf der atheoretischen Verwendung des Konzeptes [106,173]. Gleichzeitig scheint es aber ein großes Bedürfnis zu geben, Lebensqualität zu erfassen; dies zeigen die Unmengen an Veröffentlichungen auf diesem Gebiet. Der Grund dafür liegt auf der Hand: Lebensqualität ist und bleibt, trotz aller Kritik, innerhalb der psychiatrischen Versorgung ein nützliches und hilfreiches Konzept. Man muss es allerdings von dem Anspruch befreien, alleiniger Marker für Behandlungsqualität zu sein [114].

Um der Komplexität des Konzeptes gerecht zu werden, erscheint es erforderlich, die wichtigsten theoretischen Modelle zur Lebensqualität und die damit verbundenen Probleme kurz darzustellen [vgl. 10,110]. Als einer der ersten Forscher bezüglich der Lebensqualität bei psychisch Kranken postuliert Lehman [129], basierend auf den Arbeiten von Campbell et al. [45] bzw. Andrews und Withey [9], folgendes Modell: Allgemeines Wohlbefinden wird als abhängig von drei Variablen dargestellt: erstens von personenbezogenen Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter), zweitens von der objektiven Lebensqualität in verschiedenen Bereichen (z.B. Einkommen) und drittens von der subjektiven Lebensqualität in eben diesen Bereichen (z.B. Zufriedenheit mit dem Einkommen). Die ersten beiden Bereiche haben dabei nach Lehman [129] einen unmittelbaren Einfluss auf die subjektive Lebensqualität.

Das intuitiv stimmig erscheinende Modell geriet im Laufe der Jahre ins Wanken. In vielen Studien konnte nämlich zwischen den objektiven Gegebenheiten und der subjektiven Lebensqualität kein bzw. nur ein geringer Zusammenhang festgestellt werden [30,35,87,97,205,240]. Zudem fällt die subjektive Einschätzung der Patienten, selbst bei eher schlechten objektiven Bedingungen, häufig überraschend positiv aus, ein Phänomen, das mit dem Begriff „disability paradox“ [48, S. 1358] beschrieben wird. Des Weiteren lassen sich auch in Studien, die Selbstbeurteilungen der Lebensqualität mit Fremdbeurteilungen vergleichen, nur moderate Zusammenhänge finden [30,109,131,195]. Außerdem zeigt sich häufig, dass die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität langfristig gesehen relativ konstant bleibt [21]. So stellt sich die grundlegende Frage, wie Personen zur Einschätzung ihrer Lebensqualität kommen.

Es existieren verschiedene Beobachtungen, Überlegungen und Erklärungsversuche. So gibt es die Beobachtung, dass ein stärkerer Zusammenhang zwischen objektiven Bedingungen und subjektiver Einschätzung nachweisbar wird, wenn die Lebensbedingungen sehr schlecht sind oder existentielle Bedingungen nicht erfüllt sind [60,222]. Dies deutet darauf hin, dass Umweltbedingungen einen Einfluss auf den Einschätzungsprozess der Lebensqualität haben. Das machen auch Bigelow et al. [32] in ihrem rollentheoretischen Modell klar. Sie sehen Zufriedenheit in engem Zusammenhang mit Umweltbedingungen, die nicht nur die Möglichkeit geben, Grundbedürfnisse wie die nach Wohnung und Nahrung zu befriedigen, sondern auch soziale

Möglichkeiten bieten. Die sozialen Möglichkeiten finden sich innerhalb von „Rollen“ wie der als „Freund“, „Ehepartner“ oder „Arbeitnehmer“. Solche Rollen geben die Möglichkeit zur Bedürfniserfüllung, beinhalten aber auch eine Reihe von Anforderungen. Das Ausmaß individueller Zufriedenheit ergibt sich aus dem Zusammenspiel zwischen den Möglichkeiten, die ein Individuum hat, um seine Bedürfnisse zu befriedigen, und der Erfüllung von Rollen mittels der eigenen Fähigkeiten. Bigelow et al. [ebd.] gehen dabei in ihrem Modell von universellen Bedürfnissen und konventioneller Rollenerfüllung aus. Dies führte zu Kritik, vor allem da das Modell für psychisch Kranke gelten soll, bei denen es häufig erst einmal um die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse geht, während konventionelle Rollen oft nicht erfüllbar bzw. nicht von wesentlicher Bedeutung sind [10].

Aufmerksamkeit verdient auch die Beobachtung, dass die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität nicht nur durch Umweltbedingungen, sondern auch aus dem Vergleich der objektiven Bedingungen mit den eigenen Erwartungen oder Erfahrungen entsteht [82]. Dabei scheint auch der soziale Vergleich eine Rolle zu spielen. So vergleichen sich Langzeitpatienten mit ähnlichen Patienten oder mit Menschen, denen es schlechter geht und zeigen höhere Lebensqualitätswerte als Kurzzeitpatienten [90]. Es ist beispielsweise im Bereich „Beruf“ gut vorstellbar, dass die eigenen Berufsansprüche für einen Langzeitpatienten, dem es seit vielen Jahren nicht mehr möglich war zu arbeiten, wesentlich geringer sein können als für einen jungen Patienten, der sich - nach einer ersten psychotischen Episode - mit „gesunden“ Gleichaltrigen bzw. sein jetziges Leistungsniveau mit dem vor der Erkrankung vergleicht. Dass dies zu unterschiedlichen Auswirkungen auf die Zufriedenheit führen kann, ist naheliegend.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Einschätzung der Zufriedenheit in einem bestimmten Bereich scheint dabei zu sein, ob dieser Bereich als „wichtig“ eingeschätzt wird. Diesen entscheidenden Schritt machen Becker et al. [23], indem sie die subjektive Zufriedenheit mit bestimmten Bereichen um die gleichzeitige Einschätzung der Wichtigkeit dieser Bereiche ergänzen.

Wenn eine Diskrepanz zwischen objektiven Bedingungen und internalen Standards bzw. sozialen Vergleichspartnern besteht, dann gibt es zumindest zwei Wege, um langfristig zu höherer Zufriedenheit zu gelangen. Entweder man versucht, die äußeren Bedingungen zu ändern, oder man ändert seine internalen Standards bzw. Vergleichspartner [10]. Bei der Erfassung der subjektiven

Lebensqualität ist jedoch zwischen Personen, die ihre internalen Standards angepasst haben („satisfaction of resignation“, [45, S. 10]) und Personen, die für ihre Ziele gekämpft haben („satisfaction of success“, [45, S. 10]) kein Unterschied feststellbar [45,110,114]. Letzteres ist für die Erfassung der Lebensqualität „problemlos“ bzw. wünschenswert. Im ersteren Fall spricht Kilian [114] von „resignative[r; d.V.] Anpassung des Aspirationsniveaus an deprivierte Lebensbedingungen“ [S.313], einem Phänomen, an das zu denken ist, wenn - in Bezug auf Lebensqualität - hohe subjektive Werte gepaart sind mit niedrigen objektiven Werten. Hinzu kommt, dass bei chronisch psychisch Kranken generell ein geringes Aspirationsniveau bestehen kann. Viele Patienten wissen gar nicht, welche höheren Formen von Lebensqualität möglich sind und sind nach zahlreichen traumatischen Erlebnissen und Deprivationserfahrungen „froh“ über Bedingungen, in denen es ihnen zwar schlecht geht, sie aber beispielsweise keiner Gewalt mehr ausgesetzt sind. Des Weiteren ist zu bedenken, dass es nicht nur die resignative Anpassung, sondern auch eine „gesunde“ Anpassung der internalen Standards gibt. Entscheidendes Moment dürfte dabei die Kontrolle bzw. die Bewusstheit darüber sein. So findet sich auch als Kernelement der kognitiven Therapie die Anschauung, dass die Bewertungen von Situationen die eigenen Gefühle und Handlungen beeinflussen, und man wiederum durch eine Veränderung der Bewertungen Einfluss auf die Gefühle und Handlungen nehmen kann [22,79]. Dieser Gedanke findet sich bereits bei den Stoikern: „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Meinungen und Urteile über die Dinge.“ [81, S. 11]. Einleuchtend ist jedenfalls, dass multiple psychische Prozesse bei der Einschätzung der Lebensqualität eine Rolle spielen.

Eine Erweiterung der bisherigen Modelle durch psychologische Konstrukte und kognitive Mechanismen als Einflussfaktoren auf den Einschätzungsprozess der Lebensqualität findet durch das „Mediational Model“ von Barry bzw. in dessen Weiterentwicklung durch Zissi und Barry [239] statt. Hier wird unterschieden zwischen selbstbezogenen Konstrukten (wie Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, wahrgenommene Kontrolle), personenbezogenen Merkmalen und klinischen Merkmalen. Diese Kategorien fungieren als vermittelnde Variablen beim Einschätzungsprozess der objektiven Lebensbedingungen, woraus sich die wahrgenommene (subjektive) Lebensqualität ergibt. Dagegen sehen Ritsner et al. [183] in ihrem „Distress/ Protection Modell“ gesundheitsbezogene Lebensqualität

als Ergebnis der Interaktion von protektiven Faktoren (z.B. Selbstwirksamkeit, Aufgaben-Coping, soziale Unterstützung), Belastungsfaktoren (z.B. Depression, Angst, paranoide Ideenbildung) und klinischen Faktoren (z.B. Positiv- und Negativsymptomatik, generelle Psychopathologie, medikamentöse Nebenwirkungen). Dabei seien Disstress und klinische Faktoren für eine schlechte Lebensqualität, und protektive Faktoren für eine gute Lebensqualität „verantwortlich“. Des Weiteren unterscheiden Ritsner et al. [ebd.] zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität und postulieren, dass sich alle drei Faktoren (protektive, Disstress, klinische) auf die objektive Lebensqualität auswirken und diese sich wiederum auf die subjektive Lebensqualität auswirkt. Zuletzt soll das Dynamische-Prozess-Modell von Angermeyer und Kilian [10,114] vorgestellt werden, in das alle bisher dargestellten Probleme und Überlegungen gut integrierbar sind. Es nimmt Bezug auf Lewin et al. [133] und Cummins [60] und definiert Lebensqualität folgendermaßen:

„(...) subjektive Lebensqualität gibt das Ergebnis eines fortlaufenden Anpassungsprozesses wieder, in dem das Individuum sein Aspirationsniveau (Lewin et al., 1944), seine eigenen Wünsche und Ziele, ständig in Einklang bringen muss, mit den Umweltbedingungen und den eigenen Fähigkeiten, die sozialen Anforderungen zu erfüllen, die mit der Erfüllung dieser Wünsche und Ziele verbunden sind. In diesem Modell wird Zufriedenheit nicht als Ergebnis dieses Prozesses betrachtet, sondern eher als sein steuernder Mechanismus.“ [10, S. 23].

Die meisten Menschen haben eine relativ große „Adaptationsfähigkeit“ und können das Niveau ihrer Zufriedenheit stabil halten, auch unter sich ändernden objektiven Bedingungen (Homöostase-Prinzip). Es besteht kein rekursiver Zusammenhang zwischen subjektiver Lebensqualität und Umweltbedingungen, allerdings ist sie auch nicht unbeeinflusst von Umweltbedingungen. Daneben sind für den Anpassungsprozess die eigenen Wünsche und Ziele, geprägt durch bisherige Erfahrungen, sozialen Vergleich und kognitive Prozesse, im Abgleich mit den eigenen Fähigkeiten und Anforderungen, von wesentlicher Bedeutung. Einfluss haben auch kognitive Schemata. So scheinen ein gewisser Grad von „positivem kognitivem Bias des Selbstwerts“, die „wahrgenommene Kontrolle“ sowie „Optimismus“ große Bedeutung für die Homöostase zu haben [62]. Auch der Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen wird diskutiert [61].

Der Anpassungsprozess kann bei der Regulierung von Diskrepanzen auch zu einer maladaptiven Bedürfnis-Zufriedenheits-Anpassung führen. Es können einerseits ein oder mehrere grundlegende Bedürfnisse unterdrückt werden,

andererseits kann es zum Einsatz von Strategien zur Bedürfnisbefriedigung kommen, die gleichzeitig die Fähigkeiten, andere Bedürfnisse zu befriedigen, einschränken [10].

1.2.3. Konzeptualisierung Empowerment und Lebensqualität im Vergleich

Während Empowerment als Herstellen von Kontrolle definiert wird - wobei es hier um die subjektive Wahrnehmung geht - werden unter Lebensqualität subjektives Wohlbefinden, objektive Lebensbedingungen und Funktionsfähigkeit subsumiert. Empowerment hat dabei sowohl in Bezug auf ein Individuum als auch im größeren Rahmen (Gruppe, Gesellschaft) Bedeutung, wohingegen das Lebensqualitätskonzept vornehmlich auf ein Individuum bezogen wird, es sei denn, es werden bestimmte Gruppen oder Länder hinsichtlich ihrer Lebensqualität verglichen. Empowerment wird zwar auch als Ergebnis erfasst; wesentlich erscheint hier aber der Prozesscharakter, während Lebensqualität eher als Ergebnis eines (vorgeschalteten) Anpassungsprozesses gesehen wird. Sowohl Empowerment als auch die Einschätzung der Lebensqualität werden durch externale und internale Bedingungen bestimmt. Geht man bei den Definitionen ins Detail, finden sich Überlappungen. Bei Empowerment liegt neben innerpsychischen Prozessen der Schwerpunkt auf Verhalten und den Auswirkungen von Verhalten, wobei es vor allem um die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten geht. Bei der Lebensqualität liegt der Schwerpunkt klar auf inneren Prozessen; allerdings scheinen diese durch den Abgleich der Wünsche und Ziele mit den externalen Bedingungen und den eigenen Fähigkeiten bestimmt zu werden. So ist anzunehmen, dass auch die wahrgenommenen Möglichkeiten zur Erfüllung der Wünsche und Ziele, als Ergebnis dieses Abgleichungsprozesses, in die Beurteilung der Lebensqualität einfließen. Ein Element von Empowerment ist das Herstellen von Kontrolle über den Zugang zu Ressourcen wie Arbeit und Bildung, finanzielle Unterstützung, Wohnmöglichkeiten sowie soziale Kontaktmöglichkeiten, während im Lebensqualitätskonzept der Zugang zu Ressourcen in ähnlichen Bereichen eine Rolle für den Bewertungsprozess zu spielen scheint. Beide Konzepte sind Wertorientierungen, die vor allem eine positive Sichtweise, Stärken und Ressourcen hervorheben.

Während Lebensqualität per Definition mit positiven Gefühlen verbunden ist, kann Empowerment auch phasenweise zu negativen Gefühlen führen. Allerdings gerät die ausschließlich „positive“ Konnotation des Konzeptes Lebensqualität ins Wanken, wenn man sich den Problembereich der resignativen Zufriedenheit vor Augen führt.

Im Folgenden soll das Zusammenspiel von Empowerment und Lebensqualität näher betrachtet werden, um so noch mehr Hinweise für mögliche Unterschiede bzw. Überlappungen zu bekommen. In Tabelle 1 werden als 4-Felder Schema die denkbaren Kombinationen von Empowerment und Lebensqualität dargestellt.

Tabelle 1: 4-Felder Schema Empowerment - Lebensqualität

Anmerkung: LQ: Lebensqualität; E: Empowerment;

	LQ hoch	LQ niedrig
E hoch	A. Selbstbestimmtes, zufriedenes Leben	B. Hohe Kontrolle und geringe Zufriedenheit
E niedrig	C. Wenig Kontrollmöglichkeiten bei hoher Zufriedenheit	D. Wenig Kontrolle und geringe Zufriedenheit

Kombination B könnte beispielsweise in einem Übergangsprozess denkbar sein, wenn zwar schon viel Kontrolle besteht, sich aber noch keine Effekte zeigen, oder wenn ein Individuum mit sehr ungünstigen Umweltbedingungen zu kämpfen hat. Kombination C könnte durch eine „resignative Anpassung“ zustande kommen. Festzuhalten ist jedoch, dass sich zwischen B und C Unterschiede zeigen, was auf Unterschiede in den Konzepten hindeutet.

Als Nächstes sollen die vier Bereiche unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, ob eine Erhöhung oder eine Abnahme des Niveaus bezüglich eines Konzeptes zwangsläufig zu einer Erhöhung oder Abnahme des Niveaus des anderen Konzeptes führt [vgl. 215 für eine ähnliche Vorgehensweise]. Eine Erhöhung von Empowerment kann vorstellbarerweise zu einer Erhöhung der Lebensqualität führen (mehr Kontrollmöglichkeiten → mehr Zufriedenheit). Wird allerdings Situation C (siehe Tabelle 1) als Ausgangspunkt gesehen, kann eine Erhöhung von Empowerment, im Sinne eines wachsenden Bewusstseins für die bestehenden mangelnden Kontrollmöglichkeiten, zunächst auch zu einer Verringerung der Lebensqualität führen. Ebenso muss eine Erhöhung der Lebensqualität nicht zu einer Erhöhung von Empowerment führen, vor allem wenn

die Erhöhung der Lebensqualität beispielsweise aus einer Veränderung von außen oder einer zufälligen Veränderung der Umweltbedingungen resultiert. Eine Abnahme von Empowerment würde vermutlich dann nicht zu einer Abnahme der Lebensqualität führen, wenn es zu einer resignativen Anpassung käme. Ebenso könnte eine Abnahme der Lebensqualität sogar zu einer Zunahme von Empowerment führen, nämlich wenn der Empowermentprozess durch einen Machtverlust initialisiert wird.

Die hier dargestellten theoretischen Überlegungen lassen den Schluss zu, dass eine enge Verknüpfung zwischen Empowerment und Lebensqualität besteht, wobei jedoch die Art und die Richtung des Zusammenhanges unklar sind. Alle oben dargestellten Modelle konzipieren Empowerment (bzw. verwandte Konzepte wie Kontrolle und Selbstwirksamkeit) als der Lebensqualität (bzw. verwandten Konzepten wie Wohlbefinden) vorgeschaltet im Sinne eines direkten oder im Einschätzungsprozess moderierend wirkenden Faktors [62,85,122,183,240], wobei - außer bei Finfgeld [85] - ein ausschließlich positiver Effekt von Empowerment auf die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden angenommen wird.

1.3. Fragebögen

1.3.1. Fragebögen zur Erfassung von Empowerment

Um sich dem Konzept „Empowerment“ nochmal von einer anderen Seite zu nähern, sollen im Folgenden Fragebögen zur Erfassung von Empowerment bezüglich ihrer Konzeptualisierung und Operationalisierung beschrieben werden. Alle dargestellten Fragebögen haben als Zielgruppe erwachsene Personen mit psychischen Erkrankungen oder kommen bei dieser Zielgruppe zum Einsatz.

Zu Beginn soll auf einen Fragebogen hingewiesen werden, der ein allgemeines Kontrollgefühl erfasst; dies wird von einigen Autoren als Aspekt von Empowerment angesehen [26,75], wobei eine klare Einordnung im Rahmen des Empowermentkonzeptes jedoch nicht vorliegt. Die „Mastery Scale“ von Pearlin et al. [165] erfasst mit sieben Items das selbsteingeschätzte Kontrollgefühl über die Kräfte, die das eigene Leben maßgeblich beeinflussen. Items sind beispielsweise „Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die mir passieren*“ oder „Was mir in Zukunft passiert, hängt größtenteils von mir selbst ab*“ [S. 353]. Ein großer

Nachteil des Fragebogens ist sein hohes Abstraktionsniveau, das gerade bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen problematisch sein könnte [vgl. 49].

Segal et al. [201] beschreiben Empowerment als „einen Prozess, durch den Individuen mit weniger Macht Kontrolle über ihr Leben gewinnen und organisatorische und gesellschaftliche Strukturen, in denen sie leben, beeinflussen“ [S. 215]. Ihr Fragebogen soll Empowerment im alltäglichen Leben von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfassen, die von Patienten selbst geleitete Selbsthilfeeinrichtungen nutzen. Der Fragebogen gliedert sich in drei Skalen: „Personenbezogenes Empowerment“ erfasst die Kontrolle über alltägliche Lebensbereiche wie zum Beispiel Unterkunft, Einkommen und die Fähigkeit, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten nicht erwünschter Dinge (z.B. Obdachlosigkeit) zu minimieren. Die Skala „organisatorisches Empowerment“ konzentriert sich vor allem auf die Kontrolle und Koordination innerhalb der Organisation. Die dritte Skala, „extra-organisatorisches Empowerment“, erfasst dagegen die Teilnahme an politischen oder Gemeinschaftsaktivitäten außerhalb der Selbsthilfeorganisation. Insgesamt wird Empowerment hier sehr umfassend definiert; es wird zwischen alltäglicher, organisatorischer und gesellschaftlicher Dimension unterschieden. Dieser Fragebogen ist speziell auf Selbsthilfeorganisationen ausgerichtet; Aspekte wie „Behandlung“ oder „Umgang mit der Erkrankung“ werden nicht erfasst.

Rogers et al. [186] nehmen als Basis für ihre Fragebogenentwicklung eine Arbeitsdefinition von Empowerment, die Bestandteile wie „Entscheidungsbefugnis haben“, „Zugang zu Informationen und Ressourcen haben“, „Wahlmöglichkeiten haben“, „sich als Teil einer Gruppe fühlen“ enthält [51]. Die Entwicklung orientiert sich an vorhandenen Konstrukten wie Selbstwirksamkeit und Selbstwert. Als Ergebnis stellen sie einen 28-Item-Fragebogen mit folgenden fünf Skalen vor: „Selbstwertgefühl-Selbstwirksamkeit“ (z.B. „Ich habe mir selbst gegenüber eine positive Einstellung.“); „Optimismus und Kontrolle über die Zukunft“ (z.B. „Ich bin im allgemeinen optimistisch gegenüber der Zukunft.“), „gesellschaftlicher Aktivismus“ und Autonomie“ (z.B. „Menschen haben mehr Macht, wenn sie sich zu einer Gruppe zusammenschließen.“), „gerechtfertigter Ärger“ (z.B. „Über etwas wütend werden hilft nie weiter“), „Macht-Machtlosigkeit“ (z.B. „Ich fühle mich die meiste Zeit machtlos.“). Bei weiteren Überprüfungen ergaben sich

„Selbstorientierung“ und „Gemeinschaftsorientierung“ bzw. „Selbstwert und Aktivismus“ und „Gemeinschaft und Macht“ als übergeordnete Faktoren [59,98]. Betroffene werden zwar bei der Konstruktion des Fragebogens miteinbezogen, trotzdem stützt sich der Fragebogen überwiegend auf vorhandene Konzepte. Er erfasst Empowerment als Ergebnis und ist wenig auf den Alltag und die Behandlung abgestimmt. Vor allem im gesellschaftlichen Bereich werden Aussagesätze in der dritten Person formuliert [49].

Bolton und Brookings [36] erfassen mit ihrem „Personal Opinions Questionnaire“ (POQ) intrapersonales Empowerment. Zielgruppe sind Menschen mit Behinderung jeder Art (neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch etc.). Aus der Literatur werden zwanzig Charakteristika einer „empowerten“ Person mit Behinderung herausgearbeitet. Aus diesen werden 500 Items abgeleitet, von denen dann 240 für die Pilotbefragung (an Veteranen und Studenten) ausgewählt werden. Nach einer Faktorenanalyse werden vier Skalen mit insgesamt 64 Items gebildet: „Persönliche Kompetenz“ (z.B. „setzt sich Veränderungsziele und arbeitet darauf hin*“, „übernimmt Verantwortung für sich selbst*“); „Gruppen-Orientierung“ (z.B. „arbeitet mit anderen zusammen*“, „nimmt gern an Gemeinschaftsaktivitäten teil*“); „Selbstbestimmung“ (z.B. „setzt sich für seine Rechte ein*“, „äußert seine Meinung ohne zu Zögern*“); „positive Identität“ (z.B. „akzeptiert die eigene Behinderung in realistischer Art und Weise*“). Insgesamt geht der Fragebogen von sehr normativen Kriterien für Empowerment aus. „Neu“ ist, dass er „positive Identität“ als Subskala miteinbezieht.

Carpinello et al. [46] erfassen mit ihrem Fragebogen „Mental Health Confidence Scale“ ursprünglich die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit bei Personen mit psychischen Erkrankungen. Später wird ihr Fragebogen allgemein als Empowerment-Fragebogen eingesetzt [49]. Die drei Skalen beinhalten „Optimismus“, „Coping mit Symptomen und Gefühlen“, „Interessenvertretung eigener Bedürfnisse und Rechte“. Der Fokus liegt auf intrapersonalem Empowerment.

Svedberg et al. [211,212] messen mit dem „Health Promotion Intervention Questionnaire“ (HPIQ) subjektive Erfahrungen bzgl. gesundheitsfördernder Interventionen. Sie legen dabei die Definition der WHO für Gesundheitsförderung zugrunde. Ein Gesamtwert für allgemeine Gesundheitsförderung kann durch die vier folgenden Faktoren gebildet werden: Neben „Bündnis“, „informative

Unterstützung“ und „praktische Unterstützung“ findet sich auch eine Empowerment-Skala. Die Items haben Inhalte wie „meine Bezugsperson respektiert mein Recht, eigene Entscheidungen zu treffen“, „nimmt mich ernst“, „ist gewillt, mit mir zusammen zu arbeiten“, „unterstützt meine Bemühungen“, „respektiert meine Wahlmöglichkeiten“, „unterstützt meine Ziele“ [211]. Hier liegt der Fokus auf dem subjektiven Erleben, und affektiv erkrankte Patienten werden explizit berücksichtigt. Der Fragebogen erfasst allerdings ein übergeordnetes Konzept.

Der EPAS („Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen“) ist für Menschen mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen entwickelt worden und bisher unveröffentlicht [117]. Er definiert Empowerment als Kontrolle über bzw. Einfluss auf das eigene Leben. Auf folgenden fünf Skalen wird Empowerment erfasst: „Alltagsbewältigung“; „Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit“; „Behandlung/ Medikamente“; „Hoffnung/ Selbstwirksamkeit“ sowie „Selbstwert/ Akzeptanz“. Zusätzlich gibt es zwei Zusatzmodule für Berufstätige und Eltern minderjähriger Kinder [ebd.].

Insgesamt gibt es nur wenige Versuche, Empowerment bei Patienten mit psychischen Erkrankungen messbar zu machen. Auch bei vergleichbaren Skalen finden sich niedrige Korrelationen [49]. Dies mag an der Breite des Konzeptes liegen [ebd.]. So definieren zwar alle Autoren Empowerment in ähnlicher Weise als „Kontrolle über das Leben“ - die Ausgestaltung ist jedoch sehr unterschiedlich. Teilweise werden Konzepte wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Optimismus integriert; teilweise wird eine gesellschaftliche Komponente mit erfasst; teilweise wird nur Empowerment in einem bestimmten Bereich, wie zum Beispiel in der Behandlung, erfasst. Zum anderen werden oft Items auf sehr hohem Abstraktionsniveau oder als Aussagesätze in der dritten Person formuliert, was die Gefahr birgt, dass Patienten unterschiedliche Dinge unter gleichen Items verstehen [vgl. 49]. Erschwerend kommt hinzu, dass die individuelle Lebenssituation und der Behandlungsprozess in den wenigsten Fragebögen berücksichtigt werden.

1.3.2. Fragebögen zur Erfassung von Lebensqualität

Zur Erfassung der Lebensqualität gibt es zahlreiche verschiedene Fragebögen; dies führte zu Kritik [106,110,173]. Deshalb sollen zunächst die häufigsten Kritikpunkte genannt werden, bevor exemplarisch einige häufig verwendete Fragebögen vor allem hinsichtlich ihrer inhaltlichen Dimensionen dargestellt werden. Als Kriterium soll dabei gelten, dass der Fragebogen, im Rahmen der Literaturrecherche für diese Arbeit, in mindestens zwei Studien eingesetzt wurde. Zunächst stellt sich die Frage, ob ein Fragebogen zur Lebensqualität die subjektive Sicht des Patienten oder die sogenannte „objektive“ Sicht eines Außenstehenden erfassen soll [106,110,173]. Einerseits war es gerade der Fokus auf die subjektive Sichtweise, der das Konzept in der Psychiatrie so prominent machte (vgl. 1.1.2.); andererseits lässt sich anzweifeln, inwieweit beispielsweise ein schwer depressiver Patient oder ein an einer Psychose Erkrankter zu einer realistischen Einschätzung fähig ist, gerade wenn man bedenkt, dass die Bewertung sehr von der Stimmung abhängig ist, in der sie vorgenommen wird [151]. Allerdings stellt sich auch die Frage, wie die Einschätzung von Experten oder Angehörigen vorgenommen wird: Ist sie wirklich „objektiv“ oder unterliegt auch sie Verzerrungen [110]? Eine Lösungsmöglichkeit wäre es, beide Sichtweisen zu erfassen. Dies führt jedoch meist zu unterschiedlichen Ergebnissen [z.B.: 30], woraus sich dann wiederum das Problem ergibt, welcher Aussage man „vertrauen“ bzw. wie man die unterschiedlichen Ergebnisse, kombiniert betrachtet, bewerten soll.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die unklare Abgrenzung gegenüber anderen Konzepten, vor allem solchen aus dem Persönlichkeitsbereich oder der Psychopathologie [110,173]. Die mangelnde Klarheit der Konzeptualisierung der Lebensqualität (vgl. 1.2.2.) erklärt die zum Teil sehr unterschiedlichen Operationalisierungen der Fragebögen. Dies zeigt sich allein schon in der Anzahl der Dimensionen, die von einer bis über vierzehn reicht [106,110,173]. Gleichzeitig stellt sich die Frage, was die relevanten Dimensionen sind, die erfasst werden sollen [10], und ob diese Dimensionen allgemein oder krankheitsspezifisch gültig sind [110].

Das Quality of Life Interview (QOLI) sieht in der aktuellen Kurzversion neben einer globalen Messung der Lebensqualität acht Domänen vor [130]: „Lebenssituation“,

„Alltagsaktivitäten und alltägliches Funktionsniveau“, „familiäre Beziehungen“, „soziale Beziehungen“, „Finanzen“, „Arbeit und Schule“, „Sicherheits- und gesetzliche Probleme“, „Gesundheit“. Erfasst werden die objektiven Bedingungen und die subjektive Einschätzung der Zufriedenheit in diesen Bereichen in Interviewform [130].

Das „Lancashire Quality of Life Profile“ (LQOLP) bzw. seine Kurzform, „Manchester Short Assessment of Quality of Life“ (MANSA), erfassen in Selbsteinschätzung „objektive Items“ (z.B. Vorhandensein naher Freunde, Opfer tätlicher Gewalt) und die subjektive Zufriedenheit mit dem „Leben im Allgemeinen“ sowie mit den Bereichen „Arbeit“, „finanzielle Situation“, „Zahl und Qualität von Freundschaften“, „Freizeitaktivitäten“, „Unterkunft“, „persönliche Sicherheit“, „Menschen, mit denen der Patient lebt“, „Sexualleben“, „Beziehung zur Familie“, „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ [34,163,171].

Der WHOQOL, der durch interkulturelle Zusammenarbeit der WHOQOL-Gruppe entstanden ist [11,227,228], erfasst in der Langversion die subjektive Einschätzung der Wichtigkeit und der Zufriedenheit in Bezug auf folgende sechs Domänen: „Physisch“ (z.B. Energie, Schlaf), „Psychisch“ (z.B. Selbstwert, positive Gefühle), „Unabhängigkeit“ (z.B. Arbeitsfähigkeit, Mobilität), „Soziale Beziehungen“ (z.B. Soziale Unterstützung, Sexualität), „Umwelt“ (z.B. Wohnung, finanzielle Ressourcen, Freizeit) und „Religion/ persönliche Anschauungen“. In der Kurzversion (WHOQOL-BREF) wird die Zufriedenheit bezüglich folgender vier Domänen erfasst: „Physisch“, „Psychisch“, „Soziale Beziehungen“, „Umwelt“.

Weniger oft verwendet werden Fragebögen wie zum Beispiel „The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire“ (Q-LES-Q) [80]. Dieser Fragebogen ermöglicht eine Selbsteinschätzung auf fünf Skalen („körperliche Gesundheit“, „subjektive Gefühle“, „Freizeitaktivitäten“, „soziale Beziehungen“, „allgemeine Aktivitäten“) und bietet bei Bedarf drei weitere Skalen („Arbeit“, „Haushaltspflichten“, „Arbeit in Schule/ Kurs“).

Die Quality of Life Scale (QLS) wurde ursprünglich entwickelt, um die Negativsymptomatik von an Schizophrenie erkrankten Patienten zu erfassen [102]. Durch einen Interviewer wird die Funktionsfähigkeit des Patienten auf folgenden vier Skalen beurteilt: „intrapyschische Basis“ wie Motivation, Neugier, Anhedonie; „interpersonelle Beziehungen“ wie Freunde, Bekannte, soziales

Netzwerk; „instrumentale Rolle“ wie Arbeitsrolle, Arbeits-Funktionsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit; „alltägliche Dinge und Aktivitäten“.

Der „Quality of Life Index“, der ursprünglich für Dialyse-Patienten entwickelt wurde, erfasst die Wichtigkeit und die Zufriedenheit auf vier Skalen: „Gesundheit und Funktionsfähigkeit“ (z.B. körperliche Unabhängigkeit, Freizeit, Fähigkeit, Familienpflichten zu erfüllen), „Sozioökonomisch“ (z.B. finanzielle Unabhängigkeit, Arbeit, Freunde), „Psychologisch/ Spirituell“ (z.B. Zufriedenheit mit dem Leben, Zufriedenheit generell, Glaube an Gott) und „Familie“ (z.B. Kinder, Zufriedenheit der Familie, Gesundheit der Familie) [84].

Der SF-36 bzw. die Kurzform SF-12 enthalten Items aus den Bereichen „körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Rollenfunktion“, „körperliche Schmerzen“, „Gesundheit“, „Vitalität“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „emotionale Rollenfunktion“ und „psychische Gesundheit“ [224]. Es gibt sowohl eine Selbst- als auch eine Fremdbeurteilungsversion.

Des Weiteren ist auch noch „Gurin’s global quality of life question“ zu nennen. Dieser Fragebogen wird zwar nur von einem Autor benutzt [15], er wird aber dennoch hier aufgeführt, da er für die Problematik der Erfassung der Lebensqualität so bezeichnend ist. Hier versucht man mit einer einzelnen Frage die globale subjektive Einschätzung der Lebensqualität, ursprünglich in der Allgemeinbevölkerung, zu erfassen; im speziellen Fall wird sie allerdings verwendet, um bei an Schizophrenie erkrankten Patienten die Auswirkungen von Neuroleptika auf die Lebensqualität zu untersuchen.

Insgesamt findet sich also ein breites Spektrum. Immer wieder werden dabei folgende Dimensionen eingesetzt: „allgemeine Beurteilung der Lebensqualität“, „soziale Kontakte“, „physische Gesundheit“, „psychische Gesundheit“, „Arbeit“, „Alltagsaktivitäten und Freizeit“, „Finanzen“, „Sicherheit“, „Spiritualität“, „Sexualität“, „Wohnung“. Dies ist vereinbar mit den Ergebnissen von Pukrop et al. [175], die aus acht oft benutzten Fragebögen zur Lebensqualität ein einheitliches Instrument konstruierten. Sie finden einen „G-Faktor“, nämlich „Leben im Allgemeinen“, und sechs spezifische Dimensionen: „körperliche Gesundheit“, „Lebenskraft“, „psychosoziale Beziehungen“, „materielle Ressourcen“, „Affekt“, „Freizeit“. Auch wenn sich im Gesamtüberblick ähnliche inhaltliche Punkte finden, liegt es doch am verwendeten Instrument, inwieweit ein umfangreiches Bild oder nur ein sehr eng begrenzter Ausschnitt der Lebensqualität erfasst wird. Bedenkt

man, gerade bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung, die Wichtigkeit des Lebenskontextes, erscheint die Erfassung der Lebensqualität mit einer einzigen Frage als äußerst bedenklich, vor allem wenn aus den Ergebnissen Behandlungsleitlinien abgeleitet werden sollen. Des Weiteren scheinen, gerade bei der Erfassung „objektiver Faktoren“, normative Festlegungen bei der Bewertung der Lebensqualität eine Rolle zu spielen. Unterschiede finden sich auch bei manchen Fragebögen wie beispielsweise dem QLS, durch den nicht die Zufriedenheit in bestimmten Bereichen, sondern die Funktionsfähigkeit erfasst wird. Auch wenn einige Autoren diese unter Lebensqualität einordnen, ist die Beziehung nicht wirklich geklärt [82], was wieder zurück zum Problem der unklaren Konzeptualisierung führt. So ist bei der Auswahl des Fragebogens genau zu überlegen, welches Konzept dahinter steht und was man erfassen will - insbesondere ob man die subjektive Zufriedenheit, die objektiven Lebensbedingungen oder die Funktionsfähigkeit erfassen will. Des Weiteren sind die Fragebogenergebnisse immer im Kontext zu sehen bzw. zu interpretieren und sollten am besten im Längsschnitt ausgewertet werden [vgl. 114].

1.3.3. Fragebögen zu Empowerment und Lebensqualität im Vergleich

Auch wenn Empowerment und Lebensqualität ähnlich schwer zu erfassen sind, zeigen sich inhaltlich doch sehr klare Unterschiede. Während Empowerment als Kontrolle über bestimmte Bereiche konzeptualisiert wird, werden unter Lebensqualität Zufriedenheit, objektive Bedingungen und/oder Funktionsfähigkeit erfasst. Bei Empowerment liegt der Fokus auf ausgeführten oder vorstellbaren Handlungen, während bei der Lebensqualität der aktuelle „statische“ Zustand erfasst wird. Die meisten Fragebogen zur Erfassung von Empowerment bleiben auf einem hohen Abstraktionsniveau; wenn Empowerment auf bestimmte Lebensbereiche bezogen erfasst wird, finden sich teilweise ähnliche Bereiche wie bei der Erfassung der Lebensqualität. Zum Teil sind jedoch bestimmte Bereiche, wie z.B. ein größerer Rahmen (Organisation, Gesellschaft, Politik) oder der Fokus auf Behandlung (Beziehung zum Behandler, Umgang mit Symptomen etc.) nur auf Seiten von Empowerment, andere Bereiche, wie z.B. physische Gesundheit, Sicherheit und Spiritualität, sind jedoch nur auf Seiten der Lebensqualität zu

finden. Trotz aller Unterschiede wäre es denkbar, dass ein Individuum bei der Einschätzung der zwei Konzepte durch ganz ähnliche Prozesse bestimmt wird (vgl. 1.2.3.), und ähnliche oder gleiche Faktoren die beiden Konzepte beeinflussen (vgl. 1.4.3).

1.4. Einflussfaktoren

Durch die in den letzten Kapiteln deutlich gewordene uneinheitliche Konzeptualisierung fällt es schwer, empirische Befunde zu möglichen Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität einzuordnen. Im Folgenden können deshalb nur Tendenzen beschrieben werden.

1.4.1. Einflussfaktoren von Empowerment

Wahrscheinlich gibt es wegen der geringen Zahl von verfügbaren Fragebögen auch relativ wenige Studien, die Empowerment oder Faktoren erfassen, die Empowerment beeinflussen können. Im Folgenden werden Studien einbezogen, die Empowerment oder das Konstrukt „Mastery“ (s. o.) - als allgemeines Kontrollgefühl - bei erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen erfassen. Wobei eine Bezugnahme auf Letzteres im Text explizit deutlich gemacht wird.

Zwischen soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht etc.) und Empowerment lassen sich in den meisten Studien keine bzw. nur geringe Zusammenhänge nachweisen [98,232]. Vereinzelt finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen jüngerem Alter und Mastery [26] sowie zwischen einem höheren Bildungsniveau und Mastery bzw. Empowerment [75,98,232]. Diese Ergebnisse erscheinen zwar intuitiv stimmig, sind jedoch, bedenkt man, dass bei nahezu allen Studien soziodemographische Daten mit erfasst werden und diesbezügliche Zusammenhänge leicht überprüft werden könnten, von verschwindend geringer Menge.

Des Weiteren finden sich bei Teilgruppen mit einer höheren beruflichen Integration [98,232] bzw. bei Teilgruppen, die „irgendwann verheiratet waren“ (versus „nie verheiratet“) höhere Empowermentwerte [98]. Hierbei stellt sich jedoch die Frage,

ob wirklich Korrelate oder Teile von Empowerment, im Sinne von Kontrolle über Beruf und soziale Kontaktgestaltung, für die Korrelationen verantwortlich sind.

In vielen Studien findet sich ein negativer Zusammenhang zwischen Symptomstärke und Empowerment bzw. Mastery. Dies gilt sowohl, wenn die subjektive Einschätzung der Symptombelastung erfasst wird [49,98,209] als auch bei Fremdratings [26,59,75]; besonders hervorstechend sind dabei Negativsymptome im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und affektive Symptome [ebd.]. Kein Zusammenhang wird zu Diagnose und Erkrankungsdauer berichtet [98]. In der Behandlung scheinen eine recovery-Orientierung bzw. die Beteiligung an Entscheidungen einen Einfluss auf Empowerment sowie auf die Patientenzufriedenheit [20,140] und den aktiven Umgang mit Symptomen zu haben [128].

In Bezug auf das alltägliche Leben wird über einen Zusammenhang zwischen unerfüllten Bedürfnissen in den Bereichen Unterkunft, Nahrung und Alltagsaktivitäten und geringem Empowerment berichtet [26]. Dies verwundert nicht weiter, da unerfüllte Bedürfnisse in derart grundlegenden Bereichen auf mangelnde Kontrolle über diese Lebensbereiche sowie über das gesamte Leben schließen lassen. Bestimmte Wohnformen wie unterstütztes Wohnen bzw. Wohnformen außerhalb der Klinik werden im Zusammenhang mit Empowerment diskutiert [113,148,229]. Eine angemessene Unterkunft scheint dabei in Zusammenhang mit sozialer Integration zu stehen [71]. Zwischen sozialen Kontakten und Empowerment bzw. Mastery besteht ein positiver Zusammenhang: Soziale Kontakte sind dabei unterschiedlich definiert und reichen von „ein enger Freund“ über „Verfügbarkeit“ bis zu „Adäquatheit“ von sozialen Beziehungen, persönlichen Beziehungen und Freunden [75,98]. Eine der wenigen Follow-up-Studien findet 18 Monate nach der Ersterhebung an Schizophrenie erkrankten, ambulanten Patienten nur noch einen einzigen Zusammenhang, nämlich den zwischen Mastery und „Zugang zu sozialen Kontakten“ [26]. Eng mit sozialen Kontakten und Empowerment assoziiert ist das Konstrukt Stigma [37,38,98,137,203,221]. So wurden schon früh Empowerment bzw. Selbstwirksamkeit und Stigma als Endpunkte eines Kontinuums diskutiert [177,237]. Des Weiteren konnte zwischen dem psychosozialen bzw. sozialen Funktionsniveau und Empowerment ein Zusammenhang gefunden werden [98,201] sowie auch zwischen Lebenssinn und Empowerment [209].

Zusammenfassend kann man feststellen, dass zu den Faktoren, die am häufigsten im Zusammenhang mit Empowerment stehen, eine geringe Symptomstärke (Selbst- und Fremdeinschätzung), soziale Kontakte und Stigma gehören.

1.4.2. Einflussfaktoren von Lebensqualität

Die im Folgenden zitierten Studien beziehen sich alle auf die Erfassung der Lebensqualität bei erwachsenen Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Da es eine enorme Fülle an Studien gibt, kann hier nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Vorrangig wird über die selbsteingeschätzte Lebensqualität berichtet, anderenfalls wird dies nachfolgend kenntlich gemacht.

Zwischen subjektiven und objektiven Kriterien der Lebensqualität finden sich in den meisten Studien keine bzw. nur geringe Zusammenhänge [30,35,87,97,191,195,205,240]. Vergleicht man Selbst- und Fremdbeurteilungen der Lebensqualität, ist das Ergebnis ähnlich [30,104,109,131,195]; die externe Beurteilung fällt dabei negativer aus [77,104,111,195] und sie zeigt einen größeren Zusammenhang mit soziodemographischen Faktoren [28]

A. Soziodemografische Merkmale und Lebensbedingungen

In manchen Studien findet man einen positiven Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Lebensqualität und dem Alter [108,143,240], in anderen allerdings nicht [34,58,181] bzw. sogar einen negativen Zusammenhang [161,192]. Das Geschlecht zeigt in vielen Studien keinen Effekt [28,34,181,185,220]. Hinweise gibt es jedoch auf geschlechtsabhängig ablaufende Bewertungsprozesse bei der Einschätzung der Lebensqualität [185] bzw. auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Zufriedenheit mit einzelnen Domänen (z.B. höhere Zufriedenheit im sozialen Bereich bei Frauen) [220]. In Bezug auf Bildung wird kein Zusammenhang bzw. ein leicht positiver zwischen der Höhe des Bildungsstatus bzw. der Bildungsdauer und der Lebensqualität berichtet [34,58,74,181]. Es findet sich jedoch auch ein negativer Zusammenhang zwischen Bildung und dem selbsteingeschätzten allgemeinen Wohlbefinden [192]. Einige Autoren finden keinen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und

Familienstand [181,205], andere finden bei Unverheirateten eine schlechtere Lebensqualität [143].

Bei der Wohnsituation berichten manche Studien über einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität bzw. Funktionsfähigkeit (Fremdeinschätzung) und unabhängigeren Wohnformen im Vergleich zu stationär untergebrachten Patienten [2,42,74,113,143]. Manche Studien können jedoch keinen Einfluss der Wohnformen nachweisen [34,63,225]. In diesem Zusammenhang werden zum einen die methodischen Schwächen der Studien kritisiert [127,225], zum anderen wird der mittelnde Einfluss von sozialen Kontakten diskutiert [143,225].

Bezüglich des Einkommens finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Bei Unzufriedenheit mit dem Einkommen findet eine Studie eher Patienten mit niedriger Lebensqualität [27]. In einer anderen Studie wird ein zwar schwacher, aber negativer Zusammenhang gefunden [190], während in einer weiteren Studie wiederum gar kein Zusammenhang gefunden wird [162]. Wichtig für die Lebensqualität scheint jedoch ausreichend Geld für die Erfüllung der Grundbedürfnisse zu sein [143].

Berufstätige haben nach manchen Studien tendenziell eine höhere Lebensqualität [28,143,162,172,205] und bei Unzufriedenheit in diesem Bereich stellt sich eine niedrigere Lebensqualität ein [28]. Andere Studien konnten hier jedoch keinen Zusammenhang feststellen [34,73], allerdings zu sinnvollen Alltagstätigkeiten [73]. Ebenso lässt sich ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Erfüllung von und Zufriedenheit mit alltäglichen Aktivitäten, einer Mischung aus Arbeit, Freizeit und häuslichen Aufgaben feststellen [74]. Dies erweitert die Diskussion über Freizeitgestaltung im Sinne „bloßer Aktivität“ um die „Sinn-Perspektive“ [107]. Des Weiteren fungiert als Mittler in Bezug auf Berufstätigkeit und Lebensqualität nicht Einkommen, sondern soziale Kontakte [190].

Die Bedeutung sozialer Kontakt für die Lebensqualität kann in vielen Studien nachgewiesen werden [29,30,33,34,225]. Dabei geht es oft um die „wahrgenommene“ soziale Unterstützung [29,181,190]. Gleichzeitig scheint aber auch ein negativer Zusammenhang zu der wahrgenommenen Stigmatisierung zu bestehen [34,64,78,136,142,203], wobei soziale Kontakte bzw. soziale Interaktion und Stigma wiederum in Zusammenhang stehen [155,233]. Auch in Follow-up-Studien finden sich vor allem „wahrgenommene Veränderungen im sozialen Netzwerk“ als Prädiktoren der Lebensqualität [99,204]. In einer Studie mit an

Psychose erkrankten Patienten, die zu 40% angaben, keinen engen Freund zu haben, fand sich jedoch hinsichtlich der Selbstbeurteilung kein Zusammenhang [28]. Positive Korrelationen zeigen sich allerdings wiederum zwischen dem sozialen Funktionsniveau und der Lebensqualität [34,218].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den meisten Studien zwischen soziodemographischen Merkmalen und subjektiver Lebensqualität widersprüchliche bzw. geringe Zusammenhänge gefunden werden. Oft bestätigt wird dagegen der Zusammenhang mit sozialen Kontakten (positiv), Stigma (negativ) und sinnvollen Alltagstätigkeiten bzw. Berufstätigkeit (positiv).

B. Behandlung

In Bezug auf die Behandlung lässt sich bei Patienten mit einer F2-Diagnose ein positiver Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung finden [74]. Des Weiteren gibt es einen Zusammenhang mit der Wahrnehmung, dass die eigenen Bedürfnisse in der Behandlung erfüllt werden; interessanterweise zeigt sich dabei aber kein Zusammenhang mit dem Ausmaß der erbrachten Leistungen [188].

Innerhalb der Pharmakotherapie zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Wirkung [15] bzw. mit der Zufriedenheit bezüglich der Medikation [74]. Es gibt Studien, die eine höhere subjektive Lebensqualität mit der Einnahme neuer atypischer Neuroleptika in Verbindung bringen [14,223], wobei sich in einer Studie keine Auswirkungen auf die objektive Einschätzung der Lebensqualität und das soziale Funktionsniveau zeigen [223] und in einer anderen Studie die Lebensqualität mit nur einer einzigen Frage nach der Zufriedenheit (vgl. 1.3.2.) erfasst wird [14]; anderswo findet sich kein Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität bzw. der Funktionsfähigkeit (Fremdeinschätzung) [119,134]. Des Weiteren scheint es einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und monotherapeutischer Therapie zu geben [116]. Der Vergleich einer Gruppe von Angst- und Depressionspatienten, die mit Psychopharmaka behandelt wurden, mit einer Gruppe von Patienten, die nicht mit Medikamenten behandelt wurden, ergab, dass bei den medikamentös Behandelten die Lebensqualität schlechter war und dass aber außerdem Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Faktoren (z.B. niedrigeres Einkommen) und „Gesundheitsverhalten“ (z.B. mehr Raucher) vorhanden waren [121]. Bei

Patienten mit einer F2-Diagnose zeigten sich in einer Studie Unterschiede zwischen medikamentös Behandelten und Unbehandelten [119], in einer anderen allerdings nicht [28]. Was die Auswirkung von Nebenwirkungen betrifft, so wird ein - teilweise geringer - negativer Zusammenhang gefunden [14,108,184]. Bezüglich der Krankheitseinsicht zeigt sich kein Zusammenhang mit der Funktionsfähigkeit (Fremdeinschätzung) [41], aber ein negativer Zusammenhang mit der selbstberichteten Lebensqualität, der durch eine Reduzierung der Hoffnung beeinflusst wird [101]. Zusätzlich gibt es den Hinweis, dass Einsicht als Mittler auf soziale Funktionen fungieren könnte [138]. Ein negativer Zusammenhang wurde auch gefunden zwischen Lebensqualität und unbefriedigten klinischen und sozialen Bedürfnissen [27,33,63,99].

C. Krankheitsbedingte Beeinträchtigung

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung scheinen Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung eine schlechtere Lebensqualität zu haben [31,104,183]; das Gleiche gilt auch für körperliche Erkrankungen [35]. Trotzdem fallen die Einschätzungen der Lebensqualität bei psychisch kranken Menschen häufig erstaunlich positiv aus. Katschnig [110] betont, dass zwar stark ausgeprägte Symptome zu einer Einschränkung der Lebensqualität führen, gering ausgeprägte Symptome jedoch mit einer guten oder schlechten Lebensqualität einhergehen können. Als gesichert kann der negative Einfluss von depressiven Symptomen gelten [30,58,143,151,192], wobei Lebensqualität jedoch ein von der Depression unabhängiges Konzept zu sein scheint [58]. Auch Angstsymptome scheinen die Lebensqualität negativ zu beeinflussen [87,126,152,182,192]. Bezüglich des Einflusses von Positivsymptomen im Rahmen schizophrener Erkrankungen sind die Befunde uneinheitlich [Überblick bei 167]. Bei Negativsymptomen werden ein negativer Zusammenhang mit der Funktionsfähigkeit (Fremdeinschätzung) [40], sowie ein positiver Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität gefunden, was die Autoren im Sinne eines angepassten Aspirationsniveaus diskutieren [143]. Relativ eindeutige Befunde zeigen sich bezüglich der Symptombelastung: ein höheres Ausmaß allgemeiner Symptombelastung geht mit schlechterer Lebensqualität einher, sowohl bei Fremd- als auch bei Selbsteinschätzung der Symptomstärke

[15,28,34,52,76,108,143]. Bezüglich der Erkrankungsdauer findet sich meist kein Zusammenhang [34,181,192].

Wenn die Lebensqualität von schizophrenen Patienten mit der von schizoauffektiven Patienten verglichen wird, finden sich keine Unterschiede oder nur in bestimmten Bereichen (z.B. subjektive Gefühle, soziale Beziehungen) [34,182,183]. Zwischen Depressiven und Psychosekranken zeigen sich in der Einschätzung der Lebensqualität nach einigen Studien keine Unterschiede [47,183,192], andere Studien berichten aber über eine schlechtere Einschätzung bei den depressiven Patienten [13,92,162].

D. Internale Faktoren

Insgesamt gestalten sich die bisher dargestellten Befunde als sehr uneinheitlich. Dies führt zur Frage, ob das Konzept Lebensqualität besser durch den Einfluss von internalen Faktoren erklärbar wird.

Es gibt nur einige wenige Studien, in denen der Einfluss von internalen Faktoren, meist begrenzt auf Patienten mit einer F2-Diagnose, untersucht wird. So fanden Kentros et al. [112], dass „Extroversion“ und „Verträglichkeit“ positiv und „Neurotizismus“ negativ mit der Lebensqualität korreliert sind. Kein Zusammenhang fand sich zur subjektiv eingeschätzten Symptombelastung in den Dimensionen „Psychotizismus“, „Paranoia“ und „Depression“. Aus dem Ergebnis schlussfolgern die Autoren, dass unabhängig vom Krankheitsbild die Einschätzung der Lebensqualität durch Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst wird. Hansson et al. [100] weisen den Einfluss von „Schadensvermeidung“ (niedrig) und „Selbstlenkungsfähigkeit“ (hoch) auf die Lebensqualität nach. Nach Kontrolle der Psychopathologie findet sich jedoch nur noch ein Zusammenhang mit der „Selbstlenkungsfähigkeit“, wobei diese einen deutlich geringeren Anteil der Varianz als die Psychopathologie erklärt. Ritsner et al. [180] zeigen, dass hohe Werte in „Neugierverhalten“ mit höherer Lebensqualität einhergehen. Eklund et al. [76] untersuchen den Zusammenhang von Persönlichkeitsfaktoren (wie „Schadensvermeidung“, „Neugierverhalten“) und einem sogenannten „Selbst-Faktor“ („Koheränzgefühl“, „Kontrolle“, „Selbstwertgefühl“). Es zeigt sich ein starker Einfluss des „Selbst-Faktors“, der Psychopathologie, der Faktoren „Schadensvermeidung“ und „Selbstlenkungsfähigkeit“. Bello et al. [25] untersuchen den Einfluss von „kognitiven motivationalen Schemata“ und

„Disstress“ auf die Lebensqualität von Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen (F2, F3, F4). Es finden sich Hinweise, dass höhere Werte in „verhaltensbezogener Hemmung“ oder „psychologischem Disstress“ niedrigere Werte bzgl. der Lebensqualität voraussagen und hohe Werte in „verhaltensbezogener Aktivität“ auf hohe Werte bzgl. der Lebenszufriedenheit hinweisen. Zissi et al. [240] bestätigen „wahrgenommene Veränderung“, ein „positives Selbstkonzept“ und „wahrgenommene Autonomie“ als Prädiktoren für die subjektive Lebensqualität. Und schließlich scheint auch das Konzept „Hoffnung“ einen Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten aus unterschiedlichen Diagnosegruppen (F3, F3, F4, F6) zu haben [226].

Lässt man alle Faktoren vor dem inneren Auge Revue passieren, entsteht das Bild von einer „nach außen gewandten, zuversichtlichen, offenen“ Person mit einem positiven Selbstkonzept („Extroversion“, „Neugierverhalten“, „Schadensvermeidung/ negativ“, „Hoffnung“, „positives Selbstkonzept“), hoher sozialer Verträglichkeit („Verträglichkeit“), die ihre Handlungen autonom, eigenverantwortlich und selbstbewusst steuern kann („Selbstlenkungsfähigkeit“, „Selbst-Faktor“, „verhaltensbezogene Aktivität“) und diese Veränderung wahrnimmt. Dies erinnert sehr an das Empowermentkonzept. Und tatsächlich wird zwischen Empowerment bzw. Mastery und Lebensqualität (subjektive, Funktionsfähigkeit) überwiegend ein positiver Zusammenhang gesehen [34,50,54,98,136,187,203,221]. Empowerment wird dabei als der Lebensqualität vorgeschaltet beschrieben [54,124,187,203,239,240]. Kilian et al. [120] finden jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und der Wahrnehmung des Behandlungsprozesses als Empowerment reduzierend. Eine denkbare Erklärung könnte in der Phase des Empowermentsprozesses zu finden sein, in der sich die Patienten befinden. Wenn die Wahrnehmung besteht, dass eine Behandlung „nicht gut ist“ und man trotzdem in der Behandlung bleibt, sind negative Gefühle wahrscheinlich. Langfristig wäre entweder ein innerer, resignativer Anpassungsprozess denkbar oder eine Veränderung im Verhalten in der Weise, dass man die Behandlung wechselt oder eigene Bedürfnisse einfordert, damit die Lebensqualität stabil bleibt (vgl. 1.2.2.).

1.4.3. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität im Vergleich

Es lässt sich feststellen, dass bei den Faktoren, die Einfluss auf Empowerment und Lebensqualität ausüben, immer wieder Überschneidungen zu finden sind. So scheinen bei beiden Konzepten krankheitsbedingte Beeinträchtigungen (insbesondere depressive Symptome), soziale Kontakte, Stigma und das psychosoziale Funktionsniveau eine Rolle zu spielen. Zum anderen wird deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Empowerment und Lebensqualität als überwiegend positiv gesehen wird. Ein Grund dafür könnte sein, dass Empowerment als Mittler fungiert und beispielsweise im Zusammenspiel mit sozialen Kontakten und Stigma bewirkt, dass die Symptombelastung als weniger beeinträchtigend erlebt wird und damit die Lebensqualität bestimmt. Zum anderen wäre auch denkbar, dass Empowerment und Lebensqualität im Grunde dasselbe erfassen. So sind für die Einschätzung der Lebensqualität in vielen Bereichen (z.B. soziale Kontakte, Behandlung) weniger die objektiven Gegebenheiten, sondern vielmehr die wahrgenommenen Bedingungen entscheidend. An diesem Punkt wird die Abgrenzung vom Empowermentkonzept schwierig, da diesbezügliche internale Prozesse stark durch Bestandteile des Empowermentkonzeptes (wie „Autonomie“, „Selbstlenkungsfähigkeit“) bestimmt zu werden scheinen. Geht es letztendlich bei beiden Konzepten um wahrnehmbare Veränderung und Steuerbarkeit? Auch der negative Zusammenhang beider Konzepte mit depressiven Symptomen würde dies nahelegen - im Sinne einer Umkehr des Konzeptes der erlernten Hilflosigkeit von Seligman [202]. Letztendlich kann bisher keine eindeutige Aussage gemacht werden, weshalb folgende Fragestellungen für diese Untersuchung abgeleitet werden.

1.5. Ziel der Untersuchung und Fragestellung

Ziel der Studie ist es, den Zusammenhang zwischen den Konzepten Empowerment und Lebensqualität bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen näher zu untersuchen. Dabei sollen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden eingesetzt werden. Um dem Problem der definitorischen Unsicherheiten (s. o.) gerecht zu werden, soll im qualitativen Teil die Bedeutung von Empowerment klarer definiert werden, um das Konzept dann in Bezug zur

Lebensqualität stellen und beide Konzepte vergleichen zu können. Aus den Ergebnissen des Theorieteils und des qualitativen Teils sollen theoretische Modelle entwickelt und anschließend empirisch überprüft werden. Der Arbeit liegen dabei folgende Forschungsfragen zu Grunde:

Qualitativer Teil:

- I. Was bedeutet Empowerment aus Sicht von Patienten?
 - Ia. In welchen Bereichen wird Empowerment als wichtig erachtet?
 - Ib. Wie gestaltet sich Empowerment in diesen Bereichen?
- II. Wie lässt sich Empowerment von Lebensqualität abgrenzen?

Quantitativer Teil:

- III. Vergleich Empowerment und subjektive Lebensqualität
 - IIIa. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen sich in den Einflussfaktoren?
 - IIIb. Welches Modell erweist sich zur Spezifizierung des Zusammenhangs zwischen Empowerment, Lebensqualität und wichtigen Einflussfaktoren am passendsten?

2. Material und Methoden

2.1. Hintergrund

Alle Daten stammen aus der „Empowerment-Studie“, die am Bezirkskrankenhaus (BKH) Günzburg (Universität Ulm) von 2008-2011 durchgeführt wurde. Das Ziel der Studie war „Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen“ [118]. Die Studie unterteilte sich im Wesentlichen in drei Abschnitte: Durchführung von Fokusgruppen, Pilotstudie und Feldstudie. In der vorliegenden Arbeit wurden nur Daten aus den Fokusgruppen und der Feldstudie verwendet. Genauere Informationen zum Ablauf lassen sich aus dem Poster zur Vorstellung der Studie (Anhang I) [118] entnehmen. Von vornherein war eine Zusammenarbeit zwischen der Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm am BKH Günzburg und der Langzeitambulanz eines Behandlungszentrums in München vorgesehen, um sowohl Daten aus großstädtischer als auch aus eher ländlicher Region einzuschließen. Im Laufe des Projektes wurden die Standorte Kaufbeuren und Immenstadt auf ländlicher Seite sowie zwei zusätzliche Standorte in München für die Fokusgruppen bzw. die Feldstudie integriert. Finanziert wurde die Studie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, mit Förderschwerpunkt Versorgungsnahe Forschung, Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung. Die Bewertung der gesamten Studie wurde durch die Ethikkommission mit einer zustimmenden Stellungnahme abgeschlossen.

2.2. Kombination qualitativer und quantitativer Methoden

Um der Thematik der Arbeit gerecht zu werden, wurden verschiedene methodische Zugänge gewählt. Ein qualitativer Ansatz wurde genutzt, um die im theoretischen Teil beschriebene Problematik einer klaren Definition zu lösen, die Betroffenenperspektive mit einzubeziehen und um Hypothesen für die Erstellung der Modelle abzuleiten, die im quantitativen Teil empirisch überprüft werden sollten. Dabei sollten sich die Erkenntnisse aus beiden Teilen gegenseitig

ergänzen und eine Erweiterung der Perspektive im Sinne von „Subjektbezogenheit“ [146, S. 19] erlauben; gleichzeitig sollte die Möglichkeit bestehen, die Ergebnisse auf eine größere Population zu übertragen.

2.3. Qualitative Erhebung

Um die „subjektiven Bedeutungsstrukturen“ [146, S. 76] von Patienten mit einer affektiven oder schizophrenen Erkrankung hinsichtlich Empowerment gut erfassen zu können, wurde das Fokusgruppen-Verfahren gewählt. Fokusgruppen sind Gruppendiskussionen und bieten gegenüber Einzelerhebungen den Vorteil, dass durch die alltagsnahe Gesprächsform Hemmungen reduziert werden und die Anschauungen, Denkweisen und Motive der Teilnehmer leichter sichtbar werden [146]. Die Daten der Fokusgruppen dienen als Grundlage für beide Fragestellungen des qualitativen Teils der Arbeit.

2.3.1. Entwicklung des Leitfadens

Der Leitfaden für die Fokusgruppen (Anhang II) wurde auf Grund der Fragestellung - „Was bedeutet Empowerment aus Sicht von Patienten?“ - und nach eingehender Literaturrecherche erstellt. Ziel war es, möglichst viele alltagsnahe Äußerungen zum Thema Empowerment aus möglichst vielen Blickwinkeln zu bekommen. Die größte Herausforderung bestand darin, dass davon auszugehen war, dass die meisten Teilnehmer den Begriff Empowerment dem Wortlaut nach nicht kannten, gleichzeitig jedoch zu seiner Bedeutung befragt werden sollten. Um für alle Teilnehmer die gleiche Ausgangslage zu schaffen, wurde eine Definition (s. u.) zu Beginn der Diskussion vorgegeben. Die Definition sollte dem aktuellen Stand der Literatur entsprechen, in Alltagssprache und möglichst eindeutig formuliert sein. Danach sollte eine Vorstellungsrunde als „ice-breaker“ folgen, um die Atmosphäre zu lockern und den Teilnehmern die Hürde zu nehmen, erstmals vor der Gruppe zu sprechen. Die Hauptfragen sollten einen offenen Einstieg in das Thema ermöglichen, wobei zusätzlich „Probes“ erarbeitet wurden, um den Fokus der Fragestellung gegebenenfalls einengen zu können. Dabei wurde auf eine alltagsnahe Sprache und das Verwenden von direkten,

eindeutigen und leicht verständlichen Formulierungen sowie von offenen Fragestellungen geachtet. Die erarbeitete Reihenfolge und die wörtliche Formulierung der Fragestellungen und „Probes“ sowie die zeitlichen Vorgaben waren dabei als grobe Richtlinien gedacht und sollten situationsangepasst variiert werden, im Sinne einer halbstrukturierten und offenen Diskussionsführung. Der Leitfaden wurde im Forschungsteam (zwei Soziologen, zwei Psychologen, zwei Ärzte, ein Sozialpädagoge) gemeinsam besprochen, diskutiert und überarbeitet.

2.3.2. Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer

Von September 2008 bis März 2009 wurden insgesamt acht Fokusgruppen durchgeführt. Vier Gruppen fanden in städtischer und vier in ländlicher Region statt. Erstere wurden alle im Gruppenraum desselben Behandlungszentrums durchgeführt. Drei der ländlichen Gruppen fanden in Günzburg, in den Räumen des Bezirksklinikums, und eine im sozialpsychiatrischen Zentrum in Immenstadt statt. Die Teilnehmer befanden sich alle wegen einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis oder dem affektiven Bereich, F2 bzw. F3 nach ICD-10 [70], in ambulanter psychiatrischer Behandlung und waren 18 bis 65 Jahre alt. Ausgeschlossen wurden Patienten mit deutlich eingeschränkter intellektueller Leistungsfähigkeit, Substanzabhängigkeit oder unzureichenden Deutschkenntnissen. Die Faktoren Diagnose, Alter und Geschlecht wurden durch eine möglichst ausgewogene Auswahl kontrolliert. Zur Rekrutierung wurden die potentiellen, den Kriterien entsprechenden Teilnehmer von Mitarbeitern der jeweiligen Behandlungszentren angesprochen und bei Interesse von einem Studienmitarbeiter kontaktiert. Eine schriftlich abgefasste Patienteninformation (Anhang III) mit Informationen zum Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie wurde mit den Interessenten besprochen, auftauchende Fragen beantwortet und bei Teilnahmewunsch eine schriftliche Einwilligungserklärung (Anhang IV) unterzeichnet. Die Teilnehmer erhielten sowohl eine Kopie der Patienteninformation als auch der Einwilligungserklärung. In diesem Rahmen wurde auch das Thema Datenschutz besprochen, insbesondere die Aufnahme der Gespräche mit einem Audiogerät sowie die anschließende Transkription und Anonymisierung.

2.3.3. Durchführung der Fokusgruppen

Die Gruppen wurden in München sowie in Günzburg und Immenstadt jeweils von einem Moderator und einem Co-Moderator geleitet. Vorab erhielten die Moderatoren eine Schulung, und bereiteten sich an Hand einschlägiger Literatur [93,153] vor. Alle Fokusgruppen wurden mit einem Audiogerät aufgenommen. Die erste Gruppendiskussion wurde zusätzlich auf Video aufgezeichnet; da sich dies jedoch als große Hürde bei der Rekrutierung von neuen Teilnehmern herausstellte und es für die Auswertung nicht zwingend erforderlich war, wurden die Video-Aufnahmen ab der zweiten Gruppe eingestellt. Um eine möglichst angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen, wurden bei allen Gruppen Getränke und Kekse angeboten. Die Stühle waren im Kreis um Tische angeordnet.

Zu Beginn der Gruppendiskussionen wurde der Forschungsschwerpunkt der Studie nochmals kurz angesprochen sowie folgende Definition von Empowerment vorgelesen und an die Teilnehmer ausgeteilt, damit sie während der Diskussion nochmal nachschauen konnten:

„Der Begriff „Empowerment“ lässt sich in etwa mit „Selbstbefähigung“ oder „Selbstermächtigung“ übersetzen. Wir verstehen darunter einen Prozess, durch den Menschen vermehrt Kontrolle und Einfluss auf ihr Leben gewinnen und so beginnen, ihr Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen. Unter anderem bedeutet dies, zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu wählen, selbst Initiative zu ergreifen und über die eigene Lebensgestaltung zu entscheiden.“

Anschließend wurde explizit auf die Aufnahme der Diskussion hingewiesen und nach erneutem mündlichem Einverständnis das Gerät eingeschaltet. Es folgten noch einige Hinweise zum Ablauf (z.B. zur Dauer der Diskussion) und es wurde betont, dass es um die „persönlichen Ansichten“ der Teilnehmer gehen solle. Nach der Vorstellungsrunde wurde die Diskussion gemäß dem Leitfaden mit Frage 1 „Was bedeutet für Sie „Empowerment“?“ (Anhang II) begonnen. Der Moderator stieß dabei die Diskussion mit den offenen Hauptfragen an, förderte durch gezieltes Nachfragen den spontanen Fluss der Diskussion und achtete gleichzeitig darauf, dass die Diskussion sich nicht zu weit vom Thema entfernte. Ein Hilfsmittel hierzu waren die Probes; des Weiteren wurde ein Kärtchen mit Alltagsbereichen (Anhang V) ausgeteilt und die Teilnehmer wurden dann gebeten zu prüfen, in welchen Bereichen Empowerment noch für sie wichtig sei, bzw. zu beschreiben, wie es dort „aussähe“. Dies geschah, wenn bereits einige Bereiche

zu Empowerment im alltäglichen Leben angesprochen worden waren und keine weiteren Bereiche mehr nachzukommen schienen bzw. spätestens wenn dreiviertel der Diskussionszeit vergangen waren. Von den Teilnehmern angestoßene Themen wurden stets aufgegriffen und gegebenenfalls vertieft, so dass der Leitfaden flexibel und nicht zwingend in der vorgegebenen Reihenfolge eingesetzt wurde. Während der gesamten Diskussion wurden die Teilnehmer dazu angeregt, ihre Gesprächsbeiträge durch alltägliche Erfahrungen zu veranschaulichen. Nach 1,5 Stunden wurden die Gruppensitzungen vom Moderator beendet; keine einzige Gruppendiskussion musste auf Grund mangelnder Gesprächsthemen oder mangelnder Leistungsfähigkeit der Teilnehmer frühzeitig beendet werden. Nach Beendigung der Gruppensitzungen wurden die Teilnehmer gebeten, einen kurzen soziodemographischen Fragebogen auszufüllen. Abschließend erhielt jeder Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung von 25 €.

2.3.4. Auswertung der Fokusgruppen

Die Transkription erfolgte zunächst extern nach folgenden Kriterien: Alle Äußerungen wurden wörtlich und vollständig übernommen, inklusive Interjektionen. Dialektäußerungen wurden lautgetreu übernommen (z.B. „Kacherl“, „drinne“). Besonderheiten wie Lachen, Weinen, längere Pausen oder auffällige Aussprachen (z.B. eine „gedehnte“ Aussprache) wurden in doppelten Klammern angegeben. Der Abbruch des Gesprächsflusses wurde durch „...“ und nicht verständliche Passagen mit „(...?)“ gekennzeichnet. Anschließend wurden die Transskripte durch die jeweiligen Leiter der Fokusgruppen nachbearbeitet; vor allem wurden Lücken nach Möglichkeit ergänzt und jegliche Hinweise, die Rückschlüsse auf die Person zulassen könnten, insbesondere Namens- und Ortsangaben, anonymisiert.

Die Datenanalyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse mit Hilfe des Textanalyseprogrammes MAXQDA (Version 2007) [125]. Weitestgehend fand dabei eine Orientierung an Mayring [147] statt. Zwar wurde durch den Interviewleitfaden eine Vorstruktur gegeben, dennoch sollte die Offenheit für neue Aspekte gewahrt bleiben. So wurden die Hauptfragen deduktiv als erste Strukturierung der Inhalte genutzt, während die Unterkategorien induktiv

gewonnen wurden. Die einzelnen Transskripte wurden wiederholt im Hinblick auf Äußerungen zum Thema Empowerment und im Hinblick auf die Hauptfragen durchgearbeitet. Die kleinsten sinnstiftenden Einheiten wurden paraphrasiert und zu Codes zusammengefasst, die wiederum in Über-Codes gefasst wurden, so dass sich ein hierarchisches Code-System ergab. Dieses wurde so lange ergänzt bis keine neuen Informationen mehr hinzukamen. Zur Gewährleistung der Objektivität erfolgte die Bearbeitung zunächst unabhängig durch zwei Personen. Danach wurden die Code-Systeme verglichen und Auffälligkeiten, zum Beispiel bei unterschiedlichen Zuordnungen der Paraphrasen oder Bildung von Codes, in der gesamten Forschungsgruppe diskutiert. Innerhalb dieses Prozesses wurde ein endgültiges Code-System angefertigt und die bereits bearbeiteten Gruppendiskussionen gegebenenfalls in Bezug auf Änderungen rekodiert.

Zur Klärung der Wichtigkeit der herausgearbeiteten Bereiche von Empowerment (Fragestellung Ia.) wurde das Code-System bereichsspezifisch ausgewertet. Zum einen wurde die Anzahl von Empowerment-Äußerungen in den jeweiligen Bereichen, aber auch die Anzahl der Äußerungen zu möglichen „Blockaden“, die Empowerment in diesem Bereich erschweren oder verhindern könnten, betrachtet. Zum anderen wurde untersucht, inwieweit die Äußerungen spontan oder auf Nachfrage gemacht worden waren bzw. ob zu bestimmten Themenbereichen gar keine Äußerungen vorlagen. Zur Klärung der Frage nach der konkreten Ausgestaltung von Empowerment (Fragestellung Ib.) wurde vornehmlich Frage 1 des Leitfadens (Bedeutung von Empowerment) berücksichtigt. Im Zuge der Auswertung wurden Definitionen für die einzelnen Teilbereiche von Empowerment erarbeitet, die an Hand konkreter Äußerungen in Zitatform verdeutlicht wurden. Um ein komplettes Bild des Empowermentprozesses - von Hilflosigkeitserfahrung/Machlosigkeit bis zur Umsetzung von Empowerment - zu bekommen, wurden auch die Äußerungen zu „Blockaden“ in den jeweiligen Bereichen miteinbezogen.

Zur Abgrenzung von Empowerment und Lebensqualität (Fragestellung II.) wurden in einem ersten Schritt die aus den Fokusgruppen erarbeiteten Definitionen von Empowerment den bestehenden Facetten und Domänen des WHOQOL [11] für den Bereich der Lebensqualität gegenübergestellt. Dies bot sich an, da der WHOQOL ein sehr umfassendes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität ist (vgl. 1.3.2.), er als einer der wenigen Fragebögen genaue Definitionen von

Lebensqualität und ihrer Teilbereiche zugrunde legt und weil bei der Entwicklung ein ähnlicher methodischer Zugang vorliegt. So wurden die Items und Definitionen des WHOQOL aus den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Betroffenen (zusätzlich zu Fokusgruppen mit Experten und Gesunden) gewonnen. In einem zweiten Schritt wurden die Daten dahingehend untersucht, ob sich in den Fokusgruppen zum Thema Empowerment auch spontane Äußerungen zum Bereich Lebensqualität finden lassen. Dazu wurde mittels MAXQDA [125] eine „lexikalische Suche“ mit folgenden Begriffen in allen Transkripten der Fokusgruppen durchgeführt: „Lebensqualität“, „Qualität“, „Zufriedenheit“, „zufrieden“, „Wohlbefinden“, „wohlfühlen“, „wohl“, „Freude“. Die Suchergebnisse wurden nachbearbeitet, indem thematisch nicht relevante Äußerungen aussortiert wurden und verbleibende hinsichtlich ihrer Bedeutung sowie ihres Bezuges zu Empowerment analysiert wurden.

Die Auswertung der sozio-demographischen Bögen erfolgte mit SPSS (Version 12.0) [206]. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeiten und Prozentangaben sowohl für die gesamte Stichprobe als auch für Stadt und Land getrennt dargestellt.

2.4. Quantitative Erhebung

2.4.1. Stichprobe und Ablauf

Ein- und Ausschlusskriterien

Auch für die quantitative Erhebung waren die Einschlusskriterien das Alter (18-65 Jahre), eine F2- oder F3-Diagnose [70] als Behandlungsindikation und die aktuelle Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung. Um den Zugang zu einer möglichst großen Stichprobe gewährleisten zu können, wurden im Verlauf der Studie auch Teilnehmer akzeptiert, die sich in Günzburg in stationärer Behandlung befanden, jedoch in den folgenden ein bis zwei Tagen entlassen werden und in die ambulante Behandlung übergehen sollten. Bei jedem Teilnehmer wurde vermerkt, in welchem Setting er sich bei der Erhebung befand. Mögliche Effekte werden im Ergebnisteil dargestellt. Ausschlusskriterien stellten das Vorliegen einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, deutliche Intelligenzminderung und mangelnde Sprachkenntnisse dar.

Rekrutierung und Ablauf

Den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechende Patienten wurden durch eine therapeutische Bezugsperson (Arzt, Pflegepersonal, Psychologe oder Sozialpädagoge) oder einen Studienmitarbeiter angesprochen und gefragt, ob Interesse zur Teilnahme an einer Studie zu Empowerment bestünde. Dabei wurde das Ziel der Studie benannt, mitgeteilt, dass Fragebogen ausgefüllt werden sollten (Zeitaufwand ca. 0,5-1h) und dass die therapeutische Bezugsperson die krankheitsbedingte Beeinträchtigung einschätzen würde. Des Weiteren wurde der Patient über die Gewährleistung der Anonymität bei der Auswertung aufgeklärt und über die Aufwandsentschädigung von 15€ informiert. Bei bestehendem Interesse wurden die Studienunterlagen mitgegeben: Die Studienunterlagen enthielten, ein an den jeweiligen Standort leicht angepasstes Anschreiben, in dem das Vorgehen nochmals beschrieben wurde und die Kontaktdaten eines Studienmitarbeiters für Rückfragen angegeben waren, eine schriftliche Patienteninformation (Anhang VI) und je eine Einwilligungserklärung zur Abgabe und eine in Kopie für den Teilnehmer (Anhang IV). Des Weiteren umfassten sie ein Fragebogenheft (Anhang VII), das einen Fragebogen zu Empowerment, Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung sowie einen soziodemographischen Bogen enthielt (s. u. zur näheren Beschreibung). Die Rückgabe der Studienunterlagen erfolgte persönlich, in der Regel beim nächsten Termin in einem verschlossenen Umschlag; daraufhin wurden dem Teilnehmer 15€ ausbezahlt. Alternativ konnte der Patient die Studienunterlagen auch direkt vor Ort ausfüllen. Sobald ein Patient die Studienunterlagen zur Bearbeitung bekommen hatte, wurde ein Fragebogen zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung, der HoNOS-D (s. u.), von der therapeutischen Bezugsperson ausgefüllt. Zur nachträglichen anonymen Zuordnung waren Fragebogen und HoNOS-D mit dem gleichen Zahlencode versehen.

2.4.2. Fragebögen

Die Teilnehmer füllten ein Fragebogenheft (Anhang VII) zur Selbsteinschätzung von Empowerment, Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung und Erfassung soziodemographischer Merkmale aus. Die verwendeten Fragebögen waren alle

vollständig strukturiert und zur leichteren Handhabung optisch bezüglich der Items und der Skalierung aneinander angepasst worden. Die Fragebögen wurden von den Studienteilnehmern selbstständig ausgefüllt; dabei war es jederzeit erlaubt Pausen einzulegen. Da nicht auszuschließen war, dass Teilnehmer bereits an der Pilotstudie teilgenommen hatten, wurde dies mit einem zusätzlichen Item („Haben Sie schon einmal einen Empowerment-Fragebogen im Rahmen unserer Studie ausgefüllt?“) am Ende des Fragebogenheftes erfasst. Außerdem erfolgte eine Fremdeinschätzung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung (Anhang IX) durch die therapeutische Bezugsperson (Arzt, Pflegepersonal, Psychologe oder Sozialpädagoge). Im Folgenden sollen die verwendeten Fragebögen in der Reihenfolge wie im Fragebogenheft, und anschließend das Fremdbeurteilungsinstrument näher beschrieben werden.

Empowerment: EPAS

Empowerment wurde mit dem Fragebogen zu „Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen - EPAS“ [117] erfasst. In der zugrundeliegenden Definition wird Empowerment als Kontrolle und Einfluss über das Leben beschrieben. Die Item-Entwicklung basiert auf der Durchführung von Fokusgruppen mit Betroffenen, Angehörigen und Experten. In der Endversion wird in einem Basismodul mit 33 Items auf folgenden fünf Skalen Empowerment erfasst: „Alltagsbewältigung“ (enthält Items zu den Themen Finanzen, Beruf, Wohnen, Alltagsaufgaben); „Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit“; „Behandlung/ Medikamente“; „Hoffnung/ Selbstwirksamkeit“ sowie „Selbstwert/ Akzeptanz“. Zusätzlich gibt es zwei Zusatzmodule: eines für Berufstätige (5 Items) und eines für Eltern minderjähriger Kinder (5 Items). Die Einschätzung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt völlig“ reicht. Die Bearbeitungszeit beträgt 10-15 Minuten. Die Werte für die jeweiligen Dimensionen werden über Mittelwertberechnungen ermittelt. Die Berechnung eines Gesamtwertes ist aktuell noch nicht möglich bzw. noch nicht überprüft. Beim EPAS handelt es sich um einen neu entwickelten Fragebogen, der bisher noch unveröffentlicht ist. Erste Ergebnisse zur Überprüfung der EPAS-Endversion ergaben jedoch gute psychometrische Eigenschaften für die jeweiligen Dimensionen [117]. So zeigte die interne Konsistenz, je nach Dimensionen, Werte für Cronbachs Alpha zwischen $\alpha=0,73$ und $\alpha=0,90$ [ebd.].

Da die vorliegenden Daten im Rahmen der Feldstudie zur Überprüfung des EPAS gewonnen wurden, wurden insgesamt 42 Items erfasst. Innerhalb der Analyse der psychometrischen Eigenschaften der Feldtestversion wurden auf Grundlage der internen Konsistenz der Items und der Messeigenschaften auf Basis von Item-Response-Theorie-Modellen 33 Items für die Endversion ausgewählt (Anhang VIII). Ziel war es, unter Beibehaltung der dimensional Struktur des Fragebogens aus der Pilotstudie eine sparsamere Repräsentation der Dimensionen zu finden [117].

Nur die Items der optimierten Endversion wurden in die vorliegende Auswertung eingeschlossen. Wegen des geringen Anteils von Berufstätigen und Eltern minderjähriger Kinder in der aktuellen Erhebung wurden in der vorliegenden Arbeit bei der Auswertung nur die fünf Hauptskalen und nicht die Zusatzmodule berücksichtigt. Für die Auswertung wurden entweder die einzelnen Fragebogendimensionen betrachtet oder es wurde Empowerment als latente Variable konstruiert, die durch die jeweiligen Mittelwerte der fünf Fragebogen-Dimensionen des EPAS erfasst werden sollte.

Lebensqualität: WHOQOL-BREF

Die subjektive Lebensqualität wurde mit dem „WHOQOL-BREF“ [11] erfasst - der Kurzversion des WHOQOL [11]. Er legt folgende Definition von Lebensqualität zu Grunde:

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHOQOL-Group) [11, S. 11]

Die Facettenstruktur wurde in interkultureller Zusammenarbeit im Hinblick auf die vorliegende Literatur erstellt und in einem zweiten Schritt mittels Fokusgruppen mit Patienten, Gesunden und Experten überprüft und angepasst. Wegen der langen Bearbeitungszeit des WHOQOL (30-45 Minuten) wurde die Kurzversion verwendet; diese erfasst 26 Items, aus denen die vier Dimensionen „Physisch“, „Psychisch“, „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ sowie zusätzlich ein „Globalwert“ gebildet werden können. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingestuft, wobei die vorgegebenen Antwortkategorien je nach Item variieren. Die Bearbeitungszeit beträgt 5-10 Minuten. Die psychometrischen Eigenschaften sind als gut einzustufen. Die interne Konsistenz der Subskalen variiert für die Gruppe der psychiatrischen Patienten zwischen $\alpha=0.72$ und $\alpha=0.83$.

Mittels der Programmsyntax der Herausgeber wurden die Mittelwerte für die jeweiligen Dimensionen sowie eine allgemeine Einschätzung der Lebensqualität, der „Globalwert“, berechnet. Für die Auswertung werden entweder die einzelnen Fragebogendimensionen betrachtet oder es wird Lebensqualität als latente Variable, die durch die jeweiligen Mittelwerte der vier Fragebogen-Dimensionen des WHOQOL-BREF erfasst werden soll, konstruiert.

Krankheitsverarbeitung: EFK

Der „Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – EFK“ wurde für die Bearbeitung einer gesonderten Forschungsfrage eingesetzt. Für die Auswertung der vorliegenden Arbeit wurde er nicht herangezogen. Deshalb sei lediglich auf die Bearbeitungszeit von 5-10 Minuten, die Itemzahl von 45 und auf Quellen für detailliertere Informationen hingewiesen [88,89].

Soziodemographischer Bogen

Mit Ausnahme der Fremdeinschätzung der Diagnose, des Vorliegens von komorbiden Erkrankungen und der krankheitsbedingten Beeinträchtigung wurden alle in der Studie verwendeten soziodemographischen Merkmale, Merkmale zur Lebenssituation und klinische Merkmale über einen selbstentwickelten soziodemographischen Bogen am Ende des Fragebogenheftes erfasst. Zur Konzeption der Variable „Diagnose Selbsteinschätzung Patient“ ist anzumerken, dass die Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, einer Depression, einer Manie oder einer sonstigen Erkrankung sich nicht gegenseitig ausschlossen und somit Mehrfachnennungen möglich waren.

Krankheitsbedingte Beeinträchtigung: HoNOS-D

Der HoNOS erhebt als Fremdeinschätzung mit 12 Items das jeweils „schwerste Problem“, das innerhalb der vorausgegangenen zwei Wochen auftrat. Die einzelnen Items beziehen sich dabei auf verschiedene Probleme, unter denen Patienten mit einer psychischen Erkrankung leiden können. Die Einstufung erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „0 - kein Problem“ bis „4 - schweres bis sehr schweres Problem“. Mittels „9“ wird angegeben, wenn ein Item „nicht bekannt/ nicht anwendbar“ ist. Zur korrekten Operationalisierung der einzelnen

Schweregradabstufungen steht ein ausführliches Glossar mit detaillierten Beschreibungen der jeweiligen Schweregradabstufungen zum Download über die Universität Klagenfurt zur Verfügung [5]. Die Bearbeitungszeit beträgt 2-3 Minuten. Die einzelnen Items können den Subskalen „Verhalten“, „Impairment“, „Symptome“ und „Soziale Funktionsfähigkeit“ zugeordnet werden. Die Berechnung eines Gesamtwertes ist über eine Mittelwertberechnung möglich, wenn mindestens zehn der zwölf Items beantwortet sind. Empirische Befunde zu den psychometrischen Gütekriterien der deutschen Version, HoNOS-D, zeigen hinsichtlich Validität und Reliabilität befriedigende Werte [4,6]. Allerdings zeigt das „Komorbiditäts-Item“ (Item 8 "Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme") bei Patienten mit psychischen Erkrankungen einen deutlich höheren Prozentsatz fehlender Werte als die anderen elf Items des HoNOS-D. Daraufhin wurde das Item 8 von den Erstellern der deutschen Version überarbeitet und in den Antwortmöglichkeiten erweitert, indem nun alle möglichen Komorbiditäten eingestuft werden sollen und der Bereich, in dem das schwerwiegendste Problem auftrat, benannt werden soll [8].

Auch wenn die Verwendung des Gesamtwertes umstritten ist [z.B. 7], weist Andreas [3] in einem Bericht, der vorhandene Studien zusammenfasst, auf Folgendes hin:

„Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass sich sowohl die Einzelitems als auch der Gesamtscore der HoNOS-D als weitest gehend valide erwiesen. Damit würden wir eine Verwendung der Einzelitems bzw. des 12-Items Gesamtscores in der Routineversorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen empfehlen. Weiterhin schätzen wir eine Verwendung der Subskalen als nicht aussagekräftig ein.“ [3, S. 55]

Für die vorliegende Studie wurde die hinsichtlich Item 8 überarbeitete Variante verwendet. Es zeigte sich allerdings weiterhin ein hoher Prozentsatz an fehlenden Werten (11%), so dass Item 8 von der Auswertung ausgeschlossen wurde. Der Gesamtwert wurde berechnet und für die Auswertung verwendet. Zusätzlich wurde in dieser Studie durch eine kleine Ergänzung des HoNOS-D-Bogens die Experten-Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Diagnose aus den Bereichen F2 oder F3 bzw. des Vorliegens von komorbiden Erkrankungen erfasst (Anhang IX).

2.4.3. Auswertung

Soziodemographische Variablen und Voranalysen

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden die Häufigkeiten und prozentualen Anteile der jeweils gültigen Werte sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für Stadt und Land getrennt berechnet.

Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einer wiederholten Teilnahme am Projekt und den Werten im EPAS sowie zwischen „Setting“ (ambulant vs. kurz vor Entlassung) und den Werten in EPAS, WHOQOL-BREF und HoNOS-D wurde mittels bivariater Korrelation nach Pearson vorab geprüft.

Des Weiteren wurden alle Prädiktorvariablen auf Multikollinearität geprüft. Einerseits wurde die Korrelationsmatrix hinsichtlich auffällig hoher Korrelationen ($r \geq 0,8$) untersucht. Des Weiteren wurde geprüft, ob gemäß Urban und Mayerl [219] der Toleranzwert nicht unter 0,25 und der Varianz-Inflations-Faktor (VIF) nicht über 5 liegen. Um Homoskedastizität und die Normalverteilung der Residuen zu überprüfen, wurden Streudiagramme und P-P-Plots untersucht. Dabei sollten die Streudiagramme keine schwerwiegende Verletzung bezüglich der zufälligen Streuung aufweisen und die P-P-Plots annähernd normalverteilt sein [219].

Alle Berechnungen erfolgten mit SPSS [206].

Einflussfaktoren (Fragestellung IIIa.)

Um zu untersuchen, welche Faktoren einen Einfluss auf Empowerment bzw. Lebensqualität haben, wurden für die jeweiligen Skalen lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Der Einschluss der Variablen erfolgte gleichzeitig. Bei der Auswahl der Variablen wurde darauf geachtet, dass möglichst wenige sich überschneidende Variablen integriert wurden; gleichzeitig sollte für die Generierung der Modelle (s. u.) ein umfassendes Bild bezüglich derjenigen Prädiktoren, die einen signifikanten Beitrag zur Erklärung des jeweiligen Kriteriums leisten, entstehen können. Für die Berechnungen wurden alle Variablen, mit Ausnahme der intervallskalierten, in „Dummy-Variablen“ umgewandelt. Die Berechnung erfolgte, nach entsprechenden Voranalysen (s. o.), mit SPSS [206]. Die eingeschlossenen Prädiktorvariablen sowie ihre Kodierungen sind Tabelle 2 zu entnehmen. Zur Konzeption der Variable „Diagnose Patient A“ ist anzumerken,

dass die Selbsteinschätzung einer Depression und/oder einer Manie das gleichzeitige Vorliegen einer F2-Diagnose nicht ausschloss.

Tabelle 2: Prädiktorvariablen – Spezifikation, Erfassung und Kodierung

Anmerkung: F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3: affektive Störungen; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch;

	Prädiktorvariablen	Spezifikation	Erfassung	Kodierung
Soziodemographische Merkmale	Alter	Aktuelles Lebensalter	Jahre	-
	Geschlecht	Weiblich oder männlich	weiblich vs. männlich	1 vs. 2
	Familienstand	Ledig (vs. verheiratet/ Partnerschaft, geschieden/ getrennt lebend, verwitwet)	nein vs. ja	0 vs. 1
	Kinder	voll- und minderjährige	nein vs. ja	0 vs. 1
	Bildung	Abitur und höherer Abschluss (≥ Abitur)	nein vs. ja	0 vs. 1
Merkmale zur Lebenssituation	Erwerbstätigkeit	Berufstätig (vs. berentet, arbeitslos, Ausbildung, Wiedereingliederung, Hausfrau, Sonstiges)	nein vs. ja	0 vs. 1
	Wohnsituation A	Alleinlebend (vs. mit Partner, Eltern, Kinder, Anderen)	nein vs. ja	0 vs. 1
	Wohnsituation B	Mit Betreuung (vs. ohne Betreuung)	nein vs. ja	0 vs. 1
	Region	-	Land vs. Stadt	0 vs. 1
Klinische Merkmale	Diagnose Experte A	F2- oder F3-Diagnose	F2 vs. F3	0 vs. 1
	Diagnose Experte B	Komorbidität	nein vs. ja	0 vs. 1
	Diagnose Patient A	Depression und/oder Manie	nein vs. ja	0 vs. 1
	Diagnose Patient B	Sonstige Erkrankungen	nein vs. ja	0 vs. 1
	Ersterkrankung	Alter	Jahre	-
	Anzahl stationärer Aufenthalte	Mehr als zwei (stationär 2+)	nein vs. ja	0 vs. 1

	Krankheitsbedingte Beeinträchtigung	-	HoNOS-D Gesamt-wert	-
--	-------------------------------------	---	---------------------	---

Überprüfung der Modelle (Fragestellung IIIb.)

Aus den Ergebnissen des Theorieteils, der Fokusgruppen und der Regressionsanalysen wurden hypothetische Modelle abgeleitet: ein Mediator- und ein Moderatormodell. Bei einem Mediatormodell geht man davon aus, dass ein bestehender Zusammenhang zwischen einer Prädiktor- und einer Kriteriumsvariable durch eine Mediatorvariable kausal vermittelt wird. Zur Testung muss nachgewiesen werden, dass durch Einbezug der Mediatorvariablen der signifikante Zusammenhang zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariable geschwächt (partielle Mediation) bzw. aufgehoben (vollständige Mediation) wird. Des Weiteren muss ein indirekter Effekt von der Prädiktor- über die Mediator- auf die Kriteriumsvariable nachweisbar sein [z.B. 19,139]. Dagegen variiert beim Moderatormodell die Stärke des Zusammenhangs zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariable in Abhängigkeit von der Ausprägung der sogenannten Moderatorvariablen. Dies bezeichnet man auch als Interaktionseffekt. Zum Nachweis muss der Interaktionsterm, der aus dem Produkt der beiden Prädiktorvariablen gebildet und in die Regression eingeschlossen wird, einen signifikanten Effekt auf die Kriteriumsvariable zeigen [ebd.]

In der vorliegenden Arbeit wurden Strukturgleichungsmodelle gewählt, um die hypothetischen Zusammenhänge zwischen den Variablen testen und gleichzeitig latente Variablen einbeziehen zu können. Der Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium wurde vorab mittels bivariater Korrelation nach Pearson geprüft. Im Mediatormodell sollten sowohl direkte als auch indirekte Effekte untersucht und hinsichtlich Ladungen und Signifikanzen dargestellt werden können, während im Moderatormodell Interaktionseffekte (mit latenten Variablen) berechnet werden sollten. Dies ermöglicht das Programm Mplus (Version 5) [157], mit dem beide Modelle überprüft wurden. Die Parameter wurden mit der Maximum-Likelihood (ML) Methode geschätzt. Das Einbeziehen der Interaktionseffekte mit latenten Variablen im Moderatormodell erfordert den Einsatz eines Maximum-Likelihood-Schätzers mit robustem Standardfehler (MLR) unter Verwendung einer numerischen Integration [157]. Voraussetzung für die Berechnungen sind unsystematische Datenausfälle, wobei Variablen aller Skalenniveaus

eingeschlossen werden können [ebd.]. Beide Modelle sollten zunächst getrennt voneinander untersucht werden. Beim Mediatormodell sollten dabei neben der Signifikanztestung der indirekten Effekte zusätzlich die asymmetrischen Konfidenzintervalle mit der Bootstrapping Methode gemäß MacKinnon [139] geschätzt werden; dabei wurde der Empfehlung zur Verwendung Bias-korrigierter Bootstraps gefolgt. Zur Beurteilung der Güte des Mediator-Modelles wurden gemäß Christ und Schlüter [55] folgende Fitindizes herangezogen: „Comparative Fit Index“ (CFI), „Root Mean Square Error of Approximation“ (RMSEA), „Standardized Root Mean Square Residual“ (SRMR). Der CFI ist ein „relativer“ Fitindex. Er basiert auf dem Vergleich zwischen dem zu überprüfenden hypothetischen Modell und einem Null-Modell, das keine Zusammenhänge zwischen den Variablen annimmt. Sein Wertebereich reicht von 0 bis 1, wobei höhere Werte einen besseren Daten-Fit anzeigen. Hu und Bentler [105] empfehlen als Grenzbereich Werte um 0,95. Der RMSEA gehört zu den „absoluten“ Fitindizes. Es wird kein alternatives Modell mit einbezogen, sondern die Passung zwischen den vorliegenden und den (nach dem Modell) erwarteten Kovarianz-Matrizes verglichen. Dabei misst der RMSEA den approximativen Fit. Als „Badness-of-Fit-Index“ beschreibt er, wie schlecht ein Modell die Daten abbildet; kleine Werte weisen dabei auf einen besseren Modell-Fit hin. Als Grenzwert für einen guten Fit geben Hu und Bentler [105] einen Wert um 0,06 an. Im Allgemeinen gelten Werte $\leq 0,05$ als gut und Werte $< 0,08$ als adäquat; dagegen deuten Werte zwischen 0,08 und 0,1 auf einen mittelmäßigen und Werte über 0,1 auf einen inakzeptablen Fit hin [39]. Der SRMR gehört ebenfalls zu den absoluten Fitindizes. 0 zeigt einen perfekten Fit an; je größer die Werte werden, desto schlechter ist der Fit. Hu und Bentler [105] empfehlen als Grenzwert einen Wert um 0,08. Der häufig verwendete Chi-Quadrat-Test wurde nicht in die Beurteilung eingeschlossen, da er als umstritten gilt und beispielsweise Cheung und Rensvold [53] darauf hinweisen, dass er sich in der Praxis bei großen Stichproben als nicht tauglich erweist, um den Modell-Fit zu überprüfen. Neben der Betrachtung der Fitindizes wurden, gemäß Schermelleh-Engel et al. [197], die standardisierten Residuen geprüft. Residuen nahe 0 bzw. weit entfernt von 0 können Hinweise auf einen guten bzw. schlechten Modell-Fit liefern; der höchste Wert zeigt dabei die Variable an, die am schlechtesten durch das Modell erklärt ist. Des Weiteren

wurden die Modifikationsindizes untersucht; wobei ein gutes Modell Modifikationsindizes nahe 1 haben sollte.

Zur Beurteilung des Moderatormodells konnten die unstandardisierten Regressionsgewichte und Signifikanzen herangezogen werden. Das Schätzverfahren für das Moderatormodell (MLR mit numerischer Integration) erlaubt keine Berechnung standardisierter Koeffizienten und Fitindizes.

So stehen zum Vergleich beider Modell lediglich die Informationskriterien „Akaike Information Criterion“ (AIC) [1] und „Bayesian Information Criterion“ (BIC) [199] zur Verfügung. Beide sind nicht absolut, sondern nur im Vergleich von Modellen interpretierbar; dabei lassen niedrigere Werte auf eine bessere Modellanpassung schließen [ebd.].

Umgang mit Missings

Auf Grund des Studiendesigns war keine Analyse derjenigen Patienten möglich, die nicht an der Studie teilnehmen wollten; der folgende Abschnitt bezieht sich somit auf die fehlenden Werte der Teilnehmer.

Insgesamt wiesen die verwendeten Variablen nur wenige fehlende Werte auf (vgl. Ergebnisteil, Tabelle 5). Bei den einzelnen Variablen variierte der Anteil fehlender Werte zwischen 0% und 2%; einzig bei der Variablen „Ersterkrankung“ ergab sich ein Wert von 6%. Ansonsten zeigten sich bezüglich einzelner Items keine deutlichen Erhöhungen von Missings, mit Ausnahme des Items 8 aus dem HoNOS-D, das deshalb nicht in die Berechnungen eingeschlossen wurde (s. o.). Unsystematische Datenausfälle finden sich vor allem im sehr ausführlichen soziodemographischen Bogen, bei dem gelegentlich die eine oder andere Frage vergessen wurde. Des Weiteren wurden durch die Anordnung der Fragebögen in Heftform gelegentlich zwei komplette Seiten überblättert und nicht ausgefüllt. Um keine Mittelwerts-Verfälschungen bei den Skalen-Berechnungen zu erzeugen, wurde in diesem Fall der gesamte Fragebogen auf „Missing“ gesetzt. Die Berechnung der Skalen-Mittelwerte erfolgte, solange nicht mehr als maximal zwei Werte fehlten. Bei den Berechnungen mit SPSS erfolgte ein listenweiser Fallausschluss. Da die Daten nach Littles MCAR-Test ein „komplett zufälliges Fehlen“ nahe legten und beispielweise die Implementierung von Mittelwerten bei den überwiegend dichotomen Variablen als wenig sinnvoll erachtet wurde bzw. da keine Verstärkung des „Trends“ für die Regression erzeugt werden sollte, wurde

eine deutlich geringere Fallzahl in Kauf genommen. Bei den Berechnungen der Strukturgleichungsmodelle mit Mplus [157] konnten alle verfügbaren Werte genutzt werden, um die Modell nach der ML-Methode zu schätzen.

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse qualitativer Teil

3.1.1. Merkmale der Stichprobe

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Teilnehmer der Fokusgruppen. Abgesehen von den gezielt kontrollierten Faktoren (Geschlecht, Diagnose, Ort, Alter), zeigt sich hinsichtlich der Lebensumstände eine große Spannweite. Der überwiegende Teil der Teilnehmer ist jedoch langjährig erkrankt, hat keine feste Partnerschaft, übt keinen Beruf aus und ist auf Grund von Erwerbsunfähigkeit berentet. In der städtischen Stichprobe sind tendenziell mehr weibliche Teilnehmer; die Teilnehmer dieser Stichprobe weisen zudem einen höheren Bildungsabschluss auf, sind häufiger berentet bzw. nicht erwerbstätig und leben allein.

Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Fokusgruppenteilnehmer

Anmerkung: M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; Rundung auf die erste Stelle nach dem Komma; n%: Angabe der jeweiligen Teilnehmerzahl in Prozent; Prozentzahlen wurden auf die erste Stelle nach dem Komma gerundet; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3: affektive Störungen;

	Stadt	Land	Gesamt
Teilnehmerzahl: n	23	22	45
Alter: M (SD)	47 (12)	43 (12)	45 (12)
Geschlecht, weiblich: n%	61	41	51
Diagnose, F2 (vs. F3): n%	52	50	51
Erkrankungsdauer (Jahre): M (SD)	19 (13)	14 (8)	17 (11)
Behandlungsdauer (Jahre): M (SD)	16 (11)	12 (7)	14 (9)
(Fach-) Abitur/ Studium: n%	48	27	38
Alleinlebend: n%	57	41	49
Verheiratet/ Partnerschaft: n%	26	18	22
Erwerbstätig (Voll-, Teilzeit): n%	9	14	11
400-Euro-Job: n%	9	18	13
Berentet: n%	74	59	67

3.1.2. Bedeutung von Empowerment

3.1.2.1. Wichtigkeit von Empowerment (Fragestellung Ia.)

Das Konzept Empowerment, definiert als Erweiterung von Kontrollmöglichkeiten, zeigte in allen Gruppen eine hohe Relevanz. Für die Mehrzahl der Teilnehmer war Empowerment jedoch ein unbekannter, sich keineswegs selbst erschließender Begriff:

„Also ich, für mich ist das ein neuer Begriff hier, von dem ich nix gehört und wo ich den das erste Mal gelesen habe, da hab ich mir dann eigentlich zuerst was anderes drunter vorgestellt, unter dem Begriff. Eher das Gegenteil als Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung.“ (F2_m_l)³

In diesem Zusammenhang wurde auch die englische Wortwahl in Frage gestellt und deutsche Entsprechungen alternativ diskutiert, wie folgende Aussage beispielhaft verdeutlichen soll:

„Ich hab es vorhin schon mal angesprochen mit diesem Empowerment kann ich im Grunde genommen, mit diesem englischen Wort, kann ich nix anfangen. Ich kann Englisch. Das ist nicht der Punkt. Aber Empowerment find ich so, ich sag jetzt ganz offen, blöd. (...) Und selbst, wenn sie es nur EM-Methode nennen, dann hat es ein deutsches Wort mit dabei. Dann denkt man sich, ach, eine Methode. Das ist immer gut.“ (F3_w_s)

Inhaltlich war das Thema jedoch für alle bedeutsam. So konnten die Teilnehmer schnell Zusammenhänge mit ihrem eigenem Leben herstellen, woraus sich eine selbstlaufende, rege Diskussion ergab.

Durch die Analyse der Fokusgruppendaten konnten verschiedene inhaltliche Themenbereiche herausgearbeitet werden. Im Folgenden sollen diese Bereiche hinsichtlich ihrer Wichtigkeit dargestellt werden. Dazu wird die Anzahl der Äußerungen zu Empowerment bereichsspezifisch in Zahlen dargestellt. Gleichzeitig sollen auch Äußerungen zu möglichen „Blockaden“ untersucht werden, die Empowerment in den jeweiligen Bereichen erschweren oder verhindern. Des Weiteren soll verdeutlicht werden, ob die jeweiligen Bereiche im Verlauf der Diskussion in den verschiedenen Gruppen spontan oder erst auf Nachfrage bzw. nach Verteilen des Kärtchens, welches mögliche Bereiche des alltäglichen Lebens nennt, angesprochen wurden und ob es auch vorkam, dass in

³ Am Ende jedes Zitates finden sich Hinweise auf die Diagnosegruppe (F2/F3), das Geschlecht (w/m) und die regionale Zugehörigkeit (Stadt/ Land → s/l) des Teilnehmers.

manchen Gruppen zu bestimmten Themenbereichen gar keine Äußerungen gemacht wurden. Äußerungen zu „Blockaden“ erfolgten in allen Gruppen spontan und zahlreich, so dass nie danach gefragt werden musste. Ferner sollen auch direkte Äußerungen der Teilnehmer bezüglich der Wichtigkeit der jeweiligen Bereiche dargestellt werden. Tabelle 4 gibt einen ersten Überblick.

Tabelle 4: Übersicht der Themenbereiche der Fokusgruppen

Anmerkung: k.N.: „keine Nachfrage“ (diese Bereiche ergaben sich im Zuge der Diskussion und waren nicht im Leitfaden vorgesehen); E.: Empowerment

	Anzahl der Äußerungen zu E.	Anzahl der Äußerungen zu Blockaden	Erste Aussage spontan vs. auf Nachfrage (Anzahl der Gruppen)	Keine E. Äußerungen (Anzahl der Gruppen)
A. Alltägliches Leben				
A.1 Finanzen	26	17	7 vs. 1	0
A.2 Beruf	46	34	8	0
A.3 Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben	49	8	6 vs. 2	0
A.4 Soziale Beziehungen:			6 vs. 2	0
Beziehungsgestaltung	44	18	3 vs. 4	1
Familiäre Situation	26	38	5 vs. 3	0
Sexualität	10	2	1 vs. 2	5
Stigma		27	k.N.	
A.5 Freizeit	14	1	3 vs. 3	2
B. Gesellschaftlich/ politisch	14	15	2 vs. 6	0
C. Behandlung			8	0
C.1 Partizipative Beziehungsgestaltung	48	47	k. N.	0
C.2 Handlungswissen	123	48	k. N.	0
C.3 Medikamente	37	21	1 vs. 7	0

D. Intrapersonale Ebene			k. N.	0
D.1 Selbstwirksamkeit und Hoffnung	36	6	k. N.	0
D.2 Selbstwert und Akzeptanz	29	6	k. N.	2

A. Alltägliches Leben

Die Bedeutung von Empowerment in verschiedenen alltäglichen Lebensbereichen wurde in allen Gruppen deutlich herausgestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Bereiche dargestellt.

A.1 Finanzen

Empowerment im Bereich „Finanzen“ wurde in allen Gruppen diskutiert und in fast allen spontan angesprochen. Die Äußerungen der Teilnehmer deuten darauf hin, dass Empowerment im finanziellen Bereich als wichtig erachtet wird und „es [Empowerment; d.V.] nicht nur eine Frage des Geldes ist.“ (F3_w_I). Gleichzeitig wird jedoch auch klar, dass der Empowermentprozess deutlich erschwert wird, wenn keine finanzielle Grundsicherung vorhanden ist und es wird betont, wie wichtig es ist, „dass man genügend Geld zur Verfügung hat“ (F3_m_I). Hierbei wird die starke emotionale Betroffenheit besonders deutlich:

„Ich habe immer finanzielle Probleme. Und wenn Ende Monat ist zum Beispiel, so zirka. ((bricht ab und weint)).“ (F3_w_s).

Außerdem spricht für die Wichtigkeit dieses Bereiches die Tatsache, dass die Teilnehmer „Blockaden“ im finanziellen Bereich mit vielen negativen Auswirkungen auf andere Lebensbereiche verbinden (s. u.).

A.2 Beruf

Die Anzahl der vielen spontanen Äußerungen im Bereich „Beruf“ in allen Gruppen deutet auf dessen große Relevanz hin. Dass „Beruf“ kein einfacher Bereich zu sein scheint, zeigen die starke emotionale Beteiligung in der Diskussion sowie die zahlreichen angesprochenen „Blockaden“ und Hilflosigkeitserfahrungen. Zudem finden sich viele direkte Äußerungen der Teilnehmer, die belegen, dass sie Empowerment im beruflichen Bereich als wichtig erachten. Ein Teilnehmer sagt

zum Beispiel, dass es für ihn „persönlich sehr wichtig ist, im beruflichen Bereich eigene Entscheidungen eben zu treffen.“ (F2_m_s). Für eine kleinere Gruppe - alles Patienten, die entweder auf Grund des Alters oder schon lange wegen psychischer Probleme berentet sind - wird Beruf als nicht mehr so relevant erachtet. Stellvertretend dafür soll folgende Aussage gelten:

„Beruf ist ja bei mir schon vorbei. Bin ja Rentner.“ (F3_w_l)

Wobei in der Diskussion dann doch deutlich wird, dass auch für aktuell nicht arbeitsfähige Teilnehmer der berufliche Bereich durchaus bedeutsam bleiben kann:

„Ich glaube, die meisten, die nicht mehr arbeiten müssen, würden gerne arbeiten noch.“
(F2_w_s)

„Und mein Ziel ist es schon, also eben dann wieder arbeiten zu gehen. Also so, ich möchte jetzt dann so im nächsten Jahr, also mir so ein Mini-Job suchen. Um da wieder ein bisschen reinzukommen. Um dann zu schauen, also vielleicht, ich weiß nicht, ob es ganztags noch mal geht. Aber dann vielleicht wenigstens halbtags oder so dann in die Arbeit zu gehen.“ (F3_w_s)

Für die Wichtigkeit dieses Bereiches spricht aber auch, dass mit beruflichem Empowerment viele weitere positive Auswirkungen auf andere Bereiche assoziiert werden, wie zum Beispiel eine generelle größere Zufriedenheit, Spaß und Kraft, ein höherer sozialer Stellenwert, soziale Kontakte und eine Tagesstruktur. Dies soll beispielhaft folgende Aussage verdeutlichen:

„Das stimmt, dass Beruf und Bildung, wenn man da was tut, das gibt einem mehr Selbstbefriedigung und Beschäftigung, Bestätigung. Und das ändert irgendwie den sozialen Stellenwert von einem, man kommt wieder unter Leute. Und ist nicht bloß immer daheim.“ (F2_m_l)

A.3 Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben

Der Bereich „Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben“ wird in allen Gruppen angesprochen, in sechs Gruppen spontan, und relativ breit diskutiert. Die wenigen „Blockaden“, die genannt werden, beziehen sich überwiegend auf die Wohnsituation. Die Äußerungen der Teilnehmer dazu, ob dieser Bereich als wichtig erachtet wird, deuten darauf hin, dass es sich um einen eher

niederschweligen Bereich handelt, der aber für viele Teilnehmer trotzdem von Bedeutung ist. Dies sollen folgende Aussagen verdeutlichen:

„Also was Wohnsituation und Haushaltsführung anbelangt, wollt ich noch sagen, ich hab vor elf Jahren eine Sozialwohnung bekommen. Und man war sehr zufrieden mit mir, dass ich elf Jahre durchgehalten hab. Und dass ich mir wenigstens am Wochenende gekocht habe. Also Samstag und Sonntag.“ (F2_w_s)

„Ich mein, ich muss sagen, mich macht das stolz und gibt mir ein gutes Gefühl, wenn ich meine eigene Wohnung hab. Und hab die Wohnung in Ordnung.“ (F2_m_l)

A.4 Soziale Beziehungen

Der Bereich „Soziale Beziehungen“ lässt sich in drei Unterbereiche einteilen: „Beziehungsgestaltung“, „Familiäre Situation“ und „Sexualität“. Zusätzlich ergibt sich im Bereich der „Blockaden“ noch der Unterpunkt „Stigma“.

Zu „Beziehungsgestaltung“ finden sich viele Äußerungen – auch wenn das Thema in einer Gruppe gar nicht diskutiert wird und in drei Gruppen erst auf Nachfrage. Alle Teilnehmer sehen Empowerment in diesem Bereich als wichtig an. Dennoch finden sich große Unterschiede. Eine Gruppe von Teilnehmern beschreibt diesen Bereich als relativ problemlos bzw. „selbstlaufend“:

„Also das ist zum Beispiel bei mir halt soziale Kontakte ist gar kein Problem. Also ich hab mich noch nie wirklich isoliert. Und ich kann auch, also würde ich jetzt mal behaupten, gut mit Menschen umgehen. Und das ist für mich auch momentan ganz wichtig, da halt ich mich jetzt ein bisschen dran fest, dass wenigstens das gut funktioniert.“ (F3_w_l)

„Ja, ich würde auch sagen, dass das ein wichtiger Punkt ist. Aber da ergibt sich eigentlich eher. Also im sozialen Bereich.“ (F2_m_s)

Eine andere Gruppe berichtet von vielen Schwierigkeiten, zum Beispiel von konfliktreichen Beziehungen, wenigen Kontaktmöglichkeiten, Isolation und Stigma. Zu Stigma finden sich bei allen Gruppen zahlreiche Äußerungen, so dass dieser Bereich zu einem eigenen Unterpunkt im Bereich der „Blockaden“ zusammengefasst wurde. Auch beim Unterpunkt „Familiäre Situation“ finden sich viele Aussagen zu Empowerment; dies ist allerdings auch der einzige Bereich mit zahlenmäßig deutlich mehr Äußerungen zu „Blockaden“ als zu Empowerment. Die Bedeutsamkeit von Empowerment wird klar herausgestellt, wenn es beispielsweise heißt:

„(...) in der Partnerschaft ist Empowerment ja auch wichtig.“ (F2_w_s)

Großen Raum nimmt auch das Thema Ursprungsfamilie ein, wobei sich in diesem Bereich viele Aussagen zu Hilflosigkeitserfahrungen und Schwierigkeiten finden. Das Thema eigene Kinder wird nur am Rande angeschnitten. Auch zum Unterpunkt „Sexualität“ finden sich nur sehr wenige Äußerungen. In mehr als der Hälfte der Gruppen wird dieser Bereich gar nicht thematisiert. In den wenigen Äußerungen wird aber die Bedeutsamkeit bzw. das Bedauern über ein nicht vorhandenes Sexualleben klar erkennbar:

„Das ist schön, wenn man so was [Sexualität; d.V.] hat. Ich hab es nicht mehr. Da ist alles, es ist noch Partnerschaft, aber bloß noch Lebensgemeinschaft, praktisch. Weil Sexualität und so was, findet nicht mehr statt. Wobei das belastet einen dann schon auch.“ (F3_m_l)

Zum anderen wird dieser Bereich von einigen Teilnehmern als nicht vorrangig eingestuft:

„Aber das [Sexualität; d.V.] ist jetzt bei mir ein Bereich, wo total hinten ansteht. Und wo ich mir gar keine Gedanken drüber mache.“ (F2_w_l)

Insgesamt gesehen zeigen diese Äußerungen, dass Empowerment im Bereich „Soziale Beziehungen“ ein wichtiges Thema darstellt, das aber gleichzeitig häufig als sehr problembehaftet empfunden wird.

A.5 Freizeit

Im Bereich „Freizeit“ finden sich relativ wenige Äußerungen und nahezu keine „Blockaden“. In drei Gruppen wird der Bereich spontan angesprochen, in drei auf Nachfrage und in zwei Gruppen werden keine Äußerungen dazu gemacht. Auffällig im Bereich „Freizeit“ ist, dass es in der Diskussion sehr häufig um die Funktion von Freizeit geht. So wurden folgende Punkte genannt: dass man „wieder am Leben teilnimmt“ (F2_m_l), Freizeit „mit Anbindung an die, in Anführungszeichen, Normalität.“ (F2_w_s), „dass man die Zeit besser rum bringt.“ (F2_w_l), „damit man eben, ja, eben auch aktiv wird, aktiv bleibt“ (F3_w_l).

Insgesamt ist die Bedeutsamkeit von Empowerment bei allen Teilbereichen des alltäglichen Lebens klar erkennbar. „Finanzen“, „Beruf“, „Soziale Beziehungen“ scheinen dabei eher komplex zu sein, wohingegen „Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben“ und „Freizeit“ eher niederschwellig und weniger problembehaftet wirken.

B. Gesellschaftlich/ politisch

Im Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ werden nur wenige Äußerungen zu Empowerment und nahezu ebenso viele zu „Blockaden“ gemacht. Nur in zwei Gruppen wird dieser Bereich spontan angesprochen; jedes Mal von Gruppenteilnehmern, die in Selbsthilfvereinen aktiv waren. Insgesamt wird mehr über Rahmenbedingungen und Voraussetzungen diskutiert als über Empowerment. Bezüglich der persönlichen Bedeutsamkeit wird im Sinne einer „Stufeneinteilung“ argumentiert:

„Also das könnte ich jetzt momentan überhaupt nicht, auch noch irgendwie mich politisch zu engagieren. Also das muss jetzt wirklich erst mal mit Kleinigkeiten irgendwie anfangen. Also so, ja, also so politische Mitentscheidungen, das ist schon noch mal, noch mehr, ja, da braucht man noch mehr Power“ (F3_w_I)

„Das ist eher die Spitze. Ganz oben. Das ist also noch nicht so wichtig derzeit. In meiner Situation. Es gibt Wichtigeres.“ (F2_m_I)

C. Behandlung

Empowerment in der Behandlung wird in allen Gruppen bereits zu Beginn spontan angesprochen und nimmt in allen Diskussionen sehr viel Raum ein, sowohl hinsichtlich Empowerment als auch hinsichtlich möglicher „Blockaden“. Als Hauptthemen finden sich „Partizipative Beziehungsgestaltung“, „Handlungswissen“ und „Medikamente“. Dabei waren die Teilbereiche „Partizipative Beziehungsgestaltung“ und „Handlungswissen“ nicht explizit im Leitfaden vorgesehen und ergaben sich erst im Zuge der Auswertung. Da in den Gruppen somit keine gezielte Nachfrage stattfand, wurden alle Äußerungen als „spontan“ eingestuft. Auch der Teilbereich „Medikamente“ wurde in fast allen Gruppen spontan angesprochen.

D. Intrapersonale Ebene

Zu den bisher beschriebenen Bereichen, die alle einen Bezug zur äußeren Lebenswelt aufweisen, wurden auch verschiedene Aspekte des kognitiven bzw. emotionalen Erlebens im Hinblick auf ihre Bedeutung für Empowerment diskutiert. Die angesprochenen Bereiche beinhalten die Reflektion eigener Fähigkeiten, Entwicklungsmöglichkeiten und Zukunftserwartungen sowie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild und der erlebten

Fremdwahrnehmung der eigenen Person als psychisch krank. Diese Aspekte ergaben sich erst im Rahmen der Auswertung; alle Aussagen wurden somit spontan getroffen. Dabei erscheint eine Unterteilung in zwei Teilbereiche angebracht: „Selbstwirksamkeit und Hoffnung“ sowie „Selbstwert und Akzeptanz“. Der Bereich „Interpersonale Ebene“ ist insofern speziell, da er ein anderes Abstraktionsniveau aufweist und es auch keine direkten Äußerungen der Teilnehmer zur Wichtigkeit des Bereiches gibt. Jedoch zeugen die Anzahl der Äußerungen und das Auftauchen der Thematik in nahezu allen Gruppen von der Bedeutsamkeit dieses Bereiches.

E. Zusammenfassung: Wichtigkeit von Empowerment

Insgesamt zeigen die Analyseergebnisse, dass alle vorgestellten Bereiche für die Teilnehmer in Bezug auf Empowerment als wichtig erlebt werden. Gleichzeitig wird ein stufenweiser Aufbau der Bereiche als sinnvoll erachtet. Dies sollen folgende Äußerungen verdeutlichen:

„Ich denke, das kann man vielleicht sogar auch ein bisschen so treppenweise anordnen, diese Bereiche. Weiß nicht, dass man vielleicht eben, wie gesagt, unten ansetzt, so der Grundstock, wichtig ist, eben Menschen, Leute zu haben, die einen unterstützen. Und dass es dann weitergeht, dass man seine Freizeit gestalten kann. Damit man eben, ja, eben auch aktiv wird, aktiv bleibt. Und dann, ja, dass dann vielleicht so die obersten Ziele sind, eben Beruf, finanzielle Angelegenheiten, dass das dann eben so das höchste Ziel ist. Vielleicht kann man das auch so ein bisschen anordnen. Oder würde ich jetzt in meinem Fall zumindest so machen.“ (F3_w_I)

„(...) ist es schon ganz gut, wenigstens jetzt in einem Bereich irgendwie, ja, Fähigkeit hat. Also, ja, befähigt ist, in einem der Bereiche zumindest. Und ich denke, dass man dann vielleicht mehr und mehr Bereiche dazu nehmen kann. Langsam wieder aufbauen kann. Wenn man merkt, in einem Bereich klappt es, dass man vielleicht auch den Mut hat, so, jetzt versuch ich in dem anderen Bereich noch weiter rein zu gehen.“ (F3_w_I)

Die jeweilige Anordnung der Bereiche ist dabei individuell verschieden. Von den meisten Teilnehmern wird jedoch der Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ als weniger essentiell als die Bereiche „Alltägliches Leben“ und „Behandlung“ eingestuft.

3.1.2.2. Ausgestaltung Empowerment (Fragestellung Ib.)

Die im letzten Teil vorgestellten inhaltlichen Bereiche sollen im Folgenden hinsichtlich Empowerment beschrieben und anhand konkreter Erfahrungen der Teilnehmer verdeutlicht werden. Dabei sollen die Äußerungen zu Empowerment und, als Negativbeispiele, auch die in den Bereichen auftretenden „Blockaden“ beschrieben werden.

A. Alltägliches Leben

A.1 Finanzen

Empowerment im finanziellen Bereich bedeutet für die Gruppenteilnehmer zum einen, dass man seine finanziellen Angelegenheiten selbständig erledigt; auf dem Weg zu diesem Ziel kann Empowerment auch phasenweise heißen, sich Unterstützung zu holen bzw. diesen Bereich bewusst „aus der Hand zu geben“:

„Ja, dass man halt wieder Selbständigkeit erlangt. Und zum Beispiel finanzielle Angelegenheiten selber regeln kann. Zum Beispiel die Bankgeschäfte und so weiter.“
(F2_m_l)

„(...) zum Beispiel finanzielle Angelegenheiten. Das habe ich halt eine Zeit lang nicht auf die Reihe gekriegt. Dann hab ich einen Cousin gefragt, der sich damit auskennt. Heute passt es wieder. Ja, natürlich mit schmalem Budget. Aber Finanzen passt wieder. Also wenn ich irgendwo nicht zurechtkomme, dann hole ich mir halt Hilfe.“ (F3_m_s)

„Also jetzt bei mir, mir ist ganz wichtig, das Finanzielle. Weil das hab ich ja jetzt momentan aus der Hand gegeben. Das macht meine Schwester jetzt für mich. So Kleinigkeiten. Ich kriege zwar mit, was passiert. Aber ich entscheide halt nix mehr selber im Moment. Also es ist nicht so, dass sie meine Betreuerin ist. Sondern ich hab halt einfach gesagt, ich kann das im Moment nicht. Mach du das bitte. Und das ist für mich schon so eher ein drückendes Gefühl, dass ich das einfach, nicht wirklich selber in der Lage bin, dass ich selber über die Dinge entscheide. Oder dann überlege, was mach ich jetzt? Wie mach ich es besser? Oder was mach ich richtig? Sondern, dass ich das wirklich aus der Hand geben muss. Das ist nicht so einfach. Und dass ich da halt wieder mehr dahinter komme.“
(F2_w_l)

Dabei ist anzumerken, dass alle drei Aussagen klar den Prozesscharakter von Empowerment widerspiegeln. So ist Empowerment nicht als statische Größe zu sehen, sondern erfordert, wie im letzten Beispiel besonders deutlich wird, in

manchen Situationen auch eine bewusste zeitweise Entscheidung gegen volle Kontrolle und Verantwortung.

Zum anderen bedeutet Empowerment, mit dem zur Verfügung stehenden Geld zurechtzukommen. Manche Teilnehmer berichten, wie sie großes Geschick entwickeln, um mit dem teilweise sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Geld auszukommen:

„Und zum Beispiel halt mit dem Geld haushalten lernt, damit das mal hinkommt und so weiter. Und größere Anschaffungen halt sich genauer überlegt.“ (F2_m_l)

„Dann wichtig ist, (...) einen richtigen Finanzplan erstellen. Und dass sie das auch selber nachher können. So wie ich, ich schreib mir das jeden Monat auf. Du hast jetzt da die und die Ausgaben. Zack, zack, zack. Das ist vierteljährlich. Das ist das. Hab meine 100 Euro in der Woche zum Ausgeben. Und hab meine schöne Reserve. Wo ich, wenn ich mal Kleidung oder sonst was brauche, wo ich zugreifen kann.“ (F2_m_l)

„Und wo man dann, wenn man da mal mitmacht, dann seine 20 Euro oder was weiß ich nicht, da hat. Und diese dann eben, was weiß ich nicht, dann für einen Kurs oder was investieren kann. Oder dass man, oder was weiß ich nicht, ich hab dann meine Abrechnungen dann immer so gelegt, zu Weihnachten oder Geburtstag oder Abos, da muss man, glaub ich, erfinderisch sein. Um damit zu rechtekommen und dann eventuell noch was Schönes machen zu können. Also beispielsweise hab ich ein [Nahverkehrs-Abo; Anonymisierung durch Verfasser] abgeschlossen, was dann in den zwei Monaten ein Freimonat ist, wo ich nicht bezahlen muss. So dass ich mir beispielsweise einen Volkshochschulkurs leisten kann. Oder eben acht, immer im Internet oder sonst wo, immer die Augen offen halten, wo gibt es Ermäßigungen. Und womit.“ (F3_w_s)

Manchmal bedeutet „mit dem Geld zurechtkommen“ auch, eine veränderte Sichtweise auf die aktuelle Situation zu entwickeln. Dies zeigt folgende Aussage:

„Ich hab wieder gelernt, mich an Kleinigkeiten zu erfreuen. (...). Kann mich über Sachen freuen, wo früher selbstverständlich waren. Mit wenig Geld kann man eigentlich auch viel anfangen. Schwimmbad. Es gibt vieles, was nicht so teuer ist.“ (F3_w_l)

Gleichzeitig wird beim Thema Finanzen schnell deutlich, wie schwierig es ist einen selbstbestimmten Umgang zu finden, wenn die Möglichkeiten stark begrenzt sind - ein Großteil der teilnehmenden Patienten lebt von Rente bzw. Hartz IV. So berichten die Teilnehmer auch von vielen Situationen, in denen sie sich hilflos oder wenig handlungsfähig erleben. Dabei werden insbesondere die Auswirkungen auf andere Bereiche wie Beruf (mehr Geld vs. psychische

Stabilität), soziale Kontakte und Freizeit (nicht mithalten können bzw. was fang ich mit meiner Freizeit an?), Familie (Stress/ Druck), Wohnsituation (sich wohlfühlen bzgl. Größe und Lage) angesprochen:

„(...) was halt natürlich ein Problem ist, wenn man berentet ist, die finanzielle Situation. Wenn man keine Zusatzrente ist, also das ist schon mehr wie mau. Also das ist auch nicht mehr viel mit Empowerment.“ (F2_m_s)

„(...) wenn ich jetzt Vollzeit arbeite ist das zu viel. Dann steh ich vielleicht in vier Wochen wieder hier [aktuell akuter depressiver Einbruch; d.V.]. Aber wir müssen ja auch dran denken, dass wir alle unsere Kosten irgendwie decken. Grade, wenn noch Familie mit dranhängt.“ (F3_w_s)

„(...) und man müsste mal am Sonntag wieder weggehen oder mal am Abend. In eine Wirtschaft, wo man halt wieder welche trifft. Die man von früher gekannt hat. Aber das wird mir auch zu teuer dann. Das ist dann eine finanzielle Situation wieder. Das ist ja ein Kreislauf.“ (F3_m_l)

„Also es ist halt, dass eben Krankheit in Deutschland eigentlich durchaus ein Synonym ist für Armut. Und in dem Bereich hat man dann, also wer es nicht rechtzeitig geschafft hat oder was weiß ich, der keine Berufsunfähigkeitsversicherung hat oder wer es nicht, wer eben so schnell krank wurde, dass es eben nicht reicht für eine höhere Rente oder so, dann funktioniert das eben nicht. Also das ist dann, wir haben zwar unendlich viel Freizeit, aber wohin damit?“ (F3_w_s)

„(...) das reicht halt jetzt mit der Rente nicht mehr voll aus. Jetzt muss meine Frau zum Arbeiten gehen. Und kommt halt noch mehr Stress in die Familie rein.“ (F2_m_l)

„Also, ich würde gerne an meiner Wohnsituation was anders entscheiden. Aber das hängt ja auch vom finanziellen Bereich ab.“ (F2_w_s)

Deutlich wird, dass Empowerment im finanziellen Bereich durch knappe finanzielle Ressourcen erschwert wird. Gleichzeitig erscheint die oben dargestellte Definition von Empowerment auch im Bereich der „Blockaden“ sinnvoll. So wird Empowerment in finanzieller Hinsicht so verstanden, dass man seine finanziellen Angelegenheiten selbständig erledigt sowie mit dem zur Verfügung stehenden Geld zurechtkommt.

A.2 Beruf

Die Gruppenteilnehmer befinden sich hinsichtlich ihres beruflichen Status in sehr unterschiedlichen Situationen: von „in Ausbildung“ über „Vollzeitanstellung“ bis „berentet“. In der Zusammenschau geht es jedoch darum zu erkennen, inwieweit Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die aktuelle berufliche Situation wahrgenommen werden und inwieweit man dementsprechend handeln kann.

Bei Berufstätigen bedeutet Empowerment, dass man in der beruflichen Tätigkeit die eigenen Fähigkeiten zur Anwendung bringen kann und eine aktive Mitgestaltung des Arbeitsumfeldes möglich erscheint:

„Ich bin Handwerker von Beruf. Ja? Und bin ich zu vielen Sachen fähig gewesen. Ja? Und das hat mir immer geholfen. Irgendwo auch was zu finden.“ (F2_s_m)

„Im Beruf auch. Also was ich jetzt arbeite, im Büro. Und wie und wie lange.“ (F2_w_s)

Empowerment bei Arbeitsuchenden umfasst das aktive Bemühen um Arbeit:

„(...) ich hab einen sehr seltenen Beruf. Da haben sie gesagt, da ist nix frei. Haben sie in [Stadtteil; Anonymisierung durch Verfasser] gesagt, ist nix frei. Also es wird nix gesucht. Und dann geh ich ins [Straße des Arbeitsamtes; Anonymisierung durch Verfasser] rein, durch Zufall. Geh hinein. Und? Was ist? Sechs Leute werden gesucht. Den Job habe ich drei Jahre ausgeführt.“ (F3_m_s)

„Ich bin ja zum Arbeitsamt gegangen, ich will dieses und jenes machen. Nicht, dass die mir gesagt haben, Sie müssen dieses und jenes machen. Also da hab ich gesagt, ich will den Kurs machen (...). Also das versteh ich unter Empowerment praktisch.“ (F3_m_s)

„(...) Und hab ich alles selber gemanagt. Was Bewerbungen und das Ganze angeht. Und auch die ganzen Sache, die ich so mit dem Reha-Kurs und allem. Das hat dann auch schon deutlichen Fortschritt gebracht.“ (F2_m_l)

Für berufliches Empowerment wird außerdem ein „passender Beruf“ (F2_m_l) als wichtig erachtet. Thematisiert wurde hierbei die individuelle Entwicklung einer beruflichen Perspektive. Das kann auch bedeuten, dass man seine berufliche Situation überdenken und gegebenenfalls neue Prioritäten setzen muss, insbesondere bei Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung immer wieder arbeitsunfähig oder auch (zeitweise) berentet sind. Dabei können Ambivalenzen zwischen dem Wunsch nach Arbeit und der Gefahr einer Überforderung auftreten. Dies sollen folgende Aussagen belegen:

„Da sind Entscheidungen wieder sehr wichtig. Was dann auch zu einem passt. Zur Krankheit passt. Die Arbeit und das Ganze von den Arbeitsbedingungen her. Zum Beispiel nicht im Schichtbetrieb und solche Sachen. Das ist also auch wichtig. Und da muss man auch die richtige Entscheidung treffen. Muss sich informieren und alles. Also da ist Empowerment wichtig.“ (F2_m_l)

„(...) mir hat ja zum Beispiel meine Arbeit immer Spaß gemacht. Mir hat das unheimlich viel Kraft gegeben. Es gab natürlich auch einen Haufen Probleme. Ich hab gedacht, ich versuche das jetzt wieder. Aber ich merke halt einfach, also ich würde gerne was machen, aber es geht halt einfach nicht. Weil meine Möglichkeiten halt einfach mittlerweile begrenzt sind. Und dass ich halt da jetzt eben schauen muss, wo geht es hin? In welchen Bereich? Dass ich halt auch wieder was zu tun hab.“ (F2_w_l)

„Und ich frag mich halt manchmal, ob nicht diese, also die Situation, die ich im Moment habe, ist, dass ich sozusagen durch die Rente finanziell versorgt bin. Und mir es besser geht, wie wenn ich mich auf den Arbeitsmarkt stellen würde im Moment wahrscheinlich. Und das ist irgendwie so eine ganz zwiespältige Geschichte, finde ich. Weil es einen irgendwo vielleicht auch in so einer gewissen Krankheitssituation festhält, weil man Angst hat, dass, wenn man sich wieder in diese Normalsituation begibt, dass man das einfach nicht schafft oder dass man halt irgendwie es einem da einfach sehr viel schlechter geht.“ (F3_w_s)

Innerhalb dieses Prozesses vollziehen sich auch Einstellungsänderungen, beispielsweise eine Verschiebung der Wichtigkeit weg von Leistung hin zur Selbstfürsorge und Akzeptanz von individuellen Begrenzungen:

„(...) also ich hab zwar schon gemerkt, ich würde es nicht schaffen, jetzt täglich in die Arbeit zu gehen und da acht Stunden auf dem Stuhl zu sitzen und meine Arbeit zu verrichten. Aber es hat lange gedauert, bis ich das akzeptiert habe. Also dass ich eben gesehen habe, ich habe trotzdem eine Lebensberechtigung.“ (F3_w_s)

„Aber ich zum Beispiel fang jetzt eher an zu arbeiten im Bereich an mir, in meiner Wohnung. Also wie ich mich beschäftige. Also da merke ich irgendwie viel mehr Elan auch. Wo ich grad mach. Und wenn ich da mal wirklich mich, irgendwann den Punkt erreicht hab, wo ich sag, jetzt fühl ich mich so fit, ich hab mir andere Sachen außen rum aufgebaut, dann hoff ich, dass ich das mit der Arbeit auch durchstehe.“ (F2_w_s)

Die Themen Ausbildung und Altersrente werden im Hinblick auf Empowerment nicht angesprochen. Als „Blockaden“ für berufliches Empowerment werden zum

einen schwierige Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel sehr hohe Leistungsanforderungen, angesehen:

„Ja, seine Selbstsicherheit wieder, sein Selbstvertrauen. Zu sagen, bis da hanna her, die Grenze. Nicht weiter. Egal. Da hanna und nicht weiter. Aber es ist ja bei uns fast gar nicht mehr möglich. Du wirst ja fast täglich über deine Grenze hinübergezogen. Das sehe ich bei mir, beim Schaffen. Ich muss halt das Pensum wegstücken.“ (F3_m_l)

„Weil man da, weil ich zumindest das Gefühl hab, so die Außenbedingungen sind so schwierig, auch für Leute ohne psychische Erkrankungen, dass es halt sehr schwierig ist, mit diesem zusätzlichen Handicap da irgendwie zurecht zu kommen.“ (F3_w_s)

„Also ich hab drei Mal meinen Job verloren. Aufgrund der Erkrankung. Jedes Mal mit einer fristlosen Kündigung. Und musste immer wieder neu einsteigen. Also in eine neue Firma. Und ich war im Außendienst. Und da war es halt dann nicht so wie jetzt, so mit gleitend wieder einsteigen, sondern halt immer wieder voll Power. Und da war halt mit Empowerment überhaupt nichts los. Also da war man total fremdbestimmt. Da hat man bloß Glück gehabt, wenn man wieder einen Job gehabt hat.“ (F3_m_s)

„Irgendwie gibt es ja heute sozusagen dieses Bild von dem Arbeitnehmer, der halt einfach funktionieren muss. Und der auch nicht ausfallen darf. Und wenn man jetzt natürlich sagt, man ist psychisch erkrankt, dann ist beim, denk ich mir, bei den Arbeitgebern ja sofort das Bild da, also okay, der ist nicht belastbar. Und der fällt aus.“ (F3_w_s)

Zum anderen wurde als einschränkend beschrieben, dass es nur wenige Alternativen zur Vollzeitarbeit gibt; in diesem Zusammenhang wurde der zweite Arbeitsmarkt konträr diskutiert. Im Laufe der Diskussion kristallisiert sich folgendes Bild von der „idealen Arbeit“ heraus: „keine Schicht und kein Akkord“ (F2_m_l), „einen geschützten Rahmen“ (F2_m_l) in der freien Wirtschaft und die Möglichkeit zum „stufenweise[n; d.V.] Einstieg“ (F2_m_l) sowie „eine Arbeitsstelle (...), wo man damit [gemeint ist die Erkrankung; d.V.] so offen umgehen könnte. Und die Leute dafür Verständnis hätten“ (F3_w_s). Gleichzeitig wird deutlich, dass Empowerment genau diesen kritischen Punkt betrifft, nämlich Handlungs- und Änderungsmöglichkeiten für sich zu finden, sei es auch unter suboptimalen Umweltbedingungen. So bedeutet Empowerment im beruflichen Bereich die Umsetzung der eigenen beruflichen Vorstellungen im bedarfsgerechten und realitätsbezogenen Abgleich mit den individuellen internen und externen Möglichkeiten.

A.3 Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben

Hier bedeutet Empowerment zum einen, dass man die eigene Wohnsituation gestalten kann. Das kann auf sehr unterschiedlichen Ebenen ablaufen - von der Entscheidung, ins Heim zu gehen, bis zum selbstständigen Wohnen in einer eigenen Wohnung:

„Bei mir fängt es bei der Wohnsituation an. Das ist mir also ganz wichtig, dass ich eben so meine eigene Wohnung hab. Und da also halt selbst bestimme, wann ich was mache.“
(F3_w_s)

„Also im richtigen Heim. Wo auch alte Leute sind und so. Bin ich auch schon drin gewesen, weil sie nicht gewusst haben, wo sie mich hintun sollen. Und da hab ich auch Mitspracherecht gehabt. Also dass ich da hingeh.“ (F2_m_l)

Zum anderen geht es um die selbstständige Haushaltsführung, um Dinge wie die Wohnung in Ordnung halten, Einkaufen, Kochen:

„(...) dass jetzt zum Beispiel, dass man also die Wohnung nicht vernachlässigt oder so. Dass halt also relativ ordentlich ist und Haushaltsführung, dass man das soweit hinkriegt. Dass man halt sich nicht nur von Fastfood und so weiter ernährt.“ (F2_m_l)

„(...) dass ich halt meine alltäglichen Einkaufsgänge gut bewältige.“ (F3_w_l)

„Wohnsituation, Haushaltsführung. Bis zum Einkaufsbeutel bügeln und Taschentuch mal falten und so. Hab ich auch im Griff.“ (F2_m_s)

Auch die Erledigung bürokratischer Dinge wurde angesprochen. Generell geht es darum, eine bewusste Entscheidung zu treffen - entweder für Eigenständigkeit, trotz schwieriger Phasen, oder für gezielte Unterstützung:

„Ich meine, bei der Wohnsituation gibt es ja dann auch die Möglichkeit von einer betreuten Wohnsituation. Mir ist das damals in der Klinik auch vorgeschlagen worden. Aber ich hatte da Bedenken, dass mir das überhaupt nicht gefällt. Dass man da halt auch wieder sehr fremdbestimmt wird. Und ich habe das Gott sei Dank damals auch sehr klar gesagt, dass ich das nicht will und nicht machen werde, weil ich da halt meine Selbständigkeit behalten wollte. Und mir vorgestellt habe, dass ich jetzt da, also die Vorstellung, in einer betreuten Wohngemeinschaft oder so zu wohnen, das war für mich irgendwie ziemlich horormäßig. Und ich bin sehr froh, dass ich das damals, also dass ich da sehr klar die Vorstellung hatte, dass ich das auf keinen Fall machen werde. Und obwohl das dann auch zeitweilig sehr schwierig war. Auch mit dem, also ich sag jetzt mal, wenn man, also auch mit Depressionen und irgendwie überhaupt nichts mehr zu Hause machen und totales Chaos und so. Aber irgendwie ist es trotzdem noch meine eigene, also es ist trotzdem noch mein

eigenes Chaos. Und meine eigene Situation. Das finde ich dann besser, als wenn mir da jemand anders da ständig irgendwie mit rein fuhrwerkt. Auch wenn es mal eine Zeit lang nicht so funktionierte.“ (F3_w_s)

„(...) heute pack ich das allein. Aber ab und zu braucht man einen Verwandten oder wie auch immer. Der einen da unterstützt.“ (F3_m_s).

„Und ich war dann schon froh, wenn ich jemanden fragen konnte, mir da auch, also jetzt zum Beispiel irgend so was wie Rentenanspruch oder Steuererklärung, solche Sachen, wo ich halt eine Zeit lang überhaupt meine Papiere überhaupt nicht mehr sortiert habe, sondern das alles irgendwie in der Wohnung verstreut war. Und jetzt jemanden zu haben, der mir da, mit mir das gemacht hat dann auch diese Sachen. Einfach weil ich selber mich nicht dazu aufrufen konnte. Das hab ich zum Beispiel als sehr hilfreich empfunden. Sozusagen. Also ich hab da zum Beispiel beim [ein Therapiezentrum; Anonymisierung durch Verfasser] jemanden gehabt, die hat mit mir dann so Anträge auch gemacht. Und so. Und es gibt halt Phasen, wo, also das ist dann, wie soll ich sagen? Wo man halt selbst das nicht mehr schafft, diese ganzen Sachen zu erledigen, die man eigentlich tun müsste, um seine eigene Situation halt zu verbessern. Oder in den Griff zu kriegen oder so.“ (F3_w_s)

„Blockaden“ werden vor allem bezüglich der Wohnsituation benannt. Neben mangelnder Infrastruktur werden vor allem das Gefühl der Isolation bzw. Anonymität in städtischen Regionen und die Gefahr der Stigmatisierung in eher ländlichen Regionen angesprochen:

„Also wenn man jetzt irgendwie ein ganz tolles Nachbarschaftsteam hätte, wo man den Leuten halt sagen könnte, was los ist, wäre es vielleicht auch einfacher. Aber das ist ja oft auch gar nicht so. Das ist ja oft auch so, dass da viele Leute wohnen, die man gar nicht kennt. Oder die ziehen neu ein und keiner stellt sich mehr vor. Also das ist ja teilweise auch recht anonym. Und da find ich es schwierig, da so die Schwierigkeiten, die dann aus so einer Situation entstehen, dann die zu managen. Oder ich hätte mir da manchmal gewünscht, da irgendwie so ein bisschen Unterstützung zu haben.“ (F3_w_s)

„In einem Dorf, kannst du sagen, ja? Und da hat sich das dann rumgesprochen wie ein Lauffeuer. Ja, der I, der ist jetzt verrückt. Ja? Hab ich mich geschämt. Überall. Verstehst du? Jeder hat mich angeschaut. Hat mich gemieden.“ (F2_m_l)

A.4 Soziale Beziehungen

Dieser Bereich gliedert sich, wie oben beschrieben, in „Beziehungsgestaltung“, „Familiäre Situation“ und „Sexualität“.

In Bezug auf „Beziehungsgestaltung“ wird unter Empowerment verstanden, Kontakte herzustellen und sie aufrechtzuerhalten. Dabei wird die Eigeninitiative deutlich betont:

„Und ich sage ja, wenn Sie nichts selber tun, ja? Kommt zu Ihnen ins Haus keiner. Außer Zeugen Jehovas vielleicht.“ (F2_m_s)

„Also ich hab einen Freundes- und Bekanntenkreis. Den pflege ich.“ (F2_w_s)

„Und ich meine, so ganz alleine hätte ich das wahrscheinlich erst mal nicht geschafft. Aber das war da mal über so Gruppen im [einem Therapiezentrum; Anonymisierung durch Verfasser] zum Beispiel. Ich meine, da lernt man Frauen kennen und ob sich da jetzt was draus entwickelt, dass man sich vielleicht auch privat noch trifft, das liegt ja dann an einem selber. Das muss man selber organisieren.“ (F3_w_s)

Häufig wird auch die Gestaltung der sozialen Beziehungen unter Aspekten wie Vertrauen, Nähe und Distanz, sozial kompetentes Äußern von Bedürfnissen und Abgrenzung angesprochen. Dies zeigen beispielsweise nachfolgende Äußerungen:

„Und die sozialen Kontakte sind unsere Freunde, die wir haben, die wir einladen. Und so. Es kann sein, dass ich mich dann schon mal zurückziehe. Wenn es mir zu viel wird. Aber das macht nichts. Das wissen die schon alle. Und dann ist gut.“ (F2_w_s)

„Es gibt Spielräume. Auch mal das Bewusstsein zu haben, mitgetragen zu werden. Und selbst mitzutragen. Dass das ein Zusammenspiel ist, ganz einfach. In allen Lebensbereichen eigentlich.“ (F2_w_s)

„Und soziale Kontakte ist halt wichtig, dass man die richtigen Freunde hat. Und nicht welche, die einen ausnützen oder so weiter“ (F2_m_l)

„Und man muss halt auch ein bisschen eben ein soziales Gefühl kriegen, wie man interagiert und nicht nur eben immer, mir geht es schlecht. Ich brauche Hilfe. Und so weiter.“ (F3_w_l)

Als „Blockaden“ werden Konflikte, Isolation und Stigma im Zusammenhang mit der Erkrankung thematisiert:

„Man möchte oder kann es denen, die Nachbarn, ja auch nicht unbedingt erklären, in welcher Situation man da ist. Oder möchte es auch nicht so offenlegen. Weil das einfach auch ein Stigma ist. Und dann halt vielleicht eine gewisse Empfindlichkeit oder so zu erklären, das ist dann manchmal ganz schön schwierig.“ (F3_w_s)

„(...) man redet ja auch mit seinen Mitpatienten. Und es hat mich oft schockiert, dass wirklich viele, viele verstoßen worden sind. Also niemanden mehr haben. Ganz alleine da stehen. Und dadurch wirklich richtig eigentlich asozial geworden sind. Also einfach nicht mehr gesellschaftsfähig. Und das hat mich schockiert.“ (F3_w_l)

„Und ich hab auch gelernt, dass im Zuge der Erkrankung eigentlich mein Freundeskreis sich sehr reduziert hat. Beziehungsweise also jetzt nicht nur unbedingt die Leute sich zurückgezogen haben, sondern aber auch ich mich vor Ihnen. Weil ich das Gefühl hatte, ich kann mit denen irgendwie, ich kann es denen irgendwie nicht klar machen. Und dann kommen dann immer so ein bisschen hilflose Tipps. Mach doch dieses, mach doch jenes. Die halt so auf irgendwelche Handlungsgeschichten sich konzentrieren. Also die aber irgendwie die Situation gar nicht erfassen. Und da hab ich halt oft gemerkt, dass man irgendwie gar nicht zusammenkommt. Und insofern ist es mit nicht Betroffenen oft schwierig.“ (F3_w_s)

„Der enge Kreis verabschiedet sich auch zum Teil dann [wenn sie von der Erkrankung erfahren; d.V.].“ (F3_w_s)

„Ja, das ist eben schade, dass man auch schnell so einen Stempel kriegt. Dass es dann, ja, ja, mit der brauchst du dich gar nicht abgeben, die ist sowieso nicht ganz gesund.“ (F3_w_s)

Oft beschreiben die Teilnehmer einen Entwicklungsprozess, beispielsweise bezüglich alter Konflikte oder dem Umsetzen von aktiver Beziehungsgestaltung:

„Und dass das Alte man dann auch loslassen kann. Und dass man verzeihen kann. Sonst wird man auch nicht gesund. Wenn immer der Groll auf Leute von früher, dann wird es nie besser.“ (F3_w_l)

„Oder auch früher jetzt im Bereich soziale Kontakte. Man hat mir mal gesagt, ich würde mich immer finden lassen von Leuten. Ich würde nicht aktiv auf jemanden zugehen, wenn ich den denn nun mögen würde und mit dem Kontakt haben möchte, und das hab ich dann mal geändert. Und dann eben signalisiert, hör mal du, Hallo? Ich mag dich. Und dann auf denjenigen zugegangen. Und dies dann einfach mal signalisiert. Weil das ist dann ein bisschen so ein Übungsfeld. Ich meine, ich bin zwar 39, aber auch das muss ich immer noch üben.“ (F3_w_s)

„Ich habe lange, lange musste lernen, meine Meinung zu sagen.“ (F3_w_s)

„(...) Dass sie auch richtig lernen, nein zu sagen. Das hab ich auch nie können. Immer das Gutmütige ist nicht gut. Und immer mal sagen, nein. Und jetzt Grenzen setzen. Und das muss man lernen. Und das ist nicht so leicht.“ (F3_w_l)

Diskutiert wurde auch Offenheit und Aufklärung bezüglich der Erkrankung; dabei herrschte Übereinstimmung, dass man selber entscheiden sollte, wem man von der Erkrankung erzählt, dass aber in nahen Kontakten Offenheit vorteilhaft ist:

„Ich möchte eben die Freiheit haben, zu entscheiden, wem ich erzähle ich und wem erzähle ich es bitte nicht.“ (F3_w_s)

„Aber im engen Kreis muss man sagen. Ich bin krank. Damit bist du entlastet bisschen. Die wissen Bescheid. Da bist du entlastet.“ (F2_m_s)

„Also ich hab festgestellt, seit ich also offener umgehe mit meiner Erkrankung, natürlich nur im ausgesuchten Kreis, also ich erzähle das nicht jedem, stellt man fest, dass andere auch sehr große Probleme teilweise haben mit der Psyche. Bloß die werden halt nicht behandelt.“ (F3_m_s)

Hinsichtlich der „Familiären Situation“ zeigt schon der Blick auf die soziodemographischen Daten ein sehr gemischtes Bild: fast die Hälfte der Teilnehmer lebt allein, etwa ein Viertel mit einem Elternteil und ein Viertel mit einem Partner. Grundsätzlich geht es um die Möglichkeit, die familiäre Situation entsprechend der persönlichen Vorstellung - „wie man leben will“ (F2_m_l) - zu gestalten; dies gilt sowohl für die Herkunftsfamilie als auch für die Partnerschaft und die eigenen Kinder. Bezogen auf die Partnerschaft, kann das sehr unterschiedlich aussehen:

„Also ich hab zum Beispiel überhaupt kein Verlangen nach einer Partnerschaft. Also mir geht da aber auch nix ab.“ (F3_m_s)

„Also ich hab mich aufgrund meiner Erkrankung dann irgendwann gesagt, nein, ich möchte dann keine Partnerschaft mehr. Das schwankt zwar auch, aber eigentlich hab ich mich entschieden, keine Partnerschaft mehr einzugehen.“ (F2_w_s)

„Ja, ich erwarte das Empowerment auch für meinen Partner. Selbstverantwortung für sein Leben übernehmen. So wie ich in diesem Prozess stehe. Dass das ein gegenseitiges Geben und Nehmen ist.“ (F2_w_s)

Gleichzeitig werden auch die Belastungen der Angehörigen angesprochen:

„(...) wenn es mir psychisch und der Familie schlecht geht. Und der Familie gleich ja mit. Weil die hängt ja mit da dran. Für einen Partner ist so was ja auch unglaublich belastend. Das mitzumachen. Ein schwieriger Balanceakt.“ (F3_w_s)

Des Weiteren werden Enttäuschungen über bisherige Beziehungserfahrungen und Ängste vor neuen Beziehungen geäußert:

Bei mir ist der Wunsch da, aber die Angst ist noch größer. Also da was verkehrt zu machen oder halt, ja irgendwie ein Misserfolg da zu ernten.“ (F3_w_s)

„Ja, ich hätte da einfach die Sorge, dass ich mich selber dann verliere, aufgeben. Also weil es mir dann bloß nur drum gehen würde, dass es dem Partner oder halt einfach der Person, die da mit mir zusammenlebt, dass es der gut geht. Und dass die nicht irgendwie unter meiner Erkrankung leidet. Und da würde dann irgendwo, würde ich da verloren gehen.“ (F3_w_s)

Bezüglich der Herkunftsfamilie wird das Sichlösen aus Abhängigkeiten thematisiert:

„(...) ein bisschen von der Familie auch zu lösen. Also nicht komplett. Also ich will mich jetzt nicht mit meiner Familie verstreiten oder so was. Aber einfach, dass man sich vorstellen kann, auch mal eben allein zu leben.“ (F3_w_l)

„Dass ich einen eigenen Weg gehe.“ (F2_m_l)

„(...) ich bin abhängig noch, finanziell und so, von meiner Mutter. Die unterstützt mich finanziell und auch in Entscheidungen. Aber manchmal bin ich mit ihr nicht einverstanden. Nicht einer Meinung. Und dass ich mich dann durchsetze und sage, ich sehe das anders.“ (F2_m_l)

„Blockaden“ werden vor allem thematisiert, wenn nahe Angehörige bezüglich der Erkrankung weder Verständnis noch Interesse zeigen und auch keine Unterstützung anbieten. Zum Thema Kinder werden nur wenige Aussagen gemacht. Die Themen reichen dabei von „familiären Verpflichtungen“, „Konflikten und mangelnder Kommunikation mit den erwachsenen Kindern“ über „gute Kontakte zu den Kindern“ bis hin zu der gezielten Entscheidung eines Patienten gegen Kinder auf Grund seiner psychischen Erkrankung.

Empowerment in Bezug auf „Sexualität“ bedeutet, eine Möglichkeit für sich zu finden, seine sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei werden unterschiedliche Wege beschrieben, beispielsweise im Umgang mit medikamentösen Nebenwirkungen:

„(...), total ausgeschaltet. Zum Beispiel sexuell. Sexuell Nebenerscheinungen. Wo ich dann das in die Hand genommen habe mit Testosteronspritzen. Damit es bei meinen, ich sag es jetzt ganz offen, damit es bei meiner Freundin wieder klappt und so.“ (F3_w_I)

Oder wenn man keinen festen Partner hat:

„Hab keinen Partner. Und was meine Sexualität angeht, da muss ich sagen, es gibt auch Menschen, die gehen in sogenannte Freudenhäuser.“ (F2_m_I)

A.5 Freizeit

Empowerment in Bezug auf „Freizeit“ bedeutet für die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit zu haben, ihre Freizeit entsprechend ihrer eigenen Vorstellungen zu gestalten. Dabei unterscheidet sich die Gruppe der Berufstätigen von der Gruppe der nicht Arbeitstätigen. Bei den Berufstätigen wird deutlich, dass das Setzen von Prioritäten und häufig auch eine Einstellungsänderung im Empowermentprozess notwendig sind; dies zeigen folgende Aussagen:

„Ich will in meiner Freizeit dann, ein bisschen so eine „Luse“ haben. (...) Das nicht Zwanghafte lernen oder das muss bis dahin passen oder sollte jenes.“ (F3_m_I)

„Aber dass ich jetzt da irgendwo noch wegen dem Beruf noch mal irgendwo am Abend hinspringe, um mir was beizubringen, da hab ich keinen Bock mehr dazu. Ich will auch wieder ein bissele leben.“ (F3_m_I)

Bei den Nichtberufstätigen werden Probleme mit zu viel Freizeit beschrieben, denn „so viel Freizeit und so viel Nichtanerkennung hält kein Mensch aus.“ (F3_w_s). Ein Teil der Patienten beschreibt dabei die Schwierigkeit, zu wissen, womit man den Tag füllen möchte:

„Vor allem, was jetzt schlimm ist, jetzt momentan, wo ich halt daheim bin, jetzt lieg ich halt den ganzen Tag rum und weiß nicht so recht was mit mir anzufangen. Weil ich hab einfach zu viel Zeit.“ (F2_w_I)

Dagegen beschreiben andere, wie sie beispielsweise neue Dinge ausprobieren bzw. bestimmte Aktivitäten ausführen, die Ihnen Spaß machen:

„Zum Beispiel jetzt, so was, ich hab mal angefangen, da war ich in [Ort; Anonymisierung durch Verfasser] oben, da haben sie so Krippenfiguren geschnitzt. Das hat mir also „utz“ Spaß gemacht.“ (F3_w_I)

„(...) da spielen sie Ziehharmonika und Geige und also da geht mir das Herz auf. Das ist was, das ist mein Leben eigentlich.“ (F3_w_l)

Auch die ehrenamtliche Tätigkeit stellt für viele eine Lösung dar:

„Das hab ich in der Selbsthilfegruppe festgestellt, dass, ich glaub, 99 Prozent von uns waren ehrenamtlich tätig zu dem Zeitpunkt.“ (F3_w_s)

B. Gesellschaftlich/ politisch

Empowerment im Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ betrifft die Einschätzung, inwieweit das Engagement für die Belange psychisch Kranker als möglich und wirkungsvoll erachtet wird. Diese Dimension unterscheidet sich von den anderen Bereichen dahingehend, dass es vorwiegend um ein kritisches Bewusstsein hinsichtlich gesellschaftlicher und politischer Fragen geht und dass die Umsetzung in konkrete Handlungen von den meisten Teilnehmern als noch nicht möglich erachtet wird. Damit wird die Umsetzbarkeit von Empowerment in diesem Bereich hinsichtlich der eigenen Belastbarkeit kritisch hinterfragt:

„Also ich finde das [gesellschaftliches/ politisches Engagement; d.V.] im Prinzip nicht schlecht. Nur für mich kommt das, ich schaff das kräftemäßig nicht. Irgendwie, ich hab so schon mit meinem Leben manchmal sehr zu kämpfen.“ (F2_w_s)

Andererseits werden nicht-personenbezogene Begrenzungen thematisiert:

„(...) inwieweit man da überhaupt so Einfluss nehmen kann und so. Aber inwieweit so Politiker überhaupt da auf jetzt psychisch Kranke oder so hören oder so. Weil die ja auch stigmatisiert werden und so weiter. Und dadurch eben die vermutlich nicht so viel Gehör finden, denk ich dann.“ (F2_m_l)

Thematisiert wird aber auch die Frage nach der „Möglichkeit (...). Ich mein, wenn man jetzt die Möglichkeit nicht hat, dann denkt man, glaub ich, gar nicht so viel drüber nach, ob das jetzt von Bedeutung wäre.“ (F2_w_l).

Eine Gruppe von Teilnehmern beschreibt jedoch ganz unterschiedlich ihr Engagement für gesellschaftliche und politische Belange:

„Ich hole halt meine politischen Informationen aus der Zeitung raus. Und das reicht mir aus. Oder was im Fernsehen dann in den Nachrichten so kommt.“ (F3_m_l)

„Also ich mach mich beim Bundesverband schlau. Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen. Wenn ich eine Frage hab. Da bin ich Mitglied.“ (F2_m_l)

„Gemeinsam sind wir stark. Die psychisch Kranken sind ja stark. Da gibt es so Gruppen, da gibt es alles Mögliche. Freiwillige Vereine. Selbsthilfegruppen von [bestimmter Träger; Anonymisierung durch Verfasser] die treffen sich alle Vierteljahr. Und wir reden zum Teil, manche reden ja auch selber mit, dass die Psychiatrie besser wird. Sie wird ja für uns gemacht. Wenn man mit redet. Gibt's Vorträge, gibt's alles Mögliche.“ (F3_m_s)

„Bei der [bestimmte Selbsthilfegruppe; Anonymisierung durch Verfasser]. Also man kümmert sich politisch, also ich bin nicht mehr im Vorstand. Also hab ein bisschen abgespeckt.“ (F3_m_s)

Um Empowerment zu fördern wird gefordert, dass „man Kranke und Gesunde zusammenbringt. Dass man Gruppen und dann zusammenbringt. Und nicht nur Kranke.“ (F2_w_s). In diesem Zusammenhang wird auch die Wichtigkeit von „Öffentlichkeitsarbeit“ bzw. „Aufklärung“ betont:

„Ja, das ist immer so anrühlich ist das irgendwo, weil; Denkt man, der hat sich nicht im Griff oder mei, dass das eine Krankheit ist, wo einem einfach zusetzt wie Zuckerkrankheit oder sonst was, das wird manchmal ein bisschen vernachlässigt. Dass das ein bisschen publik gemacht wird. Dann wissen die Leute vielleicht zu wenig.“ (F2_m_l)

C. Behandlung

C.1 Partizipative Beziehungsgestaltung

Empowerment bedeutet für Betroffene, die Beziehung zur therapeutischen Bezugsperson aktiv mitzugestalten. Das bedeutet, den eigenen Standpunkt zu äußern und „auch das Recht haben dürfen, zu sagen, nein, ich möchte das nicht. Oder das tut mir nicht gut.“ (F3_w_s) sowie „Entscheidungen (...) dann auch gemeinsam treffen.“ (F2_m_s), zum Beispiel hinsichtlich des Behandlungsangebotes:

„Ja, eben einfach so, welche Kurse mag ich besuchen, welche mag ich nicht besuchen.“ (F3_w_s)

Hierbei wurden bei den Teilnehmern unterschiedliche Vorstellungen darüber deutlich, ob die eigene Möglichkeit zur Mitbestimmung durch die Behandlung erst „geweckt“ werden sollte:

„Ich verstehe unter Empowerment (...) mehr so was wie eine Unterstützung, eine Förderung durch, irgendwie, Therapeuten zum Beispiel. An dieses Ziel zu kommen, eben mehr Einfluss wieder zu nehmen.“ (F3_w_s)

Oder ob die Möglichkeit von außen bereitgestellt werden sollte:

„Ist ganz wichtig, dass man auch die Möglichkeit hat zu sagen, das will ich und das will ich nicht.“ (F2_w_l)

Oder ob man diese, unabhängig von den äußeren Umständen, in der Behandlung selbst einfordert:

„Dann musst du halt selber was suchen, wo du aktiv wirst. So sehe ich das. Nicht, sich irgendwas vorsetzen lassen von einem Arzt, einem Psychiater oder Sozialpädagogen.“ (F3_m_s)

In diesem Zusammenhang wird auch die Frage diskutiert, ob Empowerment bedeutet, seine Interessen direkt durchzusetzen, zum Beispiel indem „ich zu mir stehe und sage, ich mach das nicht mit.“ (F3_m_s). Oder aber indirekt, beispielsweise über Ausreden:

„Wenn du in einer Situation bist, in der es dir eh schon schlecht geht, da ist einfach die Kraft zum Kämpfen nicht da. Dass du dann noch deine Interessen kämpfend durchsetzt. Da find ich, ist mit so einer Ausrede (...).“ (F3_m_s)

Klar wird auch hier, dass es sich um einen Prozess handelt:

„Also man muss diese Eigenständigkeit oder diesen Mut, gegenüber einem Arzt sich zu behaupten, dann auch erst irgendwo mal entwickeln.“ (F3_w_s)

Betont wird dabei die Eigeninitiative:

„Ich muss es zuerst mal selber wollen. Das ist wichtig. Wenn man es selber nicht will, dann wird es auch nichts mit der Selbstbefähigung.“ (F2_m_l)

C.2 Handlungswissen

Empowerment, bezogen auf die Behandlung, bedeutet für Patienten auch zu wissen, welche Möglichkeiten eigener Einflussnahme auf den Erkrankungsverlauf bestehen. Denn die Erkrankung wird von vielen per se als Kontrollverlust erlebt:

„Ich denke, man hat da durch die Krankheit dann irgendwo auch vielleicht mehr Kontrollverlust wie andere. Und man macht auch manchmal Dinge, die man danach dann gar nicht so versteht, was man da jetzt eigentlich gemacht hat. Wo man dann irgendwie die, ja, wie soll ich sagen? Die Macht über sich selber verliert oder so was.“ (F3_w_l)

Viele Teilnehmer berichten davon, wie sie für sich günstige Strategien im Umgang mit belastenden Symptomen entwickelt haben:

„Wenn mir manches zu viel wird. Wenn ich schon mal das Gefühl habe, ich werde zu viel beobachtet oder was, dann ist es gut, wenn ich entweder in die Stadt fahre oder einen wissenschaftlichen Bericht lese. Dass ich mich felsenfest drauf konzentrieren muss. Oder ich male. Und dann geht es gut.“ (F2_w_s).

„Ja schon, ich meine, wenn ich denke, die Gedanken fangen an zu kreisen, dann bin ich da am Telefon oder ich setz mich aufs Fahrrad, fahr weg. Irgendwohin. Zu gesunden Leuten. Und such da Anschluss und such das Gespräch. Und dann bin ich auch wieder zufrieden.“ (F2_m_s)

„Aber gegen Depression gibt es doch da die Möglichkeit, sich mit Kunst, Malerei zu beschäftigen oder mit Musik. Oder auch spazieren zu gehen oder Sport zu machen.“ (F3_m_s)

Des Weiteren geht es darum, selbst über Art, Beginn und Dauer einer Behandlung entscheiden zu können. Übereinstimmend erscheint Empowerment in ambulanter Behandlung besser umsetzbar, da man „viel mehr Möglichkeiten“ (F2_m_s) hat und „nicht so weit vom eigenen Leben weg“ (F3_w_s) ist. Gleichzeitig wird klar, dass es aber auch Empowerment bedeutet, die Entscheidung zu treffen wieder in die Klinik zu gehen, wenn es einem schlecht geht, um langfristig wieder Kontrolle zu erlangen. Dies sollen folgende Aussagen veranschaulichen:

„Es gibt zwar Situationen, man muss auf Station gehen, wenn man wirklich solche Depressionen hat, dass man selber nix mehr zur Reihe kriegt oder so.“ (F3_m_l)

„(...) ich würd da noch einen Punkt dranhängen. Und zwar Kontrolle über seine Krankheit. Dass man halt sagt, jetzt geht es mir schlechter. Jetzt brauche ich eine Auszeit. Dass man sich halt auch sagt, ich brauche jetzt eine Krankschreibung oder so was. Also, ich muss jetzt in die Klinik. Auch von selber, dass man sich das eingesteht.“ (F2_m_l)

Dazu sind jedoch Wissen und Erfahrungen notwendig:

„Also am Anfang konnte man mir alles Mögliche und Unmögliche erzählen. Ich hab es geglaubt. Und erst mit einem gewissen Wissen konnte ich das eben selber entscheiden. Nein, das ist nicht gut. Das ist gut. Sei es jetzt nun verschiedene Therapieformen oder eben auch Medikamente.“ (F3_w_s)

„Ich würde sagen, Empowerment das ist ein, also wenn ich jetzt zurückblicke, ist es eine Entwicklung. Also am Anfang beziehungsweise bis ich mich dann eben in eine Klinik begeben habe, da war mit Empowerment also gar nix. (...) Und ich würde sagen, das ist so ein fortschreitender Prozess. Je mehr man eben irgendwie erfährt, weiß über die eigene

Erkrankung oder, was weiß ich, nicht macht. Und ich hab eigentlich eher festgestellt, je mehr Unterstützung ich hatte, desto mehr konnte ich das dann aber auch wieder selbst machen.“ (F3_w_s)

Letztere Aussage schneidet auch das Thema Hilfe zur Selbsthilfe an; daneben wird aber auch die Wichtigkeit des Wissens um Anlaufstellen bzw. eines Netzes thematisiert, um Rückhalt und Unterstützung in Notfallsituationen zu bekommen:

„Aber ich find es halt gut, dass man halt immer kommen kann. Tag und Nacht. Wenn man dann Hilfe braucht. Das find ich sehr beruhigend.“ (F3_w_s)

Denn: „Es ist ja auch Selbstbestimmung, sich jemanden zu holen.“ (F3_w_s)

Auch die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen wird positiv hervorgehoben:

„Also was sehr gut ist, sind ja diese Gruppen. Ich war ja auch in der Selbsthilfegruppe über bipolar. Die kennen das oft noch besser wie der Psychiater, der in fünf Minuten einen sieht. Der kann ja gar nicht entscheiden. Das ist ja nie gut. Und bei beiden sollte man zumindest mal ausprobieren. Da gibt es ja das Selbsthilfezentrum in der [Straße; Anonymisierung durch Verfasser]. Gibt es drei Gruppen für bipolar. Die merken dann vielleicht auch, hopla du liegst falsch. Oder du bist manisch, du musst mehr nehmen oder kein Alkohol.“ (F3_m_s)

C.3 Medikamente

Zu Empowerment gehört, dass man gut informiert ist über seine Medikation, das heißt, dass man „nicht nur die Beipackzettel genau gelesen hat, sondern mit einem Arzt auch gesprochen hat, was kann da vorkommen, was nicht. Damit man so eine Sicherheit empfindet.“ (F2_w_s). Und dass man als Patient weiß, welche Medikamente helfen mir:

„Ich persönlich bin ja immer noch für einen Medikamenten-Pass, in dem eingetragen wird, hat geholfen. Hat nicht geholfen. Wurde nicht getragen.“ (F3_w_s)

Ein weiteres Thema ist der Umgang mit mangelnder Wirkung oder auftretenden Nebenwirkungen; akzeptiere ich beispielsweise Nebenwirkungen, weil, „wenn es einem so gut geht, dann nimmt man eben das [Nebenwirkungen; d.V.] in Kauf. Und dann muss man eben sich einschränken.“ (F2_m_s) oder versuche ich ein anderes Medikament zu bekommen:

„Und hab dann echt gesagt, ich nehme das nicht mehr. Und hab es aber auch der Ärztin gesagt. Und da wurde dann auch drauf eingegangen. Und der Unterschied zu damals und

dem Medikament, was ich jetzt nehme, ist wie Tag und Nacht. Also da merkt man wirklich das verträge ich.“ (F2_w_s)

In keinem anderen Bereich finden sich so viele Äußerungen über „Blockaden“ von Empowerment wie beim Thema Behandlung. Als negativ im Sinne des Empowermentkonzeptes werden zum Beispiel Situationen thematisiert, in denen der Arzt die Erfahrungen des Patienten bei seinen Behandlungsentscheidungen explizit außer Acht lässt:

„Also auch, wenn man schon Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hat und weiß, das funktioniert nicht. Und dann kommt wieder jemand Neues und der meint, das müsse jetzt unbedingt sein. Also das ist ein bisschen schwierig.“ (F3_w_s)

Dabei beziehen sich nahezu alle beschriebenen Hilflosigkeitserfahrungen im Bereich „Behandlung“ auf die stationäre Behandlung. Bemängelt wird hier ein zu starker Fokus auf Medikamente und gleichzeitig die Tatsache, dass zu wenige Gespräche geführt würden, dass das Personal zu wenig Zeit für die Patienten finde und zu wenig Zuwendung zeige, aber auch der Mangel an Informationen, wie folgende Aussagen beispielhaft belegen sollen:

„(...) hat man mir sofort eine Tavor gegeben. Ich hätte da ein Gespräch gebraucht mit jemanden und keine Tablette.“ (F2_w_l)

„(...) mir ist es so gegangen, mir wurde dann halt so eine Pharma-Broschüre in die Hand gedrückt. Hier zur Information. Das war eine Werbebroschüre von der Pharmaindustrie. Und das war dann das, das ersetzte dann das Aufklärungsgespräch durch den Arzt. Was ich also total daneben gefunden habe. Der hat sich überhaupt keine Zeit genommen.“ (F3_w_s)

Darüber hinaus werden Zwangsmaßnahmen und das Vorhandensein von Strukturen thematisiert, die eine ungleiche Machtverteilung begünstigen, was das Gefühl verstärken kann, dass der Behandler kein Verständnis für den Patienten habe und ihn nicht respektiere:

„(...) keinen Einfluss mehr drauf hat, auf viele Dinge, die mit einem geschehen. Bis hin zur Zwangsmedikation, sag ich jetzt mal so. (...) Und ich finde grade, weil so eine Hilflosigkeit in der ganzen Struktur oder in der ganzen Situation schon da ist. (...) Gerade deswegen wäre ein extrem respektvoller Umgang sehr, sehr wichtig. Und dass der oft fehlt, ist eigentlich eine Katastrophe. Und das ist eigentlich das Gegenteil von diesem

Empowerment oder Selbstbestimmung. Was oft in Kliniken stattfindet. Und das finde ich sehr traurig.“ (F3_w_s)

Gleichzeitig wird ein sehr umfangreiches Bild von der idealen Behandlung entworfen. Als wesentlich werden „intensive Gespräche“ (F2_m_I) erachtet, aber auch, „dass man die richtigen Medikamente findet“ (F2_m_I), weil „Medikamente halt oft der Grundstock sind“ (F3_w_I), und es wird betont, dass „das Umfeld, grade das nächste Umfeld, auch mit einbezogen“ (F3_w_s) werden sollte. Der Behandler sollte dabei vermitteln, „dass man sich auch angenommen fühlt, in seiner ganzen Person, also das find ich sehr wichtig.“ (F2_w_s). Des Weiteren sollte er „ermutigen, dass es eben weitergehen wird.“ (F3_w_I). Der Empowermentprozess könnte dann so aussehen:

„(...) dass man bei den einzelnen, die starken Seiten findet und dann in dem Bereich immer ganz langsam, also halt immer wieder ein Stück zurückgibt von der Selbstbestimmung. (...) immer so scheibchenweise. Immer ein bisschen mehr.“ (F3_w_s)

Wichtig erscheint außerdem, dass man Informationen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten bekommt, z.B. dass „man dann die Krankheit genauer erklärt“ (F2_m_I) aber „auch Möglichkeiten aufzeigt, was man jetzt, wenn man aus der stationären Behandlung rauskommt, was man dann eben noch machen könnte.“ (F3_w_I). In der ambulanten Behandlung wird das Herstellen von Kontinuität, auch im Wechsel zur stationären Behandlung, als wichtig erachtet:

„Und was halt auch wichtig ist, wenn es jetzt schwerer wird, wenn es jetzt psychotisch wird, es ist halt der Datenfluss [von der ambulanten Behandlung; d.V.] zur Krisenstation.“ (F3_m_s)

Als Behandlungsbausteine werden kleine, individualisierte, konstante Behandlungsangebote bevorzugt, sowie alltagspraktische Hilfen:

„Würde es gut finden (...), wenn mehr in der Stadt von solchen kleineren Gruppen was wäre. Von Tageskliniken oder vielleicht noch etwas kleiner.“ (F2_w_s)

„Also mir ist halt wichtig, dass ich regelmäßig reinkommen kann.“ (F3_m_s)

„Also ich hab da zum Beispiel jemanden gehabt, die hat mit mir dann so Anträge auch gemacht. Und so. Und es gibt halt Phasen, wo, also das ist dann, wie soll ich sagen? Wo man halt selbst das nicht mehr schafft, diese ganzen Sachen zu erledigen, die man

eigentlich tun müsste, um seine eigene Situation halt zu verbessern. Oder in den Griff zu kriegen oder so.“ (F3_w_s)

D. Intrapersonale Ebene

D.1 Hoffnung und Selbstwirksamkeit

„Selbstwirksamkeit“ zeigt sich in der Erwartung, eigene Ziele durch eigenes Handeln erreichen zu können. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Glaube an die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Problemen, also zu wissen:

„Ich kann etwas bewirken. Jedenfalls ist man für den anderen ein gutes Beispiel, wenn man selber so Empowerment, das wieder so macht. Dass die sehen, Mensch, das schaff ich auch mal wieder wie der, so weit zu kommen.“ (F3_w_l)

Wichtig dafür ist die Erfahrung, Dinge aus eigener Kraft erreichen zu können:

„Wenn man sagen kann, Mensch, das hab ich heut geschafft. Vor ein paar Monaten konnte ich das noch nicht. Und jetzt schaff ich das.“ (F2_w_l)

„Ich hab es eigentlich selbst gefunden, das, was ich haben möchte. Und dann hab ich mit der Ärztin drüber gesprochen und sie fand das gut. Sie fand es gut. Doch, das hab ich mir selbst geschaffen. Das muss man so sagen.“ (F2_w_s)

Schwierigkeiten werden dabei sowohl innerlich als auch von außen wahrgenommen:

„Man traut sich, Ziele nicht anzupacken.“ (F3_w_l)

„Sich nicht von anderen den Mut nicht mehr lässt, das schaffst du nicht. Sondern sagt, nein, ich schaff das. Oder positiv einfach versucht zu denken. Sich nicht abbringen lässt von negativen Äußerungen und so.“ (F3_w_l)

Wie die letzte Aussage zeigt, kann dies jedoch auch einen Bewältigungsprozess in Gang setzen.

Eng mit „Selbstwirksamkeit“ verknüpft ist die Aufrechterhaltung der Hoffnung auf mögliche Verbesserungen in der Zukunft; in diesem Zusammenhang beschreibt eine Patientin folgenden innerlichen Kampf:

„Aber genauso wie ich es mir eben vorstellen kann und also auf der einen Seite zuversichtlich bin, ist irgendwas auch in mir, das sagt, das schaffst du nie. Das klappt nicht. Und also da muss ich mir selber immer wieder gut zureden (...).“ (F3_w_s)

Einerseits wird Hoffnung als Motor für Handlungen beschrieben, andererseits wird das Erzielen von Erfolgen wiederum als Hoffnung gebend erlebt:

„Nein, ich hab mich auch noch nicht aufgegeben. Sonst wäre ich heute nicht hier.“
(F3_w_s).

„Ich bin jahrelang zu [Arzt; Anonymisierung durch Verfasser] hier gegangen. Und mit seiner Hilfe ist es mir jetzt sogar wieder möglich, in eine Praxis zu gehen, was ich mir gar nicht mehr zugetraut habe. Und das ist wieder ein Fortschritt für mich. Das gibt mir Hoffnung sozusagen.“ (F2_w_s)

D.2 Selbstwert und Akzeptanz

Die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes und die Forderung nach Akzeptanz durch andere werden als wichtige Aspekte von Empowerment hervorgehoben. Dass das oft gar nicht so leicht ist, zeigt folgende Äußerung:

„Das große Problem ist, dass ich mich immer mit anderen vergleiche. Bei denen klappt alles. Die machen alles selbständig. Und bei mir läuft das nicht so. Deswegen bin ich halt minderwertiger.“ (F3_w_l)

Der dafür notwendige Entwicklungsprozess wird beispielsweise folgendermaßen beschrieben:

„Und ja eben wo das dann, das Lernen, also damit, also dass es schief gehen darf und eben aber auch, sich nicht zu vergleichen. Also wenn ich dann eben denke, Gott, was bin ich schon, wenn ich jetzt vergleiche, was weiß ich nicht, mit meinen Freundinnen, die haben ein Haus, Familie, Arbeit, zwei Kinder. Und dass ich jetzt aber gar nicht dieselben Voraussetzungen hab. Also wenn ich anfangs mich mit Gesunden zu vergleichen, schneid ich halt unheimlich schlecht ab.“ (F3_w_s)

Dagegen deuten Aussagen wie „Einfach sich selber lieben. Das, das kann man lernen.“ (F3_w_l) und „ich tue mich einfach so akzeptieren wie ich jetzt bin“ (F3_w_l) darauf hin, dass die Erarbeitung einer positiven Einstellung gegenüber der eigenen Person hier vonstattengeht. Neben der Selbsteinschätzung ist das Gefühl wesentlich, „trotz der Erkrankung“ akzeptiert zu werden und für andere wichtig zu sein:

„Und ich weiß, jemand braucht mich. Und dann bin ich ein ganz anderer Mensch. Ich kann, obwohl ich brauche auch Hilfe, hier zum Beispiel, aber jemand braucht auch meine Hilfe. Und das ist für mich sehr wichtig, dass ich gebraucht werde.“ (F3_w_s)

„Und ich bin wirklich so stolz, dass ich bin akzeptiert. Als kranker Mensch (...).“ (F3_w_s)

E. Zusammenfassung: Ausgestaltung von Empowerment

Empowerment bedeutet für die Gruppenteilnehmer nicht, dass man in allen Bereichen vollständige Kontrolle erlangt; vielmehr ist Empowerment als Prozess zu sehen, in dessen Mittelpunkt zwar das Erlangen größtmöglicher Kontrolle steht, in dessen Verlauf allerdings der Abgleich mit den jeweiligen aktuellen, individuellen Fähigkeiten und externen Bedingungen in realistischen, schrittweisen Abstufungen entscheidend ist. So ist Empowerment nicht zwingend mit Autonomie verbunden, sondern kann auch in der bewussten Entscheidung dafür liegen, sich Unterstützung und Hilfe zu holen oder zeitweise sogar Verantwortung abzugeben. Das heißt, es geht nicht um Selbstständigkeit um jeden Preis, sondern vielmehr darum, die aktuellen Möglichkeiten optimal zu nutzen und innerhalb eines Systems bestmögliche Unterstützung und Entwicklungsmöglichkeiten zu finden. Dabei ist es wesentlich, der Gradwanderung zwischen Selbstständigkeit und Überforderung gerecht zu werden.

3.1.3. Vergleich Empowerment und Lebensqualität (Fragestellung II.)

3.1.3.1. Definitionen Empowerment versus Lebensqualität

Im Folgenden sollen die oben erarbeiteten Definitionen von Empowerment den Teilbereichen von Lebensqualität, entnommen aus dem WHOQOL [11], gegenübergestellt und in Bezug auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht werden.

A. Alltägliches Leben

A.1. Finanzieller Bereich

Empowerment „Finanzen“: Empowerment in finanzieller Hinsicht bedeutet, dass man seine finanziellen Angelegenheiten selbständig erledigt sowie mit dem zur Verfügung stehenden Geld zurechtkommt.

Lebensqualität „Finanzielle Mittel“ (Domäne „Umwelt“): „Diese untersucht inwieweit die finanziellen Mittel die der befragten Person zur Verfügung stehen als ausreichend betrachtet werden, um ihr einen gesunden und bequemen Lebensstil zu ermöglichen.“ [11, S. 100]

Während das Kriterium für Lebensqualität in diesem Zusammenhang „ausreichend Geld“ ist, liegt bei Empowerment der Fokus auf Selbstständigkeit und somit der Kontrolle über diesen Bereich. Für eine hohe Lebensqualität „reicht“ laut Definition ein gesunder und bequemer Lebensstil aus. Dies könnte theoretisch aber auch bedeuten, dass man, selbst wenn man viel Geld zur Verfügung hat, sich trotzdem in großer Abhängigkeit befinden kann. Da es jedoch bei der Lebensqualität nicht nur um zahlenmäßig ausreichend Geld, sondern auch um die subjektive Betrachtung geht, ist es wahrscheinlich, dass die „gefühlte“ Kontrolle über diesen Bereich bei der Einschätzung zumindest miteinfließen wird.

A.2. Berufliche Situation

Empowerment „Beruf“: In der Zusammenschau geht es darum, inwieweit Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die aktuelle berufliche Situation wahrgenommen werden und man dementsprechend handeln kann. Dabei ist die Umsetzung der eigenen beruflichen Vorstellungen im bedarfsgerechten und realitätsbezogenen Abgleich mit den individuellen internen und externen Möglichkeiten entscheidend.

Lebensqualität „Arbeitsfähigkeit“ (Domäne „Unabhängigkeit“): „Die Facette erfasst die Fähigkeit der befragten Person zu arbeiten, ungeachtet der Art der Arbeit. Dies beinhaltet bezahlte und unbezahlte Arbeit, Studium, Kindererziehung, freiwillige soziale Arbeit und dergleichen.“ [11, S. 99]

Während Lebensqualität in diesem Bereich die „Fähigkeit“ zu arbeiten betrifft, wird unter Empowerment die „Fähigkeit“ verstanden, diesen Bereich für sich zu kontrollieren bzw. bewusst zu steuern. Das heißt, bezogen auf Empowerment wäre auch eine bewusste Entscheidung gegen die Ausübung eines Berufes möglich, wohingegen die Lebensqualität dadurch, laut Definition, eingeschränkt wäre.

Es fällt auf, dass es große Überlappungen geben kann, wenn sowohl Lebensqualität als auch Empowerment hoch bzw. niedrig ausgeprägt sind. Dagegen könnten höheres Empowerment und niedrige Lebensqualität dann zu finden sein, wenn sich jemand bewusst gegen eine Berufstätigkeit entscheidet. Niedriges Empowerment und hohe Lebensqualität könnten bei sehr guten externen Bedingungen vorhanden sein, zum Beispiel wenn jemand einen guten Job über Beziehungen bekommen hat und seit Jahren in einer Firma arbeitet, in

der ein sehr gutes Arbeitsklima und sehr gute Arbeitsbedingungen herrschen, worauf derjenige jedoch keinerlei Einfluss hat.

A.3. Wohnsituation

Empowerment „Wohnsituation“: Empowerment bedeutet, dass man die eigene Wohnsituation gestalten kann.

Lebensqualität „Wohnbedingungen“ (Domäne „Umwelt“): „Diese Facette erfaßt die Qualität der Wohnsituation des Befragten.“ [11, S. 100]

Hier zeigt sich wiederum deutlich, dass bei Empowerment der Fokus auf Gestaltungsmöglichkeiten liegt, während die Lebensqualität durch die Qualität - in diesem Fall der aktuellen Wohnsituation - beeinflusst wird. Haben beide Bereiche ein hohes bzw. tiefes Niveau, ist mit einer großen Übereinstimmung zu rechnen. Bei unterschiedlichen Ausprägungen ist von günstigen bzw. aversiven Umweltbedingungen auszugehen.

A.4. Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben

Empowerment „Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben“: Empowerment bedeutet eine eigenständige Alltagsgestaltung; dies umfasst die Haushaltsführung sowie bürokratische Dinge.

Lebensqualität „Aktivitäten des täglichen Leben“ (Domäne „Unabhängigkeit“): „Diese Facette erfaßt, inwieweit die befragte Person imstande ist, die Pflichten und Aufgaben des täglichen Lebens zu verrichten. Es wird angenommen, daß der Grad der Abhängigkeit von anderen für diese Verrichtungen auf die Lebensqualität einwirkt. Hierbei ist der Umfang und die Art der Aufgaben nicht relevant.“ [11, S.99]

In diesem Bereich gibt es sehr große Überschneidungen; in beiden Fällen ist das Zielkriterium die eigenständige Erfüllung von Alltagsaufgaben. Während die Lebensqualität vom Grad der Abhängigkeit negativ beeinflusst wird, kann Empowerment, angepasst an die aktuellen Möglichkeiten, auch bedeuten, sich phasenweise bewusst in eine „Abhängigkeit“ zu begeben.

A.5. Soziale Beziehungen

Empowerment „Beziehungsgestaltung“: Unter Empowerment wird verstanden, Kontakte herzustellen, sie aufrechtzuerhalten und gestalten zu können.

Empowerment „Familiäre Situation“: Hierbei geht es um die Möglichkeit, die familiäre Situation den persönlichen Vorstellungen entsprechend zu gestalten.

Lebensqualität „Persönliche Beziehungen“ (Domäne „Soziale Beziehungen“): „Diese Facette erfaßt, inwieweit die befragte Person in ihren persönlichen Beziehungen die Kameradschaft, Liebe und Unterstützung erhält, die sie sich wünscht. Auch die Fähigkeit, sich um andere zu kümmern, soll untersucht werden. Hierbei soll berücksichtigt werden, daß diese Fähigkeit positiv wie auch negativ auf die Lebensqualität wirken kann; z.B. die Pflege älterer Angehöriger, die auch zur Last werden kann.“ [11, S. 100]

Lebensqualität „Praktische soziale Unterstützung“ (Domäne „Soziale Beziehungen“): „Diese Facette erfaßt, in welchem Ausmaß die befragte Person die Bindung, die Anerkennung und die Verfügbarkeit praktischer Unterstützung durch Familie oder Freunde empfindet. Es soll untersucht werden, inwieweit sich die befragte Person von Freunden und Verwandten hilflos und allein gelassen fühlt, oder ob sie sich durch diese praktisch und persönlich unterstützt fühlt.“ [11, S. 100]

Während bei der Lebensqualität der Schwerpunkt auf dem aktuellen Status der Qualität der Beziehungen liegt, wird Empowerment durch die Gestaltungsmöglichkeiten bestimmt, im Sinne von „habe ich das, was ich brauche, mir wünsche?“ vs. „habe ich die Möglichkeiten zu beeinflussen, was ich haben möchte und brauche?“. Empowerment spiegelt sich also, anders als die Lebensqualität, nicht nur im aktuellen Gefühl wider, sondern in den Handlungsmöglichkeiten; so führt beispielsweise das Gefühl, „allein gelassen zu sein“, zu einer niedrigen Lebensqualität in diesem Bereich, während Empowerment dann erst beginnen könnte - im bewältigenden Umgang mit der Situation.

A.6. Sexualität

Empowerment „Sexualität“: Empowerment in Bezug auf Sexualität bedeutet, eine Möglichkeit für sich zu finden, seine sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen.

Lebensqualität „Sexuelle Aktivitäten“ (Domäne „Soziale Beziehungen“): „Diese Facette erfaßt, inwieweit das Sexualleben die Lebensqualität der befragten Person beeinflusst. Den Mittelpunkt dieser Facette bilden das Verlangen nach, die Gelegenheit zu und die Erfüllung durch Sexualität.“ [11, S. 100]

Der Fokus bei Empowerment liegt klar auf Kontrolle und Eigeninitiative der Person; auch die Einschätzung der Lebensqualität - „Gelegenheit zu und Erfüllung

durch Sexualität“ - wird wohl maßgeblich durch die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten bestimmt. Die Lebensqualität kann aber auch durch positive Lebensumstände „von außen so gegeben sein“, beispielsweise wenn der Betroffene in einer gut funktionierenden und glücklichen Partnerschaft mit erfüllter Sexualität lebt. Allerdings ist in diesem Fall auch davon auszugehen, dass gleichzeitig Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten wahrgenommen werden.

A.7. Freizeit

Empowerment „Freizeit“: Empowerment in Bezug auf Freizeit bedeutet die Möglichkeit zu haben, seine Freizeit entsprechend seiner eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Lebensqualität „Erholung und Freizeit“ (Domäne „Umwelt“): „Diese Facette erfaßt die Möglichkeiten der befragten Person ihre Freizeit erholsam zu gestalten. Es sollen hierbei alle Möglichkeiten für Freizeit und Erholung, Entspannung und Zeitvertreib in Betracht gezogen werden.“ [11, S.101]

In diesem Bereich gibt es sehr große Überlappungen. Auch in der Definition von Lebensqualität wird die „Möglichkeit zur Gestaltung“ einbezogen. Während bei der Lebensqualität das Hauptkriterium „erholsam“ ist, ist bei Empowerment das wesentliche Kriterium die Gestaltung nach den „eigenen Vorstellungen“.

B. Behandlung

Empowerment „Partizipative Beziehungsgestaltung“: Empowerment bedeutet, die Beziehung zur therapeutischen Bezugsperson aktiv mitzugestalten.

Empowerment „Handlungswissen“: Empowerment bedeutet zu wissen, welche Möglichkeiten eigener Einflussnahme auf den Erkrankungsverlauf bestehen. Hierbei geht es darum, für sich günstige Strategien im Umgang mit belastenden Symptomen zu entwickeln, über verschiedene Behandlungsangebote gut informiert zu sein und im Abgleich mit dem aktuellen Zustand die passende Auswahl treffen zu können.

Empowerment „Medikamente“: Empowerment bedeutet, gut über seine Medikation informiert zu sein, zu wissen, welche Medikamente helfen und zu wissen, wie man mit Wirkung und Nebenwirkung umgeht.

Lebensqualität „Abhängigkeit von Medikamenten oder Behandlungen“ (Domäne „Unabhängigkeit“): „Diese Facette erfaßt, ob ein Individuum von Medikamenten oder Behandlungen abhängig ist oder sich abhängig fühlt, um ihre Gesundheit zu erhalten oder zu

fördern. Medikamente können einerseits die Lebensqualität steigern (Schmerzmittel, Psychopharmaka), andererseits auch wieder verringern (Nebenwirkungen).“ [11, S. 99]

Lebensqualität „Gesundheits- und Sozialversorgung“ (Domäne „Umwelt“): „Diese Facette erfaßt die Verfügbarkeit von Diensten zur Gesundheits- und Sozialversorgung. Von Bedeutung ist zum einen, ob die befragte Person die Möglichkeit hat, notfalls auf solche Dienste zurückgreifen zu können und zum anderen, wie er die Qualität dieser Dienste beurteilt. [11, S. 100]

Lebensqualität „Information und Weiterbildung“ (Domäne „Umwelt“): „Diese Facette erfaßt, inwieweit die befragte Person die Möglichkeit hat, an Informationen zu gelangen oder auch an Bildungsprogrammen (Volkshochschule etc.) teilzunehmen. Dabei sollen auch die persönlichen Möglichkeiten und die unterschiedlichen Bedürfnisse an Informationsvermittlung berücksichtigt werden.“ [11, S. 101]

Im Bereich „Behandlung“ ist die Zuordnung der Teilbereiche von Empowerment zu entsprechenden Bereichen der Lebensqualität nicht mehr so klar möglich. Während die Lebensqualität den Grad der Abhängigkeit bzw. das Gefühl von Abhängigkeit als Kriterium anlegt, geht es bei Empowerment um die Kontrolle dieser Abhängigkeit. Deutlich wird erneut, dass der Schwerpunkt der Lebensqualität auf positiven Gefühlszuständen liegt und der von Empowerment, unabhängig von den externen Bedingungen, auf Handlungsmöglichkeiten. Zusätzlich könnte man die beiden letzten Bereiche, die der Domäne Umwelt entstammen, im Zusammenhang mit Empowerment und „Handlungswissen“ bzw. „Medikamente“ sehen; Lebensqualität zielt auf die Verfügbarkeit von Information und Diensten im Allgemeinen ab, während das Nutzen von verfügbaren Informationen und Behandlungsmöglichkeiten - bezogen auf die psychiatrische Behandlung – von Empowerment erfasst wird.

C. Intrapersonale Ebene

Empowerment „Selbstwirksamkeit und Hoffnung“: Empowerment spiegelt sich in der Erwartung wider, eigene Ziele durch eigenes Handeln erreichen zu können und die Hoffnung auf mögliche Verbesserungen in der Zukunft aufrechtzuerhalten.

Empowerment „Selbstwert und Akzeptanz“: Empowerment zeigt sich in der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes und in der Forderung, „trotz“ Erkrankung akzeptiert und für andere wichtig zu sein.

Lebensqualität Domäne „Psychisch“

„Positive Gefühle“: „Diese Facette erfasst, in welchem Ausmaß die befragte Person positive Gefühle erlebt; so z.B. Zufriedenheit, Ausgewogenheit, Glück, Hoffnung, Freude, und inwieweit die schönen Dinge des Lebens genossen werden können. Es soll nach der Meinung und den Gefühlen zur Zukunft gefragt werden. Bei vielen Befragten sind diese mit Lebensqualität gleichzusetzen.“ [11, S. 98]

„Denken, Lernen, Gedächtnis und Konzentration“: „Diese Facette erfasst die ihrer [sic] Denk- und Lernfähigkeit der befragten Person. Berücksichtigt wird die Gedächtnisleistung, die Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen.“ [11, S. 98]

„Selbstachtung“: „Diese Facette erfasst das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl der befragten Person.“ [11, S. 99]

„Körperbild und Erscheinung“: „Diese Facette erfasst die Zufriedenheit der befragten Person mit ihrem Aussehen und ihrer körperlichen Erscheinung und die Frage, durch welche Aspekte diese Zufriedenheit beeinträchtigt wird.“ [11, S. 99]

„Negative Gefühle“: „Diese Facette erfasst, inwieweit die befragte Person durch negative Gefühle, wie z. B. Besorgnis, Angst, mangelnde Lebensfreude, Schuldbewusstsein in ihrem tägliche [sic] Leben beeinträchtigt wird.“ [11, S. 99]

Stellt man die „Intrapersonale Ebene“ aus dem Empowerment-Bereich der Domäne „Psychisch“ der Lebensqualität gegenüber, zeigen sich sowohl Überlappungen als auch Unterschiede. Im Bereich „positive Gefühle“ der Domäne „Psychisch“ taucht wie bei Empowerment der Aspekt Hoffnung auf. Allerdings liegt der Fokus bei Empowerment auch hier auf den Handlungsmöglichkeiten: es geht nicht „nur“ darum, Hoffnung zu haben, sondern sie auch aufrechtzuerhalten. „Selbstachtung“ erfasst, ähnlich wie der Empowermentbereich „Selbstwert“, das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl. „Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration“, „Körperbild“, „negative Gefühle“ sowie Teilbereiche aus „positive Gefühle“ im Bereich der Lebensqualität haben jedoch keine offensichtliche Entsprechung; ebenso können die Teilbereiche „Selbstwirksamkeit“ und „Akzeptanz“ keinen Lebensqualitätsbereichen zugeordnet werden. Gleichzeitig ist intuitiv davon auszugehen, dass beispielweise die Domäne „negative Gefühle“ negativ mit „Selbstwirksamkeit“ korreliert.

D. Keine Entsprechungen

Für folgende Bereiche konnte keine eindeutige Entsprechung gefunden werden:

Empowerment:

„Gesellschaftlich/ politisch“

„Intrapersonale Ebene“: „Akzeptanz“; „Selbstwirksamkeit“

Lebensqualität:

Domäne I: „Physisch“: „Schmerz und körperliche Beschwerden“, „Energie und Erschöpfung“, „Schlaf und Erholung“;

Domäne II: „Psychisch“: Teile aus „positive Gefühle“, „Körperbild“, „Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration“, „negative Gefühle“ (s. o.);

Domäne III: „Unabhängigkeit“: Teile aus „Mobilität“;

Domäne V: „Umwelt“: Teile aus „Physische Sicherheit und Schutz“, „Physisches Umfeld“, „Verkehrsmittel“;

Domäne VI: „Religion/Persönliche Anschauungen“;

E. Zusammenfassung: Definitionen Empowerment versus Lebensqualität

Zusammenfassend zeigen sich sowohl Überlappungen als auch Unterschiede. Klar erkennbar ist der Prozesscharakter von Empowerment, während sich Lebensqualität vornehmlich auf den aktuellen Status bezieht. Empowerment könnte auch mit der Überschrift „der Weg ist (zumindest auch) das Ziel“ betitelt werden; es wird längerfristig gedacht und immer der Abgleich mit aktuellen Möglichkeiten gesucht, manchmal auch im Sinne eines gezielten Zurückschraubens der Kontrolle. Bei der Lebensqualität sind schnell große Einschränkungen durch externe Bedingungen anzunehmen (z.B. durch eine schlechte Wohnsituation). Empowerment wird zwar auch durch Umweltbedingungen beeinflusst bzw. kann durch sie sogar deutlich erschwert werden, kennzeichnend sind jedoch der Umgang mit der aktuellen Situation und das Wahrnehmen von Handlungsmöglichkeiten. Der Schwerpunkt liegt auf Kontrolle und Handlung, wohingegen bei der Lebensqualität der Schwerpunkt auf Wohlbefinden und positiven Gefühlen liegt. Nach welchen Kriterien jedoch die Einschätzung der Lebensqualität vorgenommen wird, ist unklar und oft werden in die Definitionen die „wahrgenommenen“ Möglichkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten miteinbezogen, was wiederum eine Abgrenzung von Empowerment erschwert. Bezüglich der verschiedenen Bereiche gibt es viele Entsprechungen; der Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ sowie die Teilbereiche „Selbstwirksamkeit“ und „Akzeptanz“ sind allerdings nur kennzeichnend für Empowerment. Hingegen sind der physische Bereich, der Bereich „Denken“ und

Themen wie „Mobilität“ und „physische Sicherheit“ sowie „Religion und Spiritualität“ nur kennzeichnend für Lebensqualität. Diese Themen finden sich bei Empowerment höchstens indirekt, beispielsweise wie jemand trotz Schmerzen seiner Arbeit nachgeht oder wie jemand trotz eingeschränkter Mobilität seine sozialen Kontakte aufrechterhält. Die Überlappungen erscheinen stärker, wenn beide Bereiche hoch oder beide niedrig ausgeprägt sind. Ist die Lebensqualität hoch und Empowerment niedrig, sind positive Umweltbedingungen anzunehmen - ist dagegen Empowerment hoch und die Lebensqualität niedrig, ist von einer Übergangsphase (der Versuch, Kontrolle herzustellen, zeigt noch keine Ergebnisse) oder extrem aversiven Umweltbedingungen auszugehen. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Kriterien der Lebensqualität eher normative sind, während für Empowerment die Individualität und situative Flexibilität maßgeblich sind.

3.1.3.2. Äußerungen zu Lebensqualität in den Fokusgruppen

Im Folgenden sollen die spontanen Äußerungen der Fokusgruppen zum Thema Empowerment daraufhin untersucht werden, ob auf das Thema Lebensqualität Bezug genommen wird. Bei der lexikalischen Suche mit den Suchbegriffen Lebensqualität, Qualität, Zufriedenheit, zufrieden, Wohlbefinden, wohlfühlen, wohl, Freude fanden sich - nach Aussortieren von Aussagen, die in einem anderen Kontext standen - einige Äußerungen zum Thema Lebensqualität. In diesen Äußerungen wird Lebensqualität bzw. Zufriedenheit von den Gruppenteilnehmern als positive Folge von Empowerment bzw. von Selbstwirksamkeitserleben beschrieben:

„Und ich denke, also was ich selber beurteilen kann, dass ich Fortschritte gemacht habe in meiner Entwicklung. Und das stellt mich sehr zufrieden, muss ich sagen.“ (F2_w_s)

[Auf die Frage nach den Auswirkungen von Empowerment; d.V.]: „Ja, man hätte mehr, mehr riesige, was heißt, wie soll ich sagen, Lebensfreude würde sich steigern.“ (F3_w_l)

„Na, vielleicht komme ich ja irgendwann wieder in die Situation, wo ich mir denke, jetzt geht's. Und ich meine, und es gibt ja eben auch mehr Lebensqualität, eben durch die Entscheidungen, die man ja vielleicht eben trifft.“ (F2_w_l)

Die Erhöhung der Lebensqualität, in Folge von Empowerment, wird mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes assoziiert und einer „Rückführung“ zur Normalität.

„Ich denke, es würde, wie auch das Wort schon sagt, mehr Power, mehr Kraft erzeugen. Und wenn man diese Kraft hat, kann man wiederum Entscheidungen besser treffen. Wird dann vielleicht auch zufriedener mit dem Leben. Und das führt vielleicht wieder oder höchstwahrscheinlich dazu, dass die Krankheit dann auch vielleicht, dass sich der Gesundheitszustand dann auch bessert. Weil man einfach das Gefühl hat, ich sag jetzt einfach mal in Anführungszeichen, wieder normaler zu sein. Einfach gesellschaftsfähiger, sich besser zu integrieren, integrieren zu können.“ (F3_w_I)

Betrachtet man die obige Äußerung vor dem Hintergrund „Empowerment als Prozess“, so erscheint folgende kreisförmige Abfolge schlüssig: Machtverlust durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes → Steigerung von Empowerment → Steigerung der Lebensqualität → Verbesserung des Gesundheitszustandes. Generell werden die Auswirkungen von Empowerment überwiegend positiv eingeschätzt. Es finden sich jedoch auch Äußerungen, dass Empowerment phasenweise zu negativen Gefühlen führen kann, etwa wenn die Ziele nicht so leicht umsetzbar sind. Des Weiteren werden Ängste vor Fehlentscheidungen oder Überforderung und damit eine befürchtete Verschlechterung des Gesundheitszustandes thematisiert:

Wenn man jetzt wieder mehr in die Lage kommt, dass man für sich eben was entscheidet oder wieder mehr macht und mehr tut, sich ganz sicher ist, das schaff ich jetzt. Das mach ich jetzt. Das aber dann vielleicht nicht so schafft oder so verwirklichen kann, wie man es sich vorstellt. Das reißt einen schon auch in ein kleines Loch. Wenn es einfach nicht so funktioniert, wie man das haben will. Weil man stellt ja selber auch an sich Ansprüche. Man möchte wieder das machen können und jenes machen können. Und dann kriegst du wieder einen klaren Kopf und denkst dir, ja, jetzt mach ich das. Und das ist genau das Richtige. Und dann geht's schief. Das sind dann schon Rückschläge. (F2_w_I)

Wenn man jetzt die ganzen Entscheidungen und alle Entscheidungen selber trifft, (...), kann man natürlich auch Fehlentscheidungen treffen. Das heißt, das kann dann zu Problemen, Soziale-Kontakte-Probleme führen. Oder im Berufsleben irgendwie kann es da zu Problemen kommen. Wenn man also Fehlentscheidungen trifft, das kann frusten wieder und kann auch wieder, ja, Krankheitsrückfälle und solche Sachen verursachen. Wenn man ein bisschen das Pech hat und nur Fehlentscheidungen trifft. Dann wäre zu viel nicht gut. Und zu viel Empowerment nicht gut. (F2_m_I)

Das Thema des eigenen Wohlbefindens bzw. der Genesung zog sich durch alle Diskussionen; es wurde deutlich, dass dies für die meisten Teilnehmer als übergeordnetes Ziel sowie als Maßstab für Entscheidungen gilt:

Ja, dass man wieder gesünder wird. Auf alle Fälle. Das ist ja das Ziel. (F3_m_l)

„Dass ich im Moment also die Meinung hab, die ganzen Dinge, dass ich die Kontrolle nicht haben muss. Sondern dass ich mich einfach auf meine Gesundwerdung konzentriere. Und das meiner Familie eigentlich überlasse, dass die auf mich aufpassen. Und dass in dem Bereich eben nix schief geht. Also so fühl ich mich im Moment am Wohlsten einfach. Weil ich kann den Druck im Moment einfach nicht, alles schaffen zu müssen, also ja.“ (F2_w_s)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Teilnehmer in ihren spontanen Äußerungen Lebensqualität als positive Folge von Empowerment konzeptualisieren und der Lebensqualität wiederum positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand zuschreiben. Empowerment wird zwar ebenfalls überwiegend mit positiven Folgen assoziiert, es werden aber auch negative Auswirkungen beschrieben. Gleichzeitig wird deutlich, dass für die meisten Teilnehmer der eigene Gesundheitszustand das maßgebliche Kriterium für ihre Handlungen ist.

3.2. Ergebnisse quantitativer Teil

3.2.1. Merkmale der Stichprobe

Bei den Teilnehmern handelt es sich überwiegend um durch die psychische Erkrankung schwer beeinträchtigte Patienten. Dies zeigt sich schon darin, dass über 40% der Teilnehmer berentet sind und sich zwar weitere 42% als „berufstätig“ einordnen, jedoch nur knapp 15% davon in Vollzeit tätig sind. Gleichzeitig gibt weniger als ein Fünftel der Befragten an, „mit Betreuung“ zu leben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieses Item als „externe Betreuung“ verstanden wurde und nicht die Betreuung durch Familienangehörige erfasst. Des Weiteren sind viele Teilnehmer früh erkrankt, im Mittel mit 30 Jahren, und 70% der Teilnehmer waren bereits zweimal oder mehrmals in stationärer Behandlung. Zwischen Stadt und Land zeigen sich neben der Tatsache, dass die Mehrzahl der Teilnehmer aus ländlicher Region stammt, folgende augenfällige Unterschiede: Teilnehmer aus ländlichen Regionen haben tendenziell öfter einen Partner, eigene

Kinder und wohnen deutlich häufiger zusammen mit den eigenen Eltern. Teilnehmer aus dem städtischen Bereich haben deutlich häufiger hohe Bildungsabschlüsse (Abitur, Studium) und leben deutlich häufiger alleine. Dies entspricht im Wesentlichen der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung [207,208]. Genauere Angaben sowie Zahlenwerte sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale, Merkmale der Lebenssituation und klinische Merkmale der Stichprobe

Anmerkung: Häufigkeiten: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Rundung auf die letzte Stelle vor dem Komma; Prozentangaben (%): gültige Prozente wurden auf die letzte Stelle vor dem Komma gerundet; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3: affektive Störungen;

Merkmal	Spezifikation	Stadt	Land	Gesamt
Teilnehmer	Anzahl (n)	149	270	419
Alter	M (SD)	44,3 (11,6) (n=147)	43,8 (12,3) (n=264)	44,0 (12,0) (n=411)
Geschlecht	Weiblich (%)	59,7 (n=149)	48,5 (n=266)	52 (n=415)
Familienstand	Ledig (%)	58,4 (n=149)	48,3 (n=267)	51,9 (n=416)
	Verheiratet/ Partner (%)	16,1 (n=149)	27,0 (n=267)	23,1 (n=416)
Kinder	Kinder unter 18 (%)	10,7 (n=149)	20,8 (n=265)	17,1 (n=414)
	Kinder über 18 (%)	16,1 (n=149)	32,5 (n=265)	26,6 (n=414)
Bildung	≥ Abitur (%)	43,6 (n=149)	18,4 (n=266)	27,5 (n=415)
Wohnsituation A	Allein lebend (%)	62,2 (n=148)	36,1 (n=263)	45,5 (n=411)
	Mit Elternteil (%)	8,1 (n=148)	20,2 (n=263)	15,8 (n=411)
Wohnsituation B	Betreuung (%)	21,5 (n=149)	16,5 (n=266)	18,3 (n=415)
Berufliche Situation	Berufstätig (inklusive 400€, beschützte Tätigkeit) (%)	39,7 (n=146)	43,5 (n=260)	42,1 (n=406)
	Vollzeit (%)	14,4 (n=146)	14,6 (n=260)	14,5 (n=406)
	400-Euro-Job (%)	10,3 (n=146)	8,8 (n=260)	9,4 (n=406)
	Berentet (%)	35,6 (n=146)	45,0 (n=260)	41,6 (n=406)

Diagnose Experte	F2 (%) (vs. F3)	66,0 (n=144)	47,5 (n=259)	54,1 (n=403)
Diagnose Patient	F2 (%)	57,8 (n=147)	41,8 (n=263)	47,6 (n=410)
	Depression (%)	48,3 (n=147)	62,4 (n=263)	57,3 (n=410)
	Manie (%)	7,5 (n=147)	5,3 (n=263)	6,1 (n=410)
	F3 (Depression und/oder Manie) (%)	51,7 (n=147)	63,5 (n=263)	59,3 (n=410)
Ersterkrankung	Alter (M, SD)	29,9 (12,6) (n=136)	29,7 (12,7) (n=258)	29,8 (12,7) (n=394)
Stationäre Aufenthalte	≥ 2 (%)	70,3 (n=148)	69,9 (n=266)	70,0 (n=414)

3.2.2. Voranalysen

Eine wiederholte Teilnahme an der Empowerment-Studie steht zu keiner der Skalen des EPAS in einem signifikanten Zusammenhang. Bezüglich des „Settings“ zeigt sich lediglich ein signifikant negativer Zusammenhang ($p < 0,01$) zu der Subskala des EPAS „Behandlung/ Medikamente“. Das bedeutet, Personen, die kurz vor der Entlassung stehen, haben tendenziell niedrigere Werte auf der Dimension des EPAS „Behandlung/ Medikamente“ als Patienten, die sich seit längerem wieder in ambulanter Behandlung befinden. Dabei ist jedoch anzumerken, dass alle Patienten, die das Kriterium „kurz vor Entlassung“ erfüllen, gleichzeitig das Kriterium „ländliche Region“ erfüllen (s.u.). Des Weiteren findet sich eine signifikant positive Korrelation ($p < 0,05$) zwischen „Setting“ und der WHOQOL-BREF Subskala „Physisch“. Personen, die kurz vor der Entlassung stehen, weisen somit tendenziell höhere Werte im Bereich „Physisch“ der Lebensqualität auf. Zwischen „Setting“ und HoNOS-D besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Die Überprüfung der Prädiktorvariablen hinsichtlich Multikollinearität zeigte keine Korrelationen über 0,8 (Anhang X); höhere Korrelationen ergaben sich mit $r=0,644$ zwischen der Experten-Einschätzung, ob eine F2- oder F3-Diagnose vorliege („Diagnose Experte A“) und der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens

einer affektiven Störung („Diagnose Patient A“), mit $r=-0,644$ zwischen „ledig“ und „Kinder“ sowie mit $r=0,571$ zwischen „Alter“ und „Alter der Ersterkrankung“. Des Weiteren fanden sich relativ hohe Korrelationen zwischen den einzelnen Dimensionen des EPAS ($r=0,465$ bis $r=0,759$). Da diese jedoch entweder als einzelne Kriteriumsvariablen fungierten oder zur Erfassung des Gesamtkonzeptes von Empowerment als latente Variablen in das Strukturgleichungsmodell implementiert wurden, ist von keiner Erhöhung hinsichtlich Schätzfehlern auszugehen. Auch der VIF und der Toleranzwert sprechen durchgängig gegen das Vorliegen von Multikollinearität. Bei der Überprüfung der Annahme der Varianzenhomogenität und Normalverteilung der Residuen sind durchgängig keine schweren Verletzungen erkennbar.

3.2.3. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität (Fragestellung IIIa.)

3.2.3.1. Einflussfaktoren von Empowerment

Die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse (siehe Tabelle 6) zeigen, dass Berufstätige und Alleinlebende höhere Werte bezüglich Empowerment in der „Alltagsbewältigung“ aufweisen. Des Weiteren zeigt die Selbsteinschätzung bezüglich des Vorliegens weiterer Erkrankungen sowie einer größeren Anzahl stationärer Aufenthalte (zwei und mehr) einen signifikant negativen Einfluss auf die Subskala „Alltagsbewältigung“. Teilnehmer, bei denen von der therapeutischen Bezugsperson das Vorliegen einer Komorbidität angegeben wurde, zeigen niedrigere Werte in der Subskala „Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit“. Teilnehmer mit höherem Bildungsabschluss ($\geq$ Abitur) sowie solche aus städtischer Region weisen höhere Werte in der Dimension „Behandlung/ Medikamente“ auf. Männliche Teilnehmer erzielten höhere Werte in der Dimension „Selbstwert/ Akzeptanz“. Über alle Skalen hinweg zeigt sich ein hochsignifikanter negativer Effekt der krankheitsbedingten Beeinträchtigung. Das bedeutet, Teilnehmer, die von ihrer therapeutischen Bezugsperson als stärker beeinträchtigt eingestuft wurden, zeigen niedrigere Empowerment-Werte. Auch die Selbsteinschätzung der Teilnehmer hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie wirkt sich durchgängig signifikant negativ auf die einzelnen

Empowerment-Dimensionen aus. Die Determinationskoeffizienten (R^2) für die einzelnen Empowerment-Dimensionen zeigen jedoch, dass nur ein relativ geringer Varianzanteil durch die untersuchten Prädiktoren erklärt werden kann.

Tabelle 6: Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für die Einflüsse soziodemographischer Merkmale, Merkmale zur Lebenssituation und klinischer Merkmale auf die Dimensionen des EPAS.

Anmerkung: Angabe der standardisierten Regressionskoeffizienten und des Signifikanzniveaus (p): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Soziale B.: Soziale Beziehungen; Sex.: Sexualität; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3: affektive Störungen; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; n: Teilnehmeranzahl; R^2 : Determinationskoeffizient;

	Alltagsbewältigung	Soziale B./ Sex./ Freizeit	Behandlung/ Medikamente	Selbstwirksamkeit/ Hoffnung	Selbstwert/ Akzeptanz
Alter	-0,01	-0,00	-0,03	-0,06	-0,01
Geschlecht	-0,06	0,05	0,00	0,00	0,12*
Familienstand: ledig	-0,03	-0,05	0,04	-0,04	-0,12
Kinder	0,04	-0,01	0,04	0,04	-0,01
Bildung: $\geq$ Abitur	0,06	0,09	0,15**	0,03	0,08
Erwerbstätigkeit	0,19***	0,02	-0,01	0,07	0,06
Wohnsituation A (allein)	0,18***	0,02	0,07	0,06	-0,05
Wohnsituation B (mit Betreuung)	-0,06	-0,07	-0,04	0,00	0,05
Region (Land, Stadt)	0,01	0,04	0,14*	0,01	0,05
Diagnose Experte A (F2, F3)	-0,06	-0,09	0,04	-0,08	-0,06
Diagnose Experte B (Komorbidität)	-0,09	-0,11*	-0,06	-0,09	-0,04
Diagnose Patient A (F3)	-0,17*	-0,19**	-0,16*	-0,26***	-0,28***
Diagnose Patient A (weitere Erkrankungen)	-0,11*	-0,09	-0,07	-0,02	-0,10
Ersterkrankung (Alter)	0,05	-0,04	-0,04	-0,01	0,04
Stationäre Aufenthalte (≥ 2)	-0,12*	-0,09	0,06	-0,08	-0,11

Krankheitsbedingte Beeinträchtigung (HoNOS-D)	-0,27***	-0,25***	-0,19***	-0,26***	-0,19***
n	341	342	342	342	342
R ²	0,26	0,24	0,17	0,22	0,24

3.2.3.2. Einflussfaktoren von Lebensqualität

Hinsichtlich der Einflussfaktoren von Lebensqualität (siehe Tabelle 7) stufen erwerbstätige Teilnehmer ihre physische Lebensqualität höher ein; dagegen wirkt sich das Vorliegen einer Komorbidität (Einschätzung Experte) sowie eine größere Anzahl stationärer Aufenthalte (zwei und mehr) signifikant negativ auf die Einschätzung der physischen Lebensqualität aus. Ledige Teilnehmer und an einer F2-Diagnose leidende Patienten (Einschätzung Experte) weisen niedrigere Werte in der Subskala „Soziale Beziehungen“ auf. In der Subskala „Umwelt“ zeigen Teilnehmer, die „nicht ledig“ bzw. „erwerbstätig“ sind, höhere Werte. Gleichzeitig wirkt sich der Prädiktor „zwei und mehr stationäre Aufenthalte“ negativ auf diese Skala aus. Das Vorliegen einer Erwerbstätigkeit zeigt einen positiven Effekt auf den „Globalwert“. Die krankheitsbedingte Beeinträchtigung hat einen hochsignifikanten negativen Einfluss auf alle Subskalen und den „Globalwert“. Ebenso zeigt sich, außer bei der Subskala „Soziale Beziehungen“, ein durchgängig negativer Effekt der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Manie auf die Lebensqualität. Generell erklären die untersuchten Prädiktoren jedoch nur einen relativ geringen Varianzanteil.

Tabelle 7: Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen für die Einflüsse soziodemographischer Merkmale, Merkmale zur Lebenssituation und klinischer Merkmale auf die Dimensionen des WHOQOL-BREF.

Anmerkung: Angabe der standardisierten Regressionskoeffizienten und des Signifikanzniveaus (p): * p< 0,05; ** p< 0,01; *** p< 0,001; Phys.: Physisch; Psych.: Psychisch; Soziale B.: Soziale Beziehungen; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3: affektive Störungen; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; n: Teilnehmeranzahl; R²: Determinationskoeffizient;

	Phys.	Psych.	Soziale B.	Umwelt	Global
Alter	-0,08	-0,01	0,01	0,06	-0,00
Geschlecht	0,05	0,08	-0,08	0,04	0,09

Familienstand: ledig	-0,02	0,00	-0,17*	-0,15*	-0,02
Kinder	-0,07	0,05	-0,12	-0,11	0,02
Bildung: $\geq$ Abitur	0,00	0,05	0,01	0,03	0,05
Erwerbstätigkeit	0,18***	0,05	0,08	0,12*	0,10*
Wohnsituation A (allein)	0,00	-0,03	-0,05	0,04	0,04
Wohnsituation B (mit Betreuung)	-0,04	0,01	-0,04	-0,05	0,02
Region	-0,01	0,00	0,01	0,00	-0,04
Diagnose Experte A (F2, F3)	-0,07	-0,11	-0,14*	-0,06	-0,11
Diagnose Experte B (Komorbidität)	-0,12*	-0,04	-0,09	-0,06	-0,08
Diagnose Patient A (F3)	-0,22***	-0,32***	-0,08	-0,24***	-0,19**
Diagnose Patient A (weitere Erkrankungen)	-0,03	-0,06	-0,06	-0,04	-0,02
Ersterkrankung (Alter)	0,05	0,05	-0,02	0,01	0,01
Stationäre Aufenthalte (≥ 2)	-0,13*	-0,09	-0,09	-0,13*	-0,06
Krankheitsbedingte Beeinträchtigung (HoNOS-D)	-0,31***	-0,29***	-0,23***	-0,24***	-0,23***
n	345	345	345	346	344
R ²	0,30	0,31	0,19	0,22	0,19

3.2.4. Empowerment als Mediator bzw. Moderator (Fragestellung IIIb.)

3.2.4.1. Begründung der Modelle

Aus dem Theorieteil lässt sich ableiten, dass Empowerment und Lebensqualität ähnliche Einflussfaktoren haben; diese finden sich vor allem in den Bereichen Symptomstärke, depressive Symptomatik, soziale Kontakte, Stigma und

psychosoziales Funktionsniveau. Dies kann im Rahmen der für diese Studie untersuchten Prädiktoren bestätigt werden. So finden sich zwischen allen Dimensionen des EPAS und des WHOQOL-BREF durchgängig signifikant negative Korrelationen mit der krankheitsbedingten Beeinträchtigung bzw. der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Manie (im Folgenden Selbsteinschätzung-F3) (Anhang X und XI); auch in den Regressionsanalysen kann der durchwegs bzw. überwiegend feststellbare negative Einfluss der krankheitsbedingten Beeinträchtigung bzw. der Selbsteinschätzung-F3 bestätigt werden. Dies entspricht auch den Ergebnissen der Fokusgruppen, in denen Empowerment und Lebensqualität überwiegend mit positiven Folgen auf den Gesundheitszustand verbunden werden. Unklar bleibt jedoch, in welcher Beziehung die einzelnen Variablen untereinander stehen. Deshalb sollen im nächsten Schritt für die beiden stärksten Prädiktoren, nämlich krankheitsbedingte Beeinträchtigung und Selbsteinschätzung-F3, sowie für Empowerment und Lebensqualität hypothetische Bedingungsmodelle aufgestellt werden.

Zum einen wäre es denkbar, dass Empowerment als Mediator zwischen krankheitsbedingter Beeinträchtigung bzw. Selbsteinschätzung-F3 und Lebensqualität fungiert (siehe Abbildung 2). Die vorhandene Literatur sowie die Ergebnisse der Fokusgruppen deuten überwiegend darauf hin, dass Empowerment der Lebensqualität vorgeschaltet ist und dass ein positiver Zusammenhang zwischen den beiden Konzepten sowie eine negative Verbindung zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung und Selbsteinschätzung-F3 besteht. Zur Abbildung des Prozesscharakters von Empowerment wird die „Krankheit“ als Ausgangspunkt des Modells gewählt.

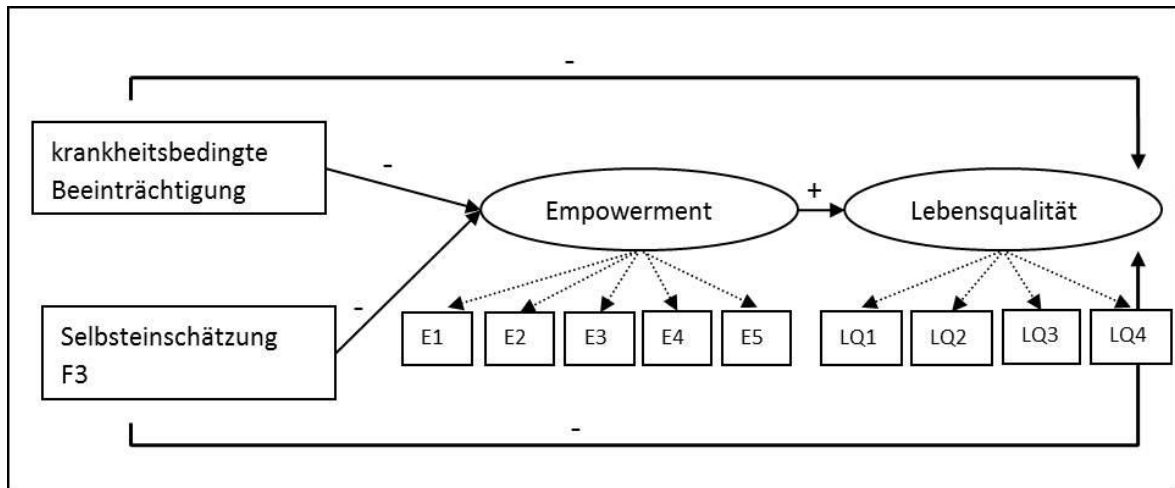


Abbildung 2: Hypothetisches Mediatormodell

Anmerkung: Selbsteinschätzung F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie; E1-E5: Teilbereiche Empowerment (Subskalen EPAS); LQ1-LQ4: Teilbereiche Lebensqualität (Subskalen WHOQOL-BREF);

Zum anderen wäre es auch denkbar, dass Empowerment den Zusammenhang zwischen krankheitsbedingter Beeinträchtigung und Lebensqualität bzw. zwischen Selbsteinschätzung-F3 und Lebensqualität moderiert (siehe Abbildung 3). Das würde bedeuten, dass Empowerment nicht als Mediator fungiert, also nicht kausal zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium vermittelt, sondern die Stärke des Zusammenhangs beeinflusst. So wäre es beispielsweise denkbar, dass sich ein stärkerer (negativer) Zusammenhang zwischen krankheitsbedingter Beeinträchtigung und Lebensqualität bzw. zwischen Selbsteinschätzung-F3 und Lebensqualität bei Personen mit niedrigen Empowerment-Werten findet als das bei Personen mit hohen Empowerment-Werten der Fall ist. Deshalb sollen mögliche Interaktionseffekte auf die Lebensqualität überprüft werden. Auch in diesem Modell wird angenommen, dass sich ein negativer Effekt der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und der Selbsteinschätzung-F3 und ein positiver von Empowerment auf die Lebensqualität zeigt, auch wenn dies für die Überprüfung der Moderatorfunktion nicht relevant ist.

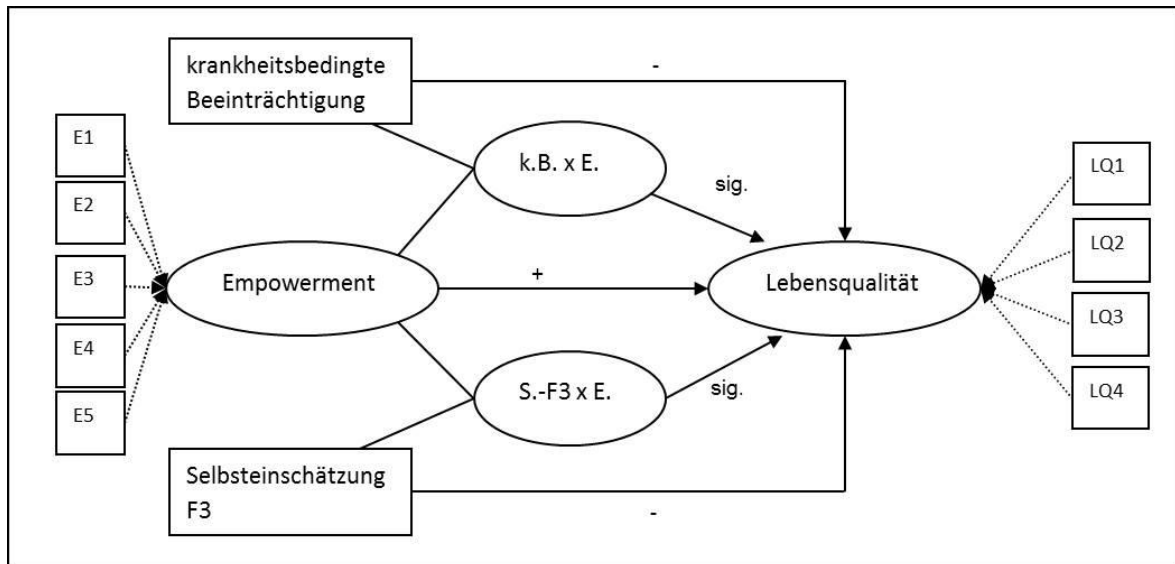


Abbildung 3: Hypothetisches Moderatormodell

Anmerkung: E1-E5: Teilbereiche Empowerment (Subskalen EPAS); LQ1-LQ4: Teilbereiche Lebensqualität (Subskalen WHOQOL-BREF); k.B.: krankheitsbedingte Beeinträchtigung; E.: Empowerment; Selbsteinschätzung F3/ S.-F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Manie; sig.: signifikant;

Für beide Modelle wird angenommen, dass von den jeweils erfassten Teilbereichen der Fragebögen (E1-E5 bzw. LQ1-LQ4) auf Empowerment und Lebensqualität geschlossen werden kann.

3.2.4.2. Modellüberprüfung

A. Mediatormodell

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass die Faktorladungen der latenten Variablen, Empowerment und Lebensqualität, durchwegs in einem guten Bereich liegen und alle hoch signifikant sind (siehe Tabelle 8). Keiner der Indikatoren zeigt standardisierte Faktorenladungen größer 1 oder negative Residualvarianzen („Heywood Case“).

Tabelle 8: Standardisierte Faktorenladungen für die Dimensionen des EPAS und WHOQOL-BREF

Anmerkung: E1-E5: Teilbereiche Empowerment (Subskalen EPAS); LQ1-LQ4: Teilbereiche Lebensqualität (Subskalen WHOQOL-BREF); Signifikanzniveau (p): * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Empowerment		Lebensqualität	
Dimension	standardisierte Faktorenladungen	Dimension	standardisierte Faktorenladungen
E1:	0,695***	LQ1:	0,773***

E2:	0,822***	LQ2:	0,897***
E3:	0,651***	LQ3:	0,650***
E4:	0,897***	LQ4:	0,754***
E5:	0,842***		

Empowerment und krankheitsbedingte Beeinträchtigung erweisen sich beide als signifikante Prädiktoren der Lebensqualität. Letztere sowohl direkt, allerdings mit sehr niedrigem Gewicht (siehe Abbildung 4), als auch indirekt über Empowerment ($\beta_{\text{indirekt}} = -0,26^{***}$); dies spricht für das Vorliegen eines partiellen Mediatoreffektes. Die Selbsteinschätzung-F3 zeigt keinen direkten signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität - über Empowerment findet sich jedoch ein signifikanter indirekter Effekt ($\beta_{\text{indirekt}} = -0,28^{***}$); dies spricht für das Vorliegen eines vollständigen Mediatoreffektes. Auch nach den Bias-korrigierten Bootstrap-Konfidenzintervallen (Ziehung $n=10.000$) sind die indirekten Effekte signifikant von Null verschieden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Konfidenzintervalle der standardisierten indirekten Effekte

Anmerkung: CI: oberes und unteres 95% und 99% Konfidenzintervall; Selbsteinschätzung-F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie;

Lebensqualität - Empowerment - krankheitsbedingte Beeinträchtigung		Lebensqualität - Empowerment - Selbsteinschätzung-F3	
CI ₉₅₋ = -0,340	CI ₉₅₊ = -0,175	CI ₉₅₋ = -0,357	CI ₉₅₊ = -0,195
CI ₉₉₋ = -0,366	CI ₉₉₊ = -0,149	CI ₉₉₋ = -0,382	CI ₉₉₊ = -0,169

Des Weiteren erweisen sich sowohl krankheitsbedingte Beeinträchtigung als auch Selbsteinschätzung-F3 als signifikante negative Prädiktoren von Empowerment, allerdings mit niedrigen Gewichten ($-0,29^{***}$; $-0,31^{***}$).

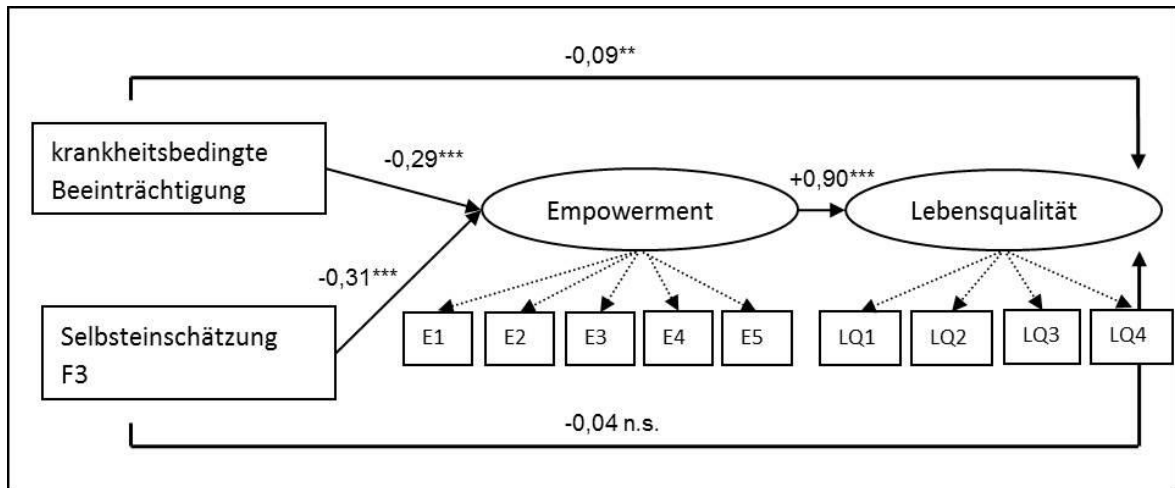


Abbildung 4: Ergebnisse Mediatormodell: direkte Effekte

Anmerkung: Angegeben werden die standardisierten Regressionskoeffizienten und das Signifikanzniveau (p): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; Teilnehmerzahl: $n=419$; CFI (Comparative Fit Index): 0,95; SRMR (Standardized Root Mean Square Residual): 0,04; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation): 0,09; AIC (Akaike Information Criterion): 20073,39; BIC (Bayesian Information Criterion): 20202,60; Selbsteinschätzung F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie; E1-E5: Teilbereiche Empowerment (Subskalen EPAS); LQ1-LQ4: Teilbereiche Lebensqualität (Subskalen WHOQOL-BREF); n.s. nicht signifikant

Betrachtet man die Fitindizes des Mediatormodells, weisen der CFI und SRMR mit 0,95 bzw. 0,04 auf einen akzeptablen bzw. guten Fit hin, während der RMSEA mit 0,09 (CI_{90-} : 0,08; CI_{90+} : 0,12) auf einen mäßigen Fit hinweist. Die standardisierten Residuen für Empowerment weisen mit 0,79 ($R^2=0,21$) einen geringen Anteil der erklärten Varianz auf, wohingegen ein Großteil der Varianz der Lebensqualität durch das Modell geklärt werden kann ($R^2=0,90$); dabei erweist sich Empowerment als stärkster Prädiktor ($\beta=0,90$). Die Modifikationsindizes zeigen relativ hohe Werte an, die sich auf Lockerung der Restriktionen zwischen Empowerment und Lebensqualität bzw. zwischen ihren Subskalen beziehen.

B. Moderatormodell

Wie nach der Überprüfung des Mediatormodells zu erwarten war, weisen die Faktoren Empowerment und Lebensqualität auch im Moderatormodell hoch signifikante Ladungen auf ($p < 0,001$). Es zeigen sich keine Hinweise auf „Heywood Cases“. Die Ergebnisse hinsichtlich der Überprüfung des Moderatormodells sind in Abbildung 5 dargestellt.

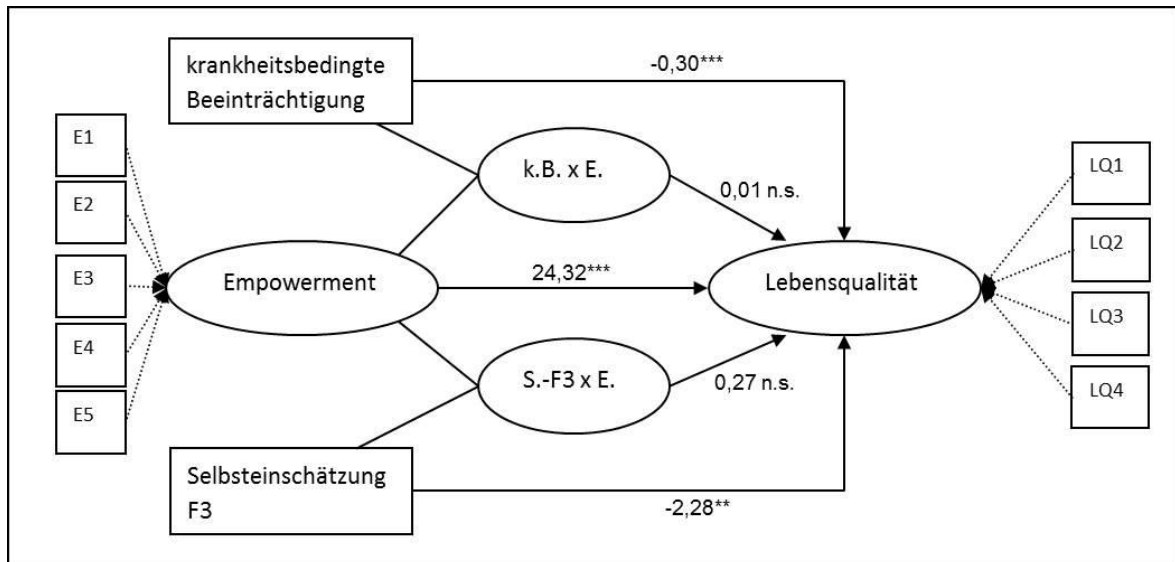


Abbildung 5: Ergebnisse Moderatormodell

Anmerkung: Angegeben werden die unstandardisierten Regressionsgewichte und das Signifikanzniveau (p): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; Teilnehmerzahl: $n=419$; AIC (Akaike Information Criterion): 16539,72; BIC (Bayesian Information Criterion): 16668,08; E1-E5: Teilbereiche Empowerment (Subskalen EPAS); LQ1-LQ4: Teilbereiche Lebensqualität (Subskalen WHOQOL-BREF); k.B.: krankheitsbedingte Beeinträchtigung; E.: Empowerment; Selbsteinschätzung F3/ S.-F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Manie; n.s.: nicht signifikant;

Lässt man zunächst die Interaktionseffekte unberücksichtigt, finden sich die angenommenen Richtungen und Signifikanzen zwischen den Prädiktoren und der Lebensqualität; dabei ist der gewichtigste Effekt wiederum der von Empowerment auf die Lebensqualität. Hingegen zeigt keiner der beiden Interaktionsterme einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Zudem weisen die Interaktionseffekte niedrige Gewichte auf (vgl. Abb. 5). Dies spricht gegen die Annahme von Empowerment als Moderator. Für AIC und BIC ergaben sich jedoch niedrigere Werte als im Mediatormodell (vgl. Abb. 4 und Abb. 5), was eine bessere Modellanpassung des Moderatormodells nahelegt; dies soll diskutiert werden (vgl. 4.1.2.2.)

4. Diskussion

Thema der vorliegenden Arbeit war es, die beiden Konzepte Empowerment und Lebensqualität bei Patienten mit schizophrenen und affektiven Erkrankungen zu vergleichen. Dabei sollte eine größere Klarheit bezüglich der Definition von Empowerment geschaffen werden sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Konzepte herausgearbeitet und denkbare Zusammenhänge überprüft werden. Die Ergebnisse sollen zuerst inhaltlich diskutiert werden und anschließend einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Nach einem Fazit sollen die Implikationen für die klinische Praxis und die Forschung diskutiert und ein Ausblick gegeben werden.

4.1. Inhaltliche Diskussion

4.1.1. Qualitativer Teil

4.1.1.1. Wichtigkeit Empowerment (Fragestellung Ia.)

Bezüglich der Wichtigkeit von Empowerment zeigt sich eine hohe Relevanz in allen Gruppen. Die sich ergebenden Bereiche entsprechen dabei weitgehend denen in der Literatur: So werden in Bezug auf das alltägliche Leben die Bereiche „Finanzen“, „Beruf“, „Soziale Beziehungen“, „Wohnsituation/ Haushaltsführung/ Alltagsaufgaben“ und „Freizeit“ genannt. Ähnliches findet sich auch in verschiedenen Studien [71,135,158,160], wobei jedoch der Bereich „Freizeit“ bisher wenig Beachtung fand. Auffällig ist, dass die ersten drei Bereiche ziemlich komplexer Natur sind, während die letzteren eher niederschwellig und wenig problembehaftet zu sein scheinen und auch weniger Raum in den Diskussionen einnehmen. Dies könnte zum einen daran liegen, dass in diesen Bereichen eine geringere Abhängigkeit von äußeren Strukturen bzw. anderen Menschen vorliegt. Zum anderen könnte es darin begründet sein, dass viele der Teilnehmer in diesen Bereichen schon ein relativ hohes Niveau an Empowerment erreicht haben.

Der Bereich „Beruf“ nimmt einen sehr hohen Stellenwert ein. Dies ist insofern plausibel, da die Berufstätigkeit gleichzeitig viele verschiedene Funktionen, wie beispielsweise das Geben einer Alltagsstruktur und die Ermöglichung sozialer Kontakte, erfüllt, was insbesondere beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung

von großer Bedeutung ist. Der hohe Stellenwert könnte auch der generellen gesellschaftlichen Entwicklung zuzuschreiben sein, in welcher der Beruf oft als wichtige Identitäts- und Selbstwertstütze dient [z.B. 214]. Deshalb mag für jemanden, der nicht berufstätig ist, schnell das Gefühl der „Ausgeschlossenheit“ entstehen bzw. der Beruf als Tor in die „normale Welt“ erscheinen.

Auch im Bereich „Behandlung“ finden sich mit „Partizipativer Beziehungsgestaltung“, „Handlungswissen“ und „Medikamente“ ähnliche Schwerpunkte wie in der Literatur [51,86,94,95,96,178]. Dabei wird jedoch in allen Gruppen Empowerment umfassend auf das gesamte Leben bezogen und nicht ausschließlich als etwas verstanden, das sich in der Behandlung abspielt. Besonders hervorzuheben ist, dass der Teilbereich „Handlungswissen“ einen sehr großen Raum in den Diskussionen einnimmt. Dies ist verständlich, wenn der Ursprung von Empowerment nicht nur, wie es beispielsweise Fingeld [85] beschreibt, in der Machtlosigkeit gegenüber einem unterdrückenden Gesundheitssystem bzw. in Stigmatisierungen begründet liegt, sondern ebenso die Krankheit an sich als Machtverlust und/ oder als Hilflosigkeitserfahrung, und das Erlernen eines aktiven Umgangs mit Symptomen, im Sinne eines Verbesserns des Handlungswissens, als Teil des Empowermentprozesses angesehen wird.

Auch im intrapersonalen Bereich finden sich viele Gemeinsamkeiten mit der vorhandenen Literatur [z.B. 186]. Immer wieder wird in den Gruppen der Bereich „Akzeptanz“ angesprochen, ein Teilbereich, der bisher wenig Beachtung fand (s. u.).

Oft wird in der Literatur der Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ als kennzeichnend für Empowerment dargestellt, vor allem wenn die Entstehung von Empowerment betrachtet wird [150]. In den Diskussionen fällt auf, dass mehr über Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für den Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ gesprochen wird als über konkrete Erfahrungen bezüglich Empowerment. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele Teilnehmer erst in den Fokusgruppen begonnen haben, sich mit dieser Thematik bewusst auseinanderzusetzen, und dieser Bereich im bisherigen Leben keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat. Von den meisten Teilnehmern wird eine Stufeneinteilung im Sinne einer schrittweisen Kontrolle über bestimmte Bereiche als sinnvoll erachtet. Auch dabei wird der Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ von den meisten nach hinten versetzt. Gleichzeitig gibt es jedoch auch Teilnehmer, die

über großes Engagement im gesellschaftlichen/ politischen Bereich berichten. Überwiegend setzen die Gruppenteilnehmer Empowerment jedoch nicht mit „großen (politischen) Umwälzungen“ gleich. Vielmehr geht es „um Empowerment im Kleinen“ - um den alltäglichen Kampf gegen innere und äußere Hindernisse und den Versuch, Kontrolle über individuell wichtige Bereiche zu erhalten bzw. aufrechtzuerhalten.

Die hohe Übereinstimmung der als wichtig erachteten Bereiche mit der Literatur ist auf Grund des Designs der vorliegenden Studie, nämlich der Erstellung des Leitfadens an Hand der aktuellen Literatur, nicht überraschend. Festzuhalten ist jedoch, dass nicht Kontrolle über sämtliche Lebensbereiche, sondern vielmehr das schrittweise Erlangen von Kontrolle in bestimmten Bereichen als sinnvoll erachtet wird; dabei kann die Anordnung der Bereiche, je nach persönlichen Prioritäten, individuell sehr unterschiedlich sein.

4.1.1.2. Ausgestaltung Empowerment (Fragestellung Ib.)

Die in der Literatur gängige Definition von Empowerment als Kontrolle über das Leben kann auch in den Fokusgruppen als adäquat bestätigt werden [135,158,177]. Allerdings wird klar, dass es nicht um Kontrolle um jeden Preis geht, sondern diese im Abgleich mit den internen und externen Möglichkeiten zu sehen ist. Auch hier zeigt sich Empowerment weniger „kämpferisch“ als oft in der Literatur dargestellt [149]; so kann Empowerment auch bedeuten, sich phasenweise Unterstützung zu holen, z.B. bei bürokratischen Dingen, oder sich bewusst für einen Klinikaufenthalt zu entscheiden. Hier wird der Prozesscharakter von Empowerment deutlich, der bereits von anderen Autoren beschrieben wurde [83,91,135]. Er zeigt sich in nahezu allen beschriebenen Bereichen in Themen wie Wachstum, Einstellungsänderungen, Nutzen von Erfahrungen und langfristigem vorausschauendem Denken.

Die Frage, ob Empowerment von innen oder von außen kommt bzw. kommen soll, wird auch in den Gruppen kontrovers diskutiert. Eine Möglichkeit, die Verschiedenheit der Ansichten - Empowerment eher als Unterstützung bzw. Bereitstellung von Möglichkeiten vs. Empowerment als völlige Eigeninitiative - erklären zu können, wäre die Annahme, dass die Teilnehmer auf unterschiedlichen Stufen von Empowerment stehen. In Übereinstimmung mit

Fingeld [85] wäre es für manche Menschen sinnvoll, wenn zur Unterstützung bestimmte Prozesse von außen angestoßen würden oder Wahlmöglichkeiten zur Verfügung gestellt würden, während zu einem späteren Zeitpunkt, bei anderen Menschen oder in anderen Bereichen von Empowerment, eine höhere Selbstständigkeit vorliegen kann, die sich auch im selbstständigen Einsetzen für eigene Bedürfnisse und Ziele über äußere Widerstände hinaus zeigen kann.

Als weiteres Thema zieht sich das Problem durch die Diskussionen, ein Gleichgewicht zwischen Selbstständigkeit und Überforderung zu finden. Dies wird besonders deutlich im Bereich „Beruf“: einerseits besteht die Sehnsucht nach einer Arbeitstätigkeit, andererseits gibt es die Angst, dort nicht „zu funktionieren“ bzw. durch Überlastung einen Krankheitsrückfall zu erleiden. Deutlich wird hierbei, dass es in unserer Gesellschaft nur wenige Möglichkeiten für chronisch psychisch Kranke gibt, sowohl Schutz als auch „echte Arbeit“, nicht bloße Beschäftigung zu erhalten.

Dieses Thema zieht sich auch in den Bereich „Freizeit“. Dabei geht es um die Frage, inwieweit es gelingt, eigene Vorstellungen von ihrer Gestaltung zu entwickeln und zu überdenken, gerade wenn man aktuell nicht arbeitsfähig ist. Gleichzeitig wird vor allem bei den Teilnehmern, die nicht berufstätig sind, der Bereich „Freizeit“ weniger hinsichtlich der möglichen Ausgestaltung von Empowerment, sondern eher hinsichtlich seiner Funktion diskutiert. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass dieser Bereich zwar bei vielen Teilnehmern einen großen Raum im Leben einnimmt, es sich gleichzeitig aber um einen Bereich handelt, der relativ unabhängig von Pflichten oder äußeren Auflagen ist und kein „Muss“ ist. Deswegen scheinen viele Patienten eine Motivationsquelle zu suchen, indem sie der „Freizeit“ eine Funktion zuschreiben, zum Beispiel die Funktion „aktiv zu bleiben“ oder „mehr am Leben teilzunehmen“.

Der Bereich „Soziale Beziehungen“ gestaltet sich deutlich komplexer als angenommen. So bedeutet Empowerment nicht nur Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten, sondern auch einen Weg zu finden, in Beziehungen sozial kompetent zu handeln und die eigenen Bedürfnisse nicht aus dem Blick zu verlieren. So kann Empowerment phasenweise auch bedeuten, sich aus Beziehungen zu lösen oder sich zeitweise abzugrenzen. Über den Teilbereich „Sexualität“ wird sehr spärlich diskutiert. Dies mag zum einen daran liegen, dass dieser Bereich schambesetzt ist; zum anderen scheint er, bedingt durch den

Kampf mit den täglichen Anforderungen und Problemen, bei einigen Teilnehmern völlig in den Hintergrund geraten zu sein. Die geringe Zahl der Äußerungen zum Thema „eigene Kinder“ ist wohl darauf zurückzuführen, dass nur wenige Teilnehmer eigene Kinder hatten bzw. dass diese bereits erwachsen waren.

Im Bereich „Behandlung“ ist auffällig, dass eine Vielzahl an „Blockaden“ thematisiert wird, die sich jedoch hauptsächlich auf den stationären Bereich beziehen. Folgt man dem Modell von Empowerment, ist in diesem Bereich von vornherein mit einem Machtverlust im Sinne von Verantwortungsabgabe zu rechnen; zusätzlich dürften die Patienten bei Klinikaufenthalten auch durch die Krankheitssymptome in einen Zustand der mehr oder weniger großen Machtlosigkeit gebracht werden. Und es sind, wie eine Patientin anmerkt, im stationären Bereich eher Strukturen zu finden, die eine ungleiche Machtverteilung fördern. Umso wichtiger erscheint es in dieser Situation, dass der Behandler sich am Bild eines kompetenten Patienten orientiert und dessen Selbstständigkeit so stark wie möglich bewahrt und fördert. Dies wird auch in den Forderungen der Teilnehmer deutlich. „Wünschenswerte“ Behandlung bedeutet für sie bestmögliche Unterstützung bei gleichzeitig möglichst geringer Abgabe von Freiheitsgraden unter Wahrung von Respekt und Achtung der Person. Auch hier ist das Finden der Balance wichtig: „was im Moment machbar ist und wo man bewusst Dinge abgeben sollte“. Grundsätzlich wird der Wunsch nach flexiblen, eher kleinen persönlichen und konstanten Behandlungsangeboten deutlich. Dies entspricht jedoch weniger den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, die eine immer stärkere Reglementierung von Leistungen im gesamten Gesundheitsbereich nach sich ziehen [z.B. 43].

Auf der „Intrapersonalen Ebene“ kristallisiert sich der Unterpunkt „Akzeptanz“ heraus. Dieser Bereich fällt insofern ein wenig aus dem Rahmen, als hier die Außenperspektive als „akzeptierter Mensch trotz Erkrankung“ mit ins Spiel kommt. Es wäre jedoch denkbar, dass dieser Bereich den positiven Gegenpol zu Hilflosigkeitserfahrungen durch Stigmatisierung bildet.

Allgemein fällt auf, dass in allen Gruppen zahlreiche „Blockaden“ geäußert werden. Dies könnte daran liegen, dass die Teilnehmer sich in vielen Bereichen noch nicht voll „empowert“ fühlen, sondern sich immer wieder mit Hilflosigkeitserfahrungen konfrontiert sehen, aber auch daran, dass „völliges“ Empowerment doch ein eher abstraktes Ziel darstellt, wohingegen der „Weg

dorthin“ mit seinen alltäglichen Hindernissen näher an der aktuellen Lebenssituation der Teilnehmer liegt und emotional leichter zugänglich ist.

4.1.1.3. Abgrenzung Empowerment und Lebensqualität (Fragestellung II.)

Aus dem Vergleich der erarbeiteten Definitionen von Empowerment und den vorliegenden Definitionen für die Lebensqualität aus dem WHOQOL ergeben sich klare Unterschiede zwischen den Konzepten. So ist Empowerment gekennzeichnet durch Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten, Lebensqualität dagegen durch das aktuelle Befinden. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch mehrere Schnittpunkte. Diese zeigen sich zum einen in den vielen Entsprechungen zwischen den verschiedenen Bereichen von Empowerment und Lebensqualität. Der Bereich „Gesellschaftlich/ politisch“ sowie die Teilbereiche „Selbstwirksamkeit“ und „Akzeptanz“ sind allerdings nur kennzeichnend für Empowerment. Ebenso sind die Domänen „Physisch“ und „Religion/ Spiritualität“ sowie Themen wie „Denken/ Gedächtnis“, „Mobilität“, „Physische Sicherheit“ ausschließlich kennzeichnend für Lebensqualität. Bei der Betrachtung der Ergebnisse stellt sich die Frage, ob Lebensqualität ohne gleichzeitiges Empowerment - vor allem langfristig gesehen - überhaupt möglich ist. Dies soll an Hand der Rolle von Umweltbedingungen im Folgenden näher betrachtet werden. So ist zu bedenken, dass externe Bedingungen selten ideal sind und gerade bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft Auslöser von Krisen darstellen. Dabei müssen die Auslöser nicht drastisch sein, wie beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Erkrankung eines nahen Angehörigen, sondern Krisen können bereits aus Gründen ausgelöst werden, die für einen „Gesunden“ vielleicht gar nicht nachvollziehbar sind. So mag bei geringem Empowerment schon „ein verpasster Bus zum Vorstellungsgespräch“ dazu führen, dass der Betroffene sich so hilflos fühlt, dass er geknickt und mit vielen Selbstabwertungen kämpfend nach Hause zurückgeht, den Job natürlich nicht bekommt und sich erst einmal nicht mehr an dieses Thema „ran traut“, was wiederum denkbar negative Einflüsse auf seine Lebensqualität haben wird. Dieses kleine Beispiel soll deutlich machen, dass gerade das Erlernen von Umgangs- und Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf interne (hier: das Hilflosigkeitsgefühl) und externe (hier: der verpasste Bus) Bedingungen nicht nur maßgeblich für das eigene Empowermentgefühl ist,

sondern langfristig auch für die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität. Selbst wenn ideale externe Bedingungen bestehen, stellt sich die Frage, ob dies langfristig ausreicht, um die Lebensqualität stabil zu halten, zumal eine ideale externe Situation ohne Kontrollmöglichkeiten auch schwer vorstellbar ist. So ist es naheliegend, dass die wahrgenommene Kontrolle auch bei der Einschätzung der Lebensqualität ein wesentliches Kriterium ist. Dies würde damit übereinstimmen, dass in den Definitionen der Teilbereiche von Lebensqualität „Gestaltungsmöglichkeiten“ als Kriterium teilweise explizit benannt werden. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass Empowerment und Lebensqualität keine identischen Konzepte sind. Vielmehr wäre es schlüssig, Empowerment als einen (weiteren) entscheidenden Faktor im dynamischen Anpassungsprozess [vgl. 10,62] zu sehen. Der Grad an Empowerment wäre dann dafür (mit-)verantwortlich, ob es zu einer adaptiven oder maladaptiven Bedürfnis-Zufriedenheits-Anpassung kommt. Gleichzeitig könnte dies auch zur Erklärung der oft widersprüchlichen Befunde bezüglich subjektiver und objektiver Lebensqualität insofern beitragen (vgl. 1.2.2.), als die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität stärker vom Gefühl der Kontrolle über die jeweiligen Bereiche abhängig ist als von den tatsächlichen „objektiven“ Lebensbedingungen.

Aus der Auswertung der spontanen Äußerungen zur Lebensqualität in den Fokusgruppen geht hervor, dass die Gruppenteilnehmer annehmen, dass Empowerment der Lebensqualität vorgeschaltet ist und einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität ausübt. Dies entspricht den meisten Theoriemodellen und Forschungsergebnissen [34,54,122,136,203,239]. Mit Empowerment werden jedoch auch negative Auswirkungen verbunden, wie beispielsweise Frustration, wenn Handlungen nicht umsetzbar sind; dies würde jedoch auch bedeuten, dass hohes Empowerment nicht zwangsläufig zu hoher Lebensqualität führt bzw. kurzfristig auch mit einer niedrigeren Lebensqualität verbunden sein kann. Dies wurde in bisherigen Modellen und Forschungsarbeiten wenig berücksichtigt bzw. untersucht, findet sich aber bereits bei Finfgeld [85] und Kilian et al. [120].

Weiterhin zeigt sich, dass von den meisten Teilnehmern als oberstes Ziel die Genesung bzw. die Stabilisierung des Gesundheitszustandes gesehen wird. Was bedeutet dies für Empowerment und Lebensqualität? Werden auch Abstriche in den beiden Bereichen in Kauf genommen zugunsten eines stabilen Gesundheitszustands? Vorstellbar, und auch in den Fokusgruppen immer wieder

Thema wäre z.B. die Entscheidung gegen eine Berufstätigkeit oder der Verzicht auf eine Partnerschaft aus Angst vor Überforderung und Rückfällen. Bedeutsam scheint in diesem Zusammenhang nicht nur zu sein, die Balance zwischen Möglichkeiten und Überforderung zu finden, sondern auch seine Wünsche und Bedürfnisse daran auszurichten. Dabei kann es wichtig sein zu unterscheiden, ob eine Entscheidung, z.B. gegen den Beruf, aus einer „Empowerment-Haltung“ heraus getroffen wurde oder aus Resignation oder Ängsten.

4.1.2. Quantitativer Teil

4.1.2.1. Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität

(Fragestellung IIIa.)

Zwar zeigen sich für die verschiedenen Dimensionen von Empowerment und Lebensqualität einzelne spezifische Einflussfaktoren, die Haupteinflussfaktoren sind jedoch für beide Konzepte identisch: „krankheitsbedingte Beeinträchtigung“ und „Selbsteinschätzung-F3“. Bezogen auf Empowerment ist dies konform mit bisherigen Befunden [49,59,75,98,210], und die Ergebnisse aus den Fokusgruppen, in denen deutlich wurde, dass Empowerment durch Krankheit und Hilflosigkeitserleben deutlich erschwert wird, stimmen damit überein.

Im Bereich der Lebensqualität finden sich ebenfalls Entsprechungen in der Literatur [30,34,76,108,143,192]. Interessant ist, dass die Subskala „Soziale Beziehungen“ der Lebensqualität (Zufriedenheit mit Beziehungen, Unterstützung durch Freunde, Sexualleben) zwar einen korrelativen Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung-F3 aufweist, in der Regression jedoch nicht als signifikanter Prädiktor bestätigt werden kann. Dagegen erweist sich das Vorliegen einer F2-Diagnose (Experteneinschätzung) als (negativer) Prädiktor dieser Subskala. Zu Bedenken ist zum einen, dass Selbsteinschätzung-F3 nicht nur depressive Patienten (mit typischen Symptomen wie Rückzug, Libidoverlust) umfasst, sondern auch Patienten mit einer bipolaren, schizoaffektiven oder „reinen“ schizophrenen Störung, die bei sich das (zusätzliche) Vorliegen einer Depression eingeschätzt hatten. Andererseits ist der Prozentsatz von Patienten, die zusätzlich zur Depression eine Manie oder Schizophrenie bei sich einschätzen, gering und es besteht eine relativ hohe Korrelation zwischen Selbsteinschätzung-F3 und der

Expertendiagnose. Dennoch gibt es möglicherweise im Bereich „Soziale Beziehungen“ der Lebensqualität größere Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Dies würde sich mit Hinweisen aus der Literatur decken, dass die Diagnose im sozialen Bereich einen differenzierenden Faktor darstellt: so findet sich bei Patienten mit einer F3-Diagnose ein höheres soziales Funktionsniveau als bei Patienten mit einer schizoaffectiven Diagnose (F2) bzw. als bei Patienten mit einer „reinen“ schizophrenen Störung [156,194].

Die spezifischen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Prädiktoren und den einzelnen Skalen von Empowerment erweisen sich als schlüssig, was für die Validität der Untersuchung spricht. So weisen bei der Subskala „Alltagsbewältigung“ die Prädiktoren „Berufstätigkeit“ und „Alleinlebend“ sowie „Selbsteinschätzung sonstige Erkrankungen“ (negativ) und „zwei und mehr stationäre Aufenthalte“ (negativ) auf das Vorliegen einer höheren Selbstständigkeit hin bzw. auf der negativen Seite auf das Gefühl der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und eventuellen Überforderung. In der Literatur findet sich ebenso wie hier ein positiver Zusammenhang zwischen Empowerment und höherer beruflicher Integration [98,232] bzw. zwischen Empowerment und dem allgemeinen psychosozialen Funktionsniveau [z.B. 98]. In der Subskala „Behandlung/ Medikamente“ weisen Teilnehmer mit höherem Bildungsabschluss ($\geq$ Abitur) sowie jene aus städtischer Region höhere Werte auf. Ein höherer Bildungsabschluss als Faktor, der Empowerment bzw. Mastery beeinflusst, findet sich auch in der Literatur [z.B. 75,98,232]. Man darf annehmen, dass Patienten mit höherer Bildung einen leichteren Zugang zu Informationen und Wissen über die eigene Erkrankung haben, auch weil sie auf Grund ihrer akademischen Laufbahn bzw. der Übernahme von verantwortungsvolleren beruflichen Positionen mehr darin geübt sind, Dinge zu hinterfragen, einzufordern und zu verteidigen. Gleichzeitig könnte auch die Kenntnis des hohen Bildungsniveaus seines Patienten den Behandler geneigter machen, an ihn Informationen weiterzugeben und ihm mehr Verantwortung zuzugestehen, was langfristig dessen Empowermentniveau erhöhen würde. Diesbezügliche Prozesse sind meines Wissens bisher noch nicht näher erforscht. Der Zusammenhang mit „Stadt“ kann aus dem deutlich höheren Anteil von Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen in der „Stadt-Gruppe“ resultieren, es ist aber auch denkbar, dass durch das

tendenziell größere Versorgungsangebot in der Stadt eher ein „Wahlverhalten“ bezüglich der Behandlung möglich ist als auf dem Land.

Der Zusammenhang zwischen „Behandlung/ Medikamente“ und „Setting“ („niedrigere Werte kurz vor Entlassung“) dürfte auf den Effekt zurückzuführen sein, dass eben nur aus der Landgruppe Teilnehmer eingeschlossen wurden, die kurz vor der Entlassung standen.

Das Vorliegen einer Komorbidität (Einschätzung Experte) erweist sich als negativer Prädiktor der Subskala „Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit“. Da bei diesem Item sehr selten Komorbiditäten angegeben wurden, ist denkbar, dass dieses Item nur bei sehr wesentlichen komorbiden Erkrankungen genutzt wurde und somit eher ziemlich schwer beeinträchtigte Patienten „kennzeichnet“.

In der Subskala „Selbstwert/ Akzeptanz“ finden sich bei männlichen Teilnehmern höhere Werte. Denkbar wäre, dass sich in dieser Subskala Männer stärker an der sozialen Erwünschtheit bzw. an typischen Rollenvorstellungen von Männern orientieren. In der Forschung zu Selbstwert in der Allgemeinbevölkerung lässt sich jedoch hinsichtlich Genderunterschieden entgegen der landläufigen Meinung nur ein Unterschied zwischen Jugendlichen verschiedenen Geschlechts feststellen [164]. Da sich in der vorliegenden Stichprobe, anders als in der Gesamtbevölkerung, kein größerer Anteil an Frauen in der Gruppe der depressiven Patienten findet, ist eine Konfundierung zwischen Geschlecht und dem Selbstwertverlust, als Symptom einer Depression, unwahrscheinlich.

Zwischen den meisten Subskalen zur Erfassung von Empowerment und soziodemographischen Daten finden sich jedoch keine Zusammenhänge. Dies entspricht der Tendenz, die sich auch in den bisherigen Studien abzeichnet [98,232].

Bezüglich der Merkmale zur Lebenssituation finden sich, wie oben dargestellt, einige Prädiktoren für einzelne Skalen. Auffällig ist, dass „Wohnen mit Betreuung“ keinen Einfluss zeigt. Dies mag daran liegen, dass es große Unterschiede zwischen solchen Wohnformen gibt. So kommt es beispielsweise beim sogenannten „betreuten Wohnen“ in der Regel nur einmal wöchentlich zu Kontakten, was somit ein hohes Maß an Selbstständigkeit erfordert, während in therapeutischen Wohngemeinschaften oder Heimen für psychisch Kranke eine sehr viel stärkere Betreuung stattfindet. Es könnte auch sein, dass „betreutes Wohnen“ generell kein guter Prädiktor ist, da das entscheidende Kriterium, wie in

den Fokusgruppen diskutiert, nicht die Inanspruchnahme von Unterstützung, sondern die bewusste Entscheidung für oder gegen Hilfe den Indikator für Empowerment darstellt; somit ließe sich nur von dem „Status Betreuung“ nicht eindeutig auf das Empowerment-Niveau schließen.

Ebenso erweisen sich die klinischen Merkmale Erkrankungsdauer und die von Experten eingeschätzte Diagnose nicht als Prädiktoren für Empowerment; dieses Ergebnis findet sich auch überwiegend in der Literatur [z.B. 98].

Auch bei der Lebensqualität scheinen die Prädiktoren für die Subskalen stimmig zu sein. So weisen bezüglich der physischen Lebensqualität (Energielevel, Schlaf, Mobilität, Alltagsaktivitäten etc.) Patienten, die kurz vor der Entlassung stehen, und berufstätige Patienten tendenziell höhere Werte auf, während Teilnehmer mit einer größeren Anzahl stationärer Aufenthalte (zwei und mehr) und dem Vorliegen einer Komorbidität (Einschätzung Experte) niedrigere Werte aufweisen. Dies erscheint plausibel, da man davon ausgehen kann, dass die erste Gruppe eine höhere Leistungsfähigkeit hat als die zweite Gruppe, bei der eine stärkere Beeinträchtigung durch die Erkrankung anzunehmen ist.

Ebenso schlüssig ist der negative Einfluss von „ledig“ auf die Subskala „Soziale Beziehungen“ der Lebensqualität. Der positive Einfluss von „berufstätig“ und der negative Einfluss der Prädiktoren „ledig“ bzw. „zwei und mehr stationäre Aufenthalte“ auf die Subskala „Umwelt“ (Sicherheit, finanzielle Ressourcen, Freizeitmöglichkeiten etc.) scheinen ebenfalls einleuchtend zu sein.

Auch der „Globalwert“ der Lebensqualität wird positiv durch das Vorliegen einer Erwerbstätigkeit beeinflusst, so dass man zusammenfassend Folgendes sagen kann: Eine höhere berufliche und soziale Integration scheint die Selbsteinschätzung der Lebensqualität, spezifisch für die jeweiligen Subskalen, positiv zu beeinflussen, während sich klinische Faktoren, die eindeutig für eine stärkere Beeinträchtigung stehen, als negative Prädiktoren erweisen.

Manche Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Familienstand bzw. Lebensqualität und Berufstätigkeit stimmen mit den oben beschriebenen Ergebnissen überein, in anderen hingegen war kein Zusammenhang erkennbar [34,73,143,162,181,192,205].

Dass kein Einfluss der meisten soziodemographischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Kinder, Bildung) und des klinischen Prädiktors „Erkrankungsdauer“ gefunden wurde, ist nicht überraschend, da sich auch in der Literatur keine

einheitlichen Befunde [108,143,161,192] bzw. meist keine Zusammenhänge finden lassen [28,34,74,181,185,220]. Bei der „Erkrankungsdauer“ erscheint jedoch „intuitiv“ ein Einfluss auf die Lebensqualität wahrscheinlich. Bezieht man jedoch obige Überlegungen mit ein, erscheint es durchaus plausibel, dass nicht die reine Dauer der Erkrankung für die Lebensqualität entscheidend ist, sondern vielmehr die Art und Weise, wie der Patient die Krankheit zu bewältigen versucht: aktiv bewältigend oder resignativ.

Insgesamt ist anzumerken, dass die untersuchten Prädiktoren für Lebensqualität und Empowerment einen relativ geringen Anteil der Varianz erklären. Es ist somit davon auszugehen, dass entscheidende Prädiktoren nicht erfasst wurden.

4.1.2.2. Empowerment als Mediator bzw. Moderator (Fragestellung IIIb.)

Bei der Überprüfung des Mediatormodells zeigt sich hinsichtlich der krankheitsbedingten Beeinträchtigung ein signifikanter partieller Mediatoreffekt. Die vorliegenden Daten deuten somit darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen krankheitsbedingter Beeinträchtigung und Lebensqualität teilweise durch Empowerment vermittelt wird. Des Weiteren findet sich ein signifikanter, vollständiger Mediatoreffekt von Empowerment hinsichtlich Selbsteinschätzung-F3 und Lebensqualität. Nicht die Stärke der objektiv bzw. subjektiv eingeschätzten Beeinträchtigung ist somit entscheidend für die Einschätzung der Lebensqualität, sondern vermittelnder Faktor in diesem Zusammenhang ist die Einschätzung von Empowerment. Dies passt zu den im Theorieteil dargestellten Vorüberlegungen, dass Empowerment und Lebensqualität in engem Zusammenhang stehen, und zu der Hypothese, dass der entscheidende Faktor bei der subjektiven Einschätzung beider Konzepte Kontrolle und somit wahrnehmbare Veränderungen und Steuerbarkeit der Handlungen sein könnten. In bisherigen Studien wurde bereits ein Zusammenhang zwischen den untersuchten Modellkomponenten festgestellt (s. o.); eine genauere Untersuchung der Wirkmechanismen hinsichtlich aller drei Komponenten liegt meines Wissens bisher nicht vor. Allerdings konnten mit Empowerment verwandte Konstrukte wie Selbstwirksamkeit, wahrgenommene Autonomie, wahrgenommene Veränderung sowie klinische Faktoren als gute Prädiktoren von Lebensqualität festgestellt werden und diesbezüglich erarbeitete Modelle größtenteils bestätigt werden [183,239,240].

Innerhalb des Modells wird außerdem ein starker Einfluss von Empowerment auf die Lebensqualität deutlich. Dies entspricht bisherigen Befunden, die sowohl einen positiven Zusammenhang berichten [34,50,54,98,136,187,201,203,221] als auch Empowerment als der Lebensqualität vorgeschaltet beschreiben [54,124,187,203,239,240]. Hervorzuheben ist dabei, dass Empowerment im vorliegenden Modell die Rolle des gewichtigsten Prädiktors zur Erklärung der Lebensqualität einnimmt.

Des Weiteren erweisen sich sowohl krankheitsbedingte Beeinträchtigung als auch Selbsteinschätzung-F3, wie nach den Ergebnissen der Regressionsanalysen zu erwarten war, als signifikante negative Prädiktoren von Empowerment. Im vorliegenden Modell weisen jedoch diese beiden Prädiktoren nur geringe Gewichte auf und tragen nur einen geringen Anteil zur Klärung der Varianz von Empowerment bei. Das deutet darauf hin, dass wesentliche Prädiktoren für Empowerment im vorliegenden Modell nicht erfasst wurden.

Bei Betrachtung der Modellgüte weisen die Fitindizes CFI und SRMR auf einen akzeptablen bzw. guten Fit hin, während der RMSEA auf einen mäßigen Fit schließen lässt. Mögliche Gründe für die insgesamt mittelmäßige Modellanpassung könnten zum einen darin begründet sein, dass, wie oben beschrieben, das Modell zwar gut zur Erklärung der Lebensqualität beiträgt, Empowerment jedoch nur teilweise erklärt wird. Zum anderen weisen die Modifikationsindizes hohe Werte auf, die sich ausschließlich auf die Lockerung der Restriktion bezüglich Empowerment und Lebensqualität bzw. ihrer Subskalen beziehen. Auf Grund der bisherigen faktorenanalytischen Überprüfung der Fragebögen und der dahinterstehenden theoretischen Annahmen wurde von einem orthogonalen Faktorenmodell zur Erfassung der latenten Variablen ausgegangen. Da allerdings alle Subskalen untereinander korrelieren, könnte dies zu einer Schwächung des Modells geführt haben. Die Gewichte und Signifikanzen der Faktoren deuten jedoch auf eine ausreichende Reliabilität hin.

Im Moderator-Modell sind die Richtungen der Zusammenhänge konform mit den bisherigen Ergebnissen. So findet sich auch hier ein negativer Einfluss der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und der Selbsteinschätzung-F3 auf die Lebensqualität, während Empowerment einen positiven Einfluss ausübt und das größte Gewicht hat. Interaktionseffekte lassen sich jedoch nicht nachweisen. Allerdings sprechen AIC und BIC für eine bessere Modellanpassung des

Moderatormodells im Vergleich zum Mediatormodell. Es wäre denkbar, dass die aktuelle Stichprobe zu klein für den Nachweis von Interaktionseffekten ist. Andererseits weisen die Interaktionseffekte, unabhängig von der Signifikanz, im Fall der Selbsteinschätzung-F3 ein geringes und im Fall der krankheitsbedingten Beeinträchtigung ein sehr geringes Gewicht auf. Ein weiterer Grund für die schlechtere Modellanpassung des Mediatormodells könnte darin liegen, dass im Mediatormodell neben Lebensqualität auch Empowerment als abhängige Variabel konstruiert wurde, jedoch durch das vorliegende Modell - wie oben beschrieben - nur zu einem geringen Anteil erklärt werden konnte. Des Weiteren wäre denkbar, dass für die Fremdeinschätzung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und für die Selbsteinschätzung-F3 jeweils verschiedene Effektstrukturen vorliegen und eine Kombination aus Mediator- und Moderatoreffekten eine optimalere Modellanpassung liefern würde. Eine Überprüfung von Modellen, die eine Kombination aus indirekten und Interaktionseffekten mit latenten Variablen einschließen, ist jedoch zum aktuellen Zeitpunkt mit der verwendeten Software nicht möglich.

Letztlich steht kein absolutes Entscheidungskriterium für den Vergleich beider Modelle zur Verfügung. Auf Grund der fehlenden Signifikanz der Interaktionseffekte erscheint nach aktueller Datenlage jedoch das Moderatormodell als nicht bedeutsam, während die Hypothese eines Mediatormodelles Unterstützung findet.

4.2. Kritische Betrachtung

Bezüglich der Fokusgruppen lag die größte Schwierigkeit darin, einen abstrakten Begriff wie Empowerment, der den meisten Teilnehmern namentlich unbekannt war, so in die Diskussion einzuführen, dass er von den Teilnehmern mit Inhalten aus ihrem Leben gefüllt werden konnte. Wie im Methodenteil beschrieben, lag die Lösung in der Vorgabe einer Definition, um so eine bewusste Lenkung herbeizuführen, aber gleichzeitig auch andere Definitionen auszuschließen. Dadurch wurde die Offenheit der Diskussion, wenn auch gezielt, eingeschränkt. Durch die Ankündigung der Studie - „Empowerment als wichtiger Faktor, der in der Behandlung gefördert werden sollte“ - könnte im Sinne der sozialen Erwünschtheit

die hohe Relevanz und positive Konnotation von Empowerment „geprimet“ worden sein. Dagegen sprechen jedoch die starke emotionale Beteiligung in den Diskussionen sowie das durchaus kontroverse Diskutieren darüber, in welchen Bereichen Empowerment als wichtig erachtet wird.

Des Weiteren könnte durch das Abhalten der Gruppen im Behandlungssetting eine Verzerrung erzeugt worden sein. Dagegen spricht aber, dass „Behandlung“ zwar in allen Gruppen einen großen Stellenwert einnahm, andererseits dieselbe Bedeutung auch den Bereichen aus dem alltäglichen Leben zugemessen wurde. Abgesehen davon wurde durch den Leitfaden „gesichert“, dass genügend Raum für verschiedene Bereiche zur Verfügung stand, um ein möglichst breites Bild zu bekommen.

Außerdem ist anzumerken, dass durch die Durchführung der Fokusgruppen im Behandlungssetting eine Selektion der Teilnehmer stattfand. So handelte es sich ausschließlich um Personen, die sich seit längerem in ambulanter Behandlung befanden. Patienten, die sich aktuell nicht in Behandlung befanden oder sich aktiv gegen eine Behandlung entschieden hatten, wurden somit ausgeschlossen. Zudem war die Untersuchung auf zwei Diagnosegruppen begrenzt.

Bei der Datenerhebung für den quantitativen Teil der Studie sind folgende Punkte kritisch zu betrachten. Wegen des Ablaufs der Fragebogenausgabe war es nach Erhalt des Fragebogenheftes unklar, wann es genau ausgefüllt wurde. Es könnte in manchen Fällen zu einer zeitlichen Verzögerung zwischen Ausfüllen des Fragebogens und dem Ausfüllen des HoNOS-D durch die therapeutische Bezugsperson gekommen sein. Um dem entgegen zu wirken, erinnerte die therapeutische Bezugsperson beim nächsten Termin an die Abgabe des Fragebogenheftes. Da durch die internen Abläufe der Behandlungseinrichtungen diese „Lücke“ nur mit einem erheblich größerem Organisationsaufwand hätte geschlossen werden können und da davon ausgegangen wurde, dass sich die (langjährige) Symptomatik der Teilnehmer innerhalb von 1-2 Wochen nicht völlig verändern würde, wurde das Risiko einer zeitlichen Verschiebung in der Erhebung der Selbst- und Fremdeinschätzung in Kauf genommen. Auch die in den Ergebnissen dargestellte hohe Übereinstimmung zwischen krankheitsbedingter Beeinträchtigung und Empowerment bzw. Lebensqualität spricht gegen verzerrte Befunde durch Zeitverzögerung.

Des Weiteren wurde der HoNOS-D von vielen verschiedenen Personen ausgefüllt, die zwar alle Informationen zum Ausfüllen des Fragebogens, aber kein spezielles Training erhalten hatten. Es handelte sich aber bei allen um langjährige Mitarbeiter aus dem psychiatrischen Bereich, die an das Ausfüllen von Fragebögen gewohnt waren und bei Unklarheiten die Forschungsmitarbeiter problemlos kontaktieren konnten.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der starke Zusammenhang zwischen Empowerment und Lebensqualität durch die Auswahl der Fragebögen mit verursacht wurde. So wäre es denkbar, dass man bei der Verwendung anderer Fragebögen zu anderen Ergebnissen gekommen wäre. Andererseits ermöglichten beide Fragebögen, im Gegensatz zu den meisten anderen Fragebögen aus diesen Bereichen (vgl. 1.3.), eine umfassende Erfassung der Konzepte und sie erwiesen sich auch hinsichtlich Reliabilität und Validität als geeignet.

Dadurch, dass die vorliegende Arbeit im Rahmen einer größeren Gesamtstudie stattfand, die ein anderes Ziel, nämlich die Entwicklung und Überprüfung des EPAS, hatte, wurde ein noch nicht vollständig überprüfter Fragebogen zur Erfassung von Empowerment eingesetzt und dieser an Hand der vorliegenden Daten weiter überprüft. Allerdings fand keine Veränderung der Dimensionen mehr statt und die Überprüfung der Reliabilität dieses Fragebogens lieferte gute Ergebnisse.

Bei der Variable Selbsteinschätzung-F3 erschien anfangs das Zusammenfassen von „Depression“ und „Manie“ in Abgrenzung zur Selbsteinschätzung bzgl. des Vorliegens einer F2-Diagnose als sinnvoll. Im Nachhinein wäre zu überlegen, ob die Beschränkung der Variable auf Selbsteinschätzung „Depression“ passender gewesen wäre. Dadurch wäre eine eindeutigere Trennung in Bezug auf das Vorliegen von depressiven oder manischen Symptomen und eine klarere Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses (selbsteingeschätzter) depressiver Symptome möglich gewesen.

Bei der Stichprobenwahl erfolgte eine bewusste Selektion hinsichtlich der Diagnosegruppen F3 und F2 und des Behandlungssettings „ambulant“; dadurch ist eine Verallgemeinerung auf andere Krankheitsbilder und Settings nicht möglich. Zum anderen kann nicht beurteilt werden, inwieweit eine Selbstselektion der Teilnehmer stattfand, da keine Angaben von den Personen erfasst wurden, die nicht teilnehmen wollten.

Hinsichtlich des Vergleiches der beiden Modelle wäre es interessant gewesen, auch für das Moderatormodell Fitindizes oder ein Modell mit einer Kombination aus indirekten Effekten und Interaktionseffekten in Bezug auf die Modellanpassung zu untersuchen. Hier sind Begrenzungen in den möglichen Berechnungen gegeben, so dass letztlich kein absolutes Entscheidungskriterium vorlag.

Zuletzt ist bezüglich der überprüften Modelle nicht auszuschließen, dass andere, in dieser Studie nicht erfasste Prädiktoren alternative Modelle und Erklärungen liefern könnten.

4.3. Fazit und Implikationen für Praxis und Forschung

Im qualitativen Teil wird deutlich, dass Empowerment von den Teilnehmern der Fokusgruppen mit „Kontrolle über das Leben“ stimmig definiert und auf konkrete Alltagserfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen bezogen werden kann. Gleichzeitig wird klar, dass Empowerment nicht mit absoluter Kontrolle gleichzusetzen ist, sondern dass es um einen schrittweisen Prozess im Abgleich mit den externen und internen Möglichkeiten geht. Dabei wird nicht Kontrolle über sämtliche Lebensbereiche, sondern vielmehr ein schrittweises Erlangen von Handlungsmöglichkeiten in bestimmten Bereichen als sinnvoll erachtet. Die Anordnung der Bereiche kann, je nach persönlichen Prioritäten, individuell sehr unterschiedlich sein. Beim Vergleich der Definitionen von Empowerment und Lebensqualität zeigen sich viele Überlappungen, jedoch finden sich auch klare Abgrenzungspunkte. Denkbar wäre es, Empowerment als vermittelnden Faktor im Anpassungsprozess der Lebensqualität zu sehen. Die Teilnehmer der Fokusgruppen nehmen einen positiven Zusammenhang zwischen Empowerment und Lebensqualität an, in dem sie Empowerment als der Lebensqualität vorgeschaltet konstruieren. Wesentliche Bedeutung wird in Verbindung mit den beiden Konzepten dem Ziel gegeben, die Gesundheit wieder zu erlangen.

Bezüglich des quantitativen Teils lässt sich festhalten, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigung und Selbsteinschätzung-F3 signifikante Prädiktoren für Empowerment und Lebensqualität darstellen. Weitere Prädiktoren erweisen sich als spezifisch für einzelne Subskalen. Bezüglich des Beziehungsgefüges

krankheitsbedingte Beeinträchtigung, Selbsteinschätzung-F3, Empowerment und Lebensqualität unterstützen die vorliegenden Daten eher ein Modell mit Empowerment als Mediator. Interaktionseffekte sind an der untersuchten Stichprobe nicht nachweisbar. Unabhängig vom Wirkungsmodell stellt sich Empowerment in den Modellen als gewichtigster Einflussfaktor der Lebensqualität heraus.

Daraus ergeben sich einige Implikationen für die klinische Praxis und Forschung. Durch die Ergebnisse der Fokusgruppen liegen nun Bereiche vor, in denen Empowerment von Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen als relevant erachtet wird sowie eine konkrete Ausgestaltung dieser Bereiche in Bezug auf das Leben der Patienten. Dies kann nun als Grundlage für die Behandlung genutzt werden, um Anhaltspunkte für die Zielsetzung zu finden. Dabei erscheint es nach den vorliegenden Ergebnissen wichtig zu prüfen, in welchen Bereichen der Patient hinsichtlich Empowerment auf welcher Ebene steht und wie man darauf flexibel eingehen kann, d.h. wie man die Behandlung gestaltet und wie man Unterstützungsangebote darauf abstimmen kann. Gleichzeitig gewinnt man damit eine gute Grundlage, um eine Überprüfung von „erfolgreicher“ Behandlung unter dem Gesichtspunkt von Empowerment vornehmen zu können. Ein wichtiger Bereich, auf den in der Behandlung nach den vorliegenden Ergebnissen besonders geachtet werden sollte, ist die Arbeitstätigkeit bzw. das Erarbeiten möglicher Alternativen zum Berufsleben. Daneben ist von großer Bedeutung, dass der Patient in Bezug auf die Freizeitgestaltung lernt, individuelle Perspektiven zu entwickeln. Im Bereich „Soziale Beziehungen“ scheint vor allem eine Förderung des Umgangs mit anderen Personen und der Aufbau bzw. die Erweiterung der sozialen Kompetenz entscheidend zu sein. Im Bereich „Behandlung“ sind langfristige individuelle und flexible Angebote wünschenswert, um Empowermentprozesse gezielt unterstützen zu können. Bestehende Strukturen, wie beispielsweise das „betreute Wohnen“ oder das „home-treatment“, sollten weiter gefördert werden. Gleichzeitig wäre es wünschenswert, wenn im Gesundheitssystem ein Umdenken stattfinden würde, das in Bereichen, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie, den individuellen Bedürfnissen von chronisch psychisch Kranken Rechnung trägt. Beispielsweise könnten die Obergrenzen für mögliche ambulante Stunden gelockert werden und ein praktikablerer Umgang für das Durchführen von „Erhaltungssitzungen“ oder

Kriseninterventionen gefunden werden. Insbesondere geht es darum, Unterstützungsmöglichkeiten an der Schnittstelle zwischen Klinik und vollständiger Selbstständigkeit zu finden, die eine langfristige Behandlung ermöglichen, in der die Intensität des Kontakts flexibel gehandhabt werden kann. So könnte eine stärkere Orientierung an individuellen Bedürfnissen erfolgen.

In der Behandler-Patienten Beziehung sollte eine gleichberechtigte, wertschätzende Haltung bestimmend sein. Zwar liegt die konkrete Ausgestaltung der Beziehung in der Verantwortung des Behandlers, doch sollten Rechte und Pflichten beider Parteien generell transparent gemacht werden. Einen Schritt in diese Richtung stellt sicherlich die Schaffung einer rechtlichen Grundlage dar, wie es mit dem neuen „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ [44] geschehen ist. In diesem ist zum Beispiel festgelegt, dass der Behandler die Pflicht hat, seine Patienten zu informieren und aufzuklären, und zwar insbesondere über dessen Rechte, der Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen.

Des Weiteren wird deutlich, dass es von großem Nutzen sein kann, sowohl Empowerment als auch Lebensqualität zu erfassen, um durch die Prüfung ihrer Beziehung die aktuelle Situation des Patienten besser einschätzen und die Behandlung darauf abstimmen zu können. Vor allem wenn eine große Diskrepanz zwischen Empowerment und Lebensqualität vorliegt, kann dies ein Hinweis sein, dass beispielsweise eine „resignative Anpassung“ vorliegt oder dass nach Hindernissen in der Umsetzung von Empowerment gesucht werden sollte. Dabei scheint es unerlässlich, die Balance zwischen Selbstständigkeit und Überforderung zu finden, und zwar im Abgleich mit den individuellen Wünschen und Zielen des Patienten.

Zur Verbesserung der Lebensqualität scheint nach den vorliegenden Ergebnissen die Förderung von Empowerment, neben der Reduzierung der Symptome, maßgeblich beizutragen. Deshalb sollte ein Schwerpunkt in der Behandlung darauf gelegt werden, dass der Patient lernt, für ihn wichtige Lebensbereiche zu beeinflussen und zu kontrollieren und für sich einen Umgang mit möglichen „Blockaden“ zu finden. Das bedeutet gleichzeitig, dass Maßnahmen zur Veränderung der „objektiven“ Lebensumstände, wie beispielsweise eine extern veranlasste Verbesserung der Wohnbedingungen oder der finanziellen Lage, keine langfristig positiven Effekte auf die Lebensqualität erzeugen werden, wenn

nicht zeitgleich die subjektiv wahrgenommenen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten erhöht werden.

Für die klinische Forschung stellt sich die Frage, ob Lebensqualität und Empowerment weiterhin als sinnvolle Outcome-Kriterien betrachtet werden können. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist dabei Folgendes zu bedenken. Da in den meisten Studien nur die durchschnittlichen Veränderungen betrachtet werden, werden individuelle Prozesse nicht erfasst. Durch die vorliegende Studie dürfte jedoch gerade die Wichtigkeit der individuellen Prozesse deutlich geworden sein; denn nur so können Anpassungsprozesse dahingehend beurteilt werden, ob sie resignativ oder konstruktiv abgelaufen sind. Die Möglichkeit dazu hätte man dann, wenn man Empowerment und Lebensqualität und krankheitsbedingte Beeinträchtigung gemeinsam erfassen würde, um sie miteinander in Beziehung setzen zu können. So könnten Empowerment und Lebensqualität als Evaluation des individuellen Behandlungsprozesses unbedenklich und hilfreich eingesetzt werden, während es bei der Verwendung als generelles Evaluationskriterium oben Beschriebenes zu bedenken gilt.

4.4. Ausblick

Aus der vorliegenden Untersuchung ergeben sich folgende Anregungen für zukünftige Forschungsarbeiten.

Da für die Messung von Empowerment ein neues Instrument verwendet wurde, ist eine weitere Überprüfung des EPAS in der Praxis wünschenswert. Ebenso wäre eine Überprüfung an weiteren Diagnosegruppen und in unterschiedlichen Settings sinnvoll.

Des Weiteren wäre es interessant, wenn das Mediatormodell weiter überprüft werden würde und dazu auch Längsschnittdaten, ein stationäres Setting und/oder andere Diagnosegruppen einbezogen würden. Die Möglichkeit des Vorliegens von Interaktionseffekten sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden und insbesondere an einer größeren Stichprobe erneut überprüft werden.

Gleichzeitig sollte sich die zukünftige Forschung jedoch weiterhin mit der Suche nach Prädiktoren, insbesondere solchen für Empowerment, befassen; interessant wäre dabei nicht nur, bereits bestätigte Prädiktoren wie Stigma, soziale Kontakte und sinnvolle Alltagsbeschäftigung in das vorliegende Modell mit einzubeziehen,

sondern auch andere Faktoren, die für den inneren Anpassungsprozess entscheidend sein könnten. Dabei wäre es spannend, die Rolle von individuellen Glückskonstruktionen und Lebenssinn sowie von Belastungen und kritischen Lebensereignissen zu untersuchen.

Zwar erscheint die Förderung von Empowerment nach der vorliegenden Studie sinnvoll und langfristig gewinnbringend, wenig überprüft ist jedoch bisher die genaue Umsetzbarkeit in der Praxis. Deshalb wäre es wünschenswert, unterschiedliche Behandlungsstrategien und -methoden, insbesondere Elemente, die die Beziehung zwischen Behandler und Patient betreffen, daraufhin zu überprüfen, wie sie sich auf Empowerment auswirken.

5. Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stand der Vergleich der Konzepte Empowerment und subjektive Lebensqualität bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen. In einem qualitativen Teil sollte zunächst der Frage nach der Bedeutung von Empowerment aus Sicht von betroffenen Patienten nachgegangen werden und eine Abgrenzung zur Lebensqualität erfolgen. In einem quantitativen Teil sollten mögliche Einflussfaktoren von Empowerment und Lebensqualität überprüft und verglichen und anschließend die aus den bisherigen Ergebnissen abgeleiteten Modelle empirisch überprüft werden.

Für den qualitativen Teil wurden acht leitfadengestützte Fokusgruppen mit insgesamt 45 ambulanten Patienten durchgeführt. Die Gespräche wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Äußerungen der Teilnehmer wurden hinsichtlich ihrer Häufigkeiten ausgewertet und in Zusammenhang mit dem Stellenwert der einzelnen Teilbereiche für Empowerment gebracht. Die Bedeutung von Empowerment wurde an Hand konkreter Äußerungen verdeutlicht und Definitionen für die jeweiligen Teilbereiche abgeleitet. Zur Abgrenzung zum Lebensqualitätskonzept wurden die aus den Fokusgruppen erarbeiteten Definitionen den vorhandenen Definitionen der Teilbereiche des WHOQOL-Fragebogens (World Health Organization Quality of Life) gegenüber gestellt. Des Weiteren wurden die Fokusgruppen hinsichtlich spontaner Äußerungen bezüglich des Zusammenhanges von Empowerment und Lebensqualität überprüft und analysiert. Für den quantitativen Teil wurde eine Querschnittsbefragung an 419 Patienten durchgeführt. Dabei wurden mit Hilfe von Fragebögen Empowerment, subjektive Lebensqualität und soziodemographische Daten per Selbsteinschätzung sowie krankheitsbedingte Beeinträchtigung durch Fremdeinschätzung erfasst. Zur Bestimmung relevanter Prädiktoren von Empowerment und Lebensqualität wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Anschließend wurden ein Mediator- und ein Moderatormodell abgeleitet und mittels Strukturgleichungsmodellen überprüft.

Im qualitativen Teil zeigte sich, dass Empowerment für alle Teilnehmer in den Bereichen „Alltägliches Leben“, „Behandlung“, „Gesellschaftlich/ politisch“ sowie auf „Intrapersonaler Ebene“ eine hohe Relevanz hat. Die Bedeutung von

Empowerment, im Sinne einer Erhöhung des Kontrollerlebens, konnte an Hand konkreter Alltagserfahrungen verdeutlicht werden. Wesentlich erscheint dabei, dass Empowerment als ein individueller Prozess im Abgleich mit den jeweiligen internen und externen Möglichkeiten gesehen wird, wobei je nach persönlichen Prioritäten unterschiedliche Lebensbereiche im Vordergrund stehen können. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Empowerment und Lebensqualität zeigen sich große Überlappungen, aber auch klare Unterschiede. Die Gruppenteilnehmer nehmen einen positiven Zusammenhang zwischen Empowerment und Lebensqualität an, wobei Empowerment als der Lebensqualität vorgeschaltet konstruiert wird. Bezüglich des quantitativen Teils zeigt sich, dass die krankheitsbedingte Beeinträchtigung (Fremdeinschätzung) und die Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie („Selbsteinschätzung-F3“) einen signifikanten Einfluss sowohl auf Empowerment als auch auf die Lebensqualität haben. Weitere Prädiktoren, insbesondere klinische Merkmale, die auf eine stärkere Beeinträchtigung hinweisen, zeigen einen signifikanten Einfluss auf einzelne Subskalen. Die vorliegenden Daten unterstützen bezüglich des Beziehungsgefüges aus krankheitsbedingter Beeinträchtigung, Selbsteinschätzung-F3, Empowerment und Lebensqualität eher ein Modell mit Empowerment als Mediator; Interaktionseffekte konnten nicht nachgewiesen werden. Unabhängig vom Wirkungsmodell zeigt Empowerment den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität.

Insgesamt lässt sich Empowerment als ein sehr individueller Prozess beschreiben, dem jedoch im Kern die Erweiterung der Kontrolle über persönlich wichtige Lebensbereiche im kontinuierlichen Abgleich mit den internen und externen Möglichkeiten innewohnt. Die Daten legen einen starken Zusammenhang zwischen Empowerment und Lebensqualität nahe, den es sich in folgenden Bereichen bewusst zu machen gilt. Bei der Erstellung und Überprüfung theoretischer Modelle sollte Empowerment als möglicher Mittler im Einschätzungsprozess der Lebensqualität bedacht werden. Aus methodischer Sicht erscheint, um valide Aussagen treffen zu können, eine gleichzeitige Betrachtung beider Konzepte ratsam. In der klinischen Praxis scheint, neben der Symptomreduktion, die gezielte Förderung von Empowerment in der Behandlung wesentlich zu sein, um Lebensqualität langfristig steigern zu können.

6. Literaturverzeichnis

- 1 Akaike H: Factor analysis and AIC. Psychometrika 52: 317-332 (1987)
- 2 Anderson R, Lewis D: Quality of life of persons with severe mental illness living in an intermediate care facility. J Clin Psychol 56: 575-581 (2000)
- 3 Andreas S: Zur Fremdeinschätzung des Schweregrades psychischer Erkrankungen: Die Deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D.
<http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/download.html> (10.5.2012)
- 4 Andreas S: Die deutsche Seite zu den Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D).
<http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/honos-d.html> (18.3.2013)
- 5 Andreas S: Glossar HoNOS.
<http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/download.html> (30.3.2013)
- 6 Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H: A psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. Psychopathology 40: 116-125 (2007)
- 7 Andreas S, Mestel R, Schauenburg H, Hausberg M, Kawski S, Koch U, Schulz H, Harfst T, Rabung S: The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. Int J Meth Psychiatr Res 19: 50-62 (2010)
- 8 Andreas S, Rabung S, Mestel R, Koch U, Hausberg M, Schulz H: Does a more specified version of the HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) increase psychometric properties of the inventory? Psychopathology 44: 261-271 (2011)
- 9 Andrews FM, Withey SB: Social Indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. Plenum, New York (1976)
- 10 Angermeyer MC, Kilian R: Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Fuller R, Sartorius N (Hrsg) Quality of life in mental disorders, John Wiley & Sons, Chichester, S. 21-31 (2006)
- 11 Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H: WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen (2000)
- 12 Askheim OP: Empowerment as guidance for professional social work: an act of balancing on a slack rope. Eur J Soc Work 6: 229-240 (2003)

- 13 Atkinson M, Zibin S, Chuang H: Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 154: 99-105 (1997)
- 14 Awad AG, Voruganti LN: Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 18: 877-893 (2004)
- 15 Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ: A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 6: 21-26 (1997)
- 16 Baker F, Intagliata J: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann* 5: 69-79 (1982)
- 17 Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84: 191-215 (1977)
- 18 Barker DA, Shergill SS, Higginson I, Orrell MW: Patients' views towards care received from psychiatrists. *Br J Psychiatry* 168: 641-646 (1996)
- 19 Baron RM, Kenny DA: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 51: 1173-1182 (1986)
- 20 Barrett B, Young MS, Teague GB, Winarski JT, Moore KA, Ochshorn E: Recovery orientation of treatment, consumer empowerment, and satisfaction with services: a mediational model. *Psychiatr Rehabil J* 34: 153-156 (2010)
- 21 Barry MM, Zissi A: Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 38-47 (1997)
- 22 Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books, New York (1979)
- 23 Becker M, Diamond R, Sainfort F: A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res* 2: 239-251 (1993)
- 24 Bellamy CD, Mowbray CT: Supported education as an empowerment intervention for people with mental illness. *J Community Psychol* 26: 401-413 (1998)
- 25 Bello I, Steffen JJ, Hayashi K: Cognitive motivational systems and life satisfaction in serious and persistent mental illness. *Qual Life Res* 20: 1061-1069 (2011)
- 26 Bengtsson-Tops A: Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 11: 298-304 (2004)

- 27 Bengtsson-Tops A, Hansson L: Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 513-518 (1999 a)
- 28 Bengtsson-Tops A, Hansson L: Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 14: 256-263 (1999 b)
- 29 Bengtsson-Tops A, Hansson L: Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry* 47: 67-77 (2001)
- 30 Bengtsson-Tops A, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L, Nilsson L, Sorgaard KW, Vinding HR, Middelboe T: Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: a nordic multicentre study. *Qual Life Res* 14: 221-229 (2005)
- 31 Bergsma A, Veenhoven R, Have M, Graaf R: Do they know how happy they are? On the value of self-rated happiness of people with a mental disorder. *J Happiness Stud* 12: 793-806 (2011)
- 32 Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M: The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: Stahler G, Tash W (Hrsg) *Innovative approaches to mental health evaluation*, Academic Press, New York, S. 345-366 (1982)
- 33 Björkman T, Hansson L: Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *Eur Psychiatry* 17: 33-40 (2002)
- 34 Björkman T, Svensson B: Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nord J Psychiatry* 59: 302-306 (2005)
- 35 Bobes J, Garcia-Portilla MP: Quality of life in schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Hrsg) *Quality of life in mental disorders*, John Wiley & Sons, Chichester, S. 153-167 (2006)
- 36 Bolton B, Brookings JB: Development of a measure of intrapersonal Empowerment. *Rehabil Psychol* 43: 131-142 (1998)
- 37 Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G: Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 122: 232-238 (2010)
- 38 Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G: Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or

- depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord* 129: 56-63 (2011)
- 39 Browne MW, Cudeck R: Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen KA, Long JS (Hrsg) *Testing Structural Equation Models*, Sage, Newbury Park, S. 136-162 (1993)
- 40 Browne S, Clarke M, Gervin M: Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatr* 176: 173-176 (2000)
- 41 Browne S, Garaven S, Gervin M, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E: Quality of life in schizophrenia: Insight and subjective response to neuroleptics. *J Nerv Ment Dis* 186: 74-78 (1998)
- 42 Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EO: Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 94: 118-124 (1996)
- 43 Bundesärztekammer: Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit statt Misstrauen und Bürokratie.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3920.3921.3922>
(25.4.2013)
- 44 Bundesministerium der Justiz: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (20.02.2013).
http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Verkuendung_BGBI_Patientenrechte.pdf?__blob=publicationFile (7.5.2013)
- 45 Campbell A, Converse PE, Rodgers WL: *The Quality of American Life*. Russell Sage Foundation, New York (1976)
- 46 Carpinello SE, Knight EL, Markowitz FE, Pease EA: The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatri Rehabi J* 23: 236-243 (2000)
- 47 Carpinello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N: Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 96: 235-241 (1997)
- 48 Carr AJ, Higginson IJ: Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred? *BMJ: British Medical Journal* 322: 1357-1360 (2001)
- 49 Castelein S, van der Gaag M, Bruggeman R, van Busschbach JT, Wiersma D: Measuring empowerment among people with psychotic disorders: a comparison of three instruments. *Psychiatr Serv* 59: 1338-1342 (2008)
- 50 Chaiphibalsarisdi P: Psychological wellbeing of survivors of the tsunami: empowerment and quality of life. *J Med Assoc Thai* 91: 1478-1486 (2008)

- 51 Chamberlin J: A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J* 20: 43-46 (1997)
- 52 Chan PS, Krupa T, Lawson JS, Eastabrook S: An outcome in need of clarity: building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community. *Am J Occup Ther* 59: 181-190 (2005)
- 53 Cheung GW, Rensvold RB: Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Struct Equ Modeling* 9: 233-255 (2002)
- 54 Chou KR, Shih YW, Chang C, Chou YY, Hu WH, Cheng JS, Yang CY, Hsieh CJ: Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 26: 285-294 (2012)
- 55 Christ O, Schlüter E: *Strukturgleichungsmodelle mit Mplus: Eine praktische Einführung*. Oldenbourg, München (2012)
- 56 Christensen M, Hewitt-Taylor J: Empowerment in nursing: paternalism or maternalism? *Br J Nurs* 15: 695-699 (2006)
- 57 Connelly LM, Keele BS, Kleinbeck SV, Schneider JK, Cobb AK: A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. *Image J Nurs Sch* 25: 297-303 (1993)
- 58 Corrigan PW, Buican B: The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 183: 281-285 (1995)
- 59 Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M: The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophr Res* 38: 77-84 (1999)
- 60 Cummins RA: Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Soc Indic Res* 52: 55-72 (2000)
- 61 Cummins RA, Gullone E, Lau ALD: A model of subjective well-being homeostasis: The role of personality. In: Gullone E, Cummins RA (Hrsg) *The universality of subjective wellbeing indicators: a multi-disciplinary and multi-national perspective*, Kluwer Academic, Dordrecht, S. 7-46 (2002)
- 62 Cummins RA, Nistico H: Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *J Happiness Stud* 3: 37-69 (2002)
- 63 De Heer-Wunderink C, Visser E, Caro-Nienhuis A, Sytema S, Wiersma D: Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Ment Health J* 48: 321-327 (2012)
- 64 Depla MF, de Graaf R, van Weeghel J, Heeren TJ: The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 20: 146-153 (2005)

- 65 Dickerson FB: Strategies that foster empowerment. *Cogn Behav Pract* 5: 255-275 (1998)
- 66 dict.cc: Deutsch-Englisch-Wörterbuch.
<http://www.dict.cc/?s=empowerment> (12.12.2011)
- 67 Diener E, Suh E: Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Soc Indic Res* 40: 189-216 (1997)
- 68 Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL: Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 125: 276-302 (1999)
- 69 Dieterich A: The modern patient - threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes. *Patient Educ Couns* 67: 279-285 (2007)
- 70 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern (2011)
- 71 Dorvil H, Morin P, Beaulieu A, Robert D: Housing as a social integration factor for people classified as mentally ill. *Housing Stud* 20: 497-519 (2005)
- 72 Edwards K: Service users and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 7: 555-565 (2000)
- 73 Eklund M: Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res* 18: 163-170 (2009)
- 74 Eklund M, Bäckström M: A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Qual Life Res* 14: 1157-1168 (2005)
- 75 Eklund M, Bäckström M: The role of perceived control for the perception of health by patients with persistent mental illness. *Scand J Occup Ther* 13: 249-256 (2006)
- 76 Eklund M, Bäckström M, Hansson L: Personality and self-variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia outpatients. *Acta Psychiatr Scand* 108: 134-143 (2003)
- 77 Eklund M, Hansson L: Subjectively versus independently assessed quality of life for the long-term mentally ill. *Nord J Psychiatry* 52: 285-294 (1998)
- 78 El-Badri S, Mellsop G: Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australas Psychiatry* 15: 195-200 (2007)
- 79 Ellis A: Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. Pfeiffer, München (1997)
- 80 Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R: Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 29: 321-326 (1993)

- 81 Epiktet: Handbüchlein der Moral. Übersetzt und herausgegeben von K Steinmann. Reclam, Stuttgart (2008)
- 82 Fabian ES: Using quality of life indicators in rehabilitation program evaluation. Rehabil Couns Bull 34: 344-356 (1991)
- 83 Falk-Rafael AR: Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. ANS Adv Nurs Sci 24: 1-16 (2001)
- 84 Ferrans CE, Powers MJ: Psychometric assessment of the Quality of Life Index. Res Nurs Health 15: 29-38 (1992)
- 85 Finfgeld DL: Empowerment of individuals with enduring mental health problems - results from concept analyses and qualitative investigations. ANS Adv Nurs Sci 27: 44-52 (2004)
- 86 Fisher DB: Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. Hosp Community Psychiatry 45: 913-915 (1994)
- 87 Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Fila SL, Brewer K, Adams A, de Castella AR, Rolfe T, Davey P, Kulkarni J: Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 103: 387-392 (2001)
- 88 Franke GH, Jagla M, Salewski C, Jäger S: Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. Z Med Psychol 16: 41-55 (2007)
- 89 Franke GH, Mähner N, Reimer J, Spangemacher B, Esser J: Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 21: 166-172 (2000)
- 90 Franz M, Meyer T, Reber T, Gallhofer B: The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. Qual Life Res 9: 481-489 (2000)
- 91 Gibson CH: A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 16: 354-361 (1991)
- 92 Goppoldova E, Dragomirecka E, Motlova L, Hajek T: Subjective quality of life in psychiatric patients: diagnosis and illness-specific profiles. Can J Psychiatry 53: 587-593 (2008)
- 93 Greenbaum TL: Moderating focus groups: a practical guide for group facilitation. Sage, Thousand Oaks (2000)
- 94 Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W: Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? Am J Psychiatry 162: 2382-2384 (2005)

- 95 Hamann J, Langer B, Kalbhenn E, Kissling W: Shared Decision Making - vom Modellprojekt zur Implementierung. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 98: 115-119 (2004)
- 96 Hamann J, Leucht S, Kissling W: Shared decision making in psychiatry. Acta Psychiatr Scand 107: 403-409 (2003)
- 97 Hansson L: Determinants of quality of life in people with severe mental illness. Acta Psychiatr Scand Suppl 429: 46-50 (2006)
- 98 Hansson L, Björkman T: Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. Scand J Caring Sci 19: 32-38 (2005)
- 99 Hansson L, Björkman T: Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? - A 6-year follow-up study. Qual Life Res 16: 9-16 (2007)
- 100 Hansson L, Eklund M, Bengtsson-Tops A: The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. Qual Life Res 10: 133-139 (2001)
- 101 Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S: Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. Psychiatry Res 167: 231-238 (2009)
- 102 Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT: The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 10: 388-398 (1984)
- 103 Herriger N: Empowerment in der sozialen Arbeit: Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart (2010)
- 104 Herrman H, Hawthorne G, Thomas R: Quality of life assessment in people living with psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37: 510-518 (2002)
- 105 Hu L-T, Bentler PM: Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling 6: 1-55 (1999)
- 106 Hunt SM: The problem of quality of life. Qual Life Res 6: 205-212 (1997)
- 107 Iwasaki Y, Coyle CP, Shank JW: Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. Health Promot Int 25: 483-494 (2010)
- 108 Kao YC, Liu YP, Chou MK, Cheng TH: Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. Compr Psychiatry 52: 171-180 (2011)

- 109 Katschnig H: Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 407: 33-37 (2000)
- 110 Katschnig H: How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Hrsg) *Quality of life in mental disorders*, John Wiley & Sons, Chichester, S. 3-17 (2006)
- 111 Kemmler G, Holzner B, Neudorfer C, Meise U, Hinterhuber H: General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Qual Life Res* 6: 265-273 (1997)
- 112 Kentros MK, Terkelsen K, Hull J, Smith TE, Goodman M: The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Qual Life Res* 6: 118-122 (1997)
- 113 Kerrigan K, Davidson G, Shannon C: Empowerment, quality of life and service satisfaction: Comparisons between a hospital and community placement group. *Ir J Psychol Med* 25: 40-45 (2008)
- 114 Kilian R: Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcomeindikator? *Pro. Psychiatr Prax* 33: 312-314 (2006)
- 115 Kilian R, Angermeyer MC: Quality of life in psychiatry as an ethical duty: from the clinical to the societal perspective. *Psychopathology* 32: 127-134 (1999)
- 116 Kilian R, Angermeyer MC: The effects of antipsychotic treatment on quality of life of schizophrenic patients under naturalistic treatment conditions: an application of random effect regression models and propensity scores in an observational prospective trial. *Qual Life Res* 14: 1275-1289 (2005)
- 117 Kilian R, Becker T, Schleuning G, Welschhold M, Hertle C, Hörand S, Matschinger H: (unveröffentlichte Befunde) Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Abschlussbericht. (2012)
- 118 Kilian R, Becker T, Schleuning G, Welschhold M, Matschinger H: Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen.
http://www.uni-ulm.de/psychiatrieII/download/poster_empowerment.pdf
(3.12.2008)
- 119 Kilian R, Dietrich S, Toumi M, Angermeyer MC: Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 110: 108-118 (2004)
- 120 Kilian R, Lindenbach I, Löbig U, Uhle M, Petscheleit A, Angermeyer MC: Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and

- persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. Soc Sci Med 57: 1127-1142 (2003)
- 121 Kopp M, Fleischhacker WW, Sturz K, Ruedl G, Kumnig M, Rumpold G: Poor health behaviour and reduced quality of life of people treated with psychotropic drugs. Hum Psychopharmacol 26: 161-167 (2011)
 - 122 Kosciulek JF: The consumer-directed theory of empowerment. Rehabil Couns Bull 42: 196-213 (1999)
 - 123 Kosciulek JF: Structural equation model of the consumer-directed theory of empowerment in a vocational rehabilitation context. Rehabil Couns Bull 49: 40-49 (2005)
 - 124 Kosciulek JF, Merz M: Structural Analysis of the consumer-directed theory of empowerment. Rehabil Couns Bull 44: 209-216 (2001)
 - 125 Kuckartz U: MAXQDA (Version 2007) [computer software]. (1995-2007)
 - 126 Kuehner C: Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. Acta Psychiatr Scand 106: 62-70 (2002)
 - 127 Kyle T, Dunn JR: Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. Health Soc Care Community 16: 1-15 (2008)
 - 128 Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N: Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. J Nerv Ment Dis 187: 406-413 (1999)
 - 129 Lehman AF: The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. Arch Gen Psychiatry 40: 369-373 (1983)
 - 130 Lehman AF, Kernan E, Postrado L: Toolkit on evaluating quality of life for persons with severe mental illness.
http://www.hsri.org/publication/toolkit_evaluating_quality_of_life_for_persons_with_severe_mental_illn/ (14.11.2012)
 - 131 Lehman AF, Postrado LT, Rachuba LT: Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. Qual Life Res 2: 327-333 (1993)
 - 132 Lehman AF, Ward NC, Linn LS: Chronic mental patients: The quality of life issue. Am J Psychiatry 139: 1271-1276 (1982)
 - 133 Lewin K, Dembo T, Festinger L, Sears PS: Level of aspiration. In: Hunt JM (Hrsg) Personality and the behavior disorders, Ronald Press Company, New York, S. 333-378 (1944)
 - 134 Lewis SW, Davies L, Jones PB, Barnes TR, Murray RM, Kerwin R, Taylor D, Hayhurst KP, Markwick A, Lloyd H, Dunn G: Randomised controlled trials of conventional antipsychotic versus new atypical drugs, and new atypical drugs versus clozapine, in people with schizophrenia responding

- poorly to, or intolerant of, current drug treatment. *Health Technol Assess* 10: 1-182 (2006)
- 135 Lord J, Hutchinson P: The process of empowerment: Implications for theory and practice. *Can J Commun Ment Health* 12: 5-22 (1993)
 - 136 Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T: Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *Int J Soc Psychiatry* 54: 47-55 (2008)
 - 137 Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T: Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16: 516-522 (2009)
 - 138 Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E: Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 186: 432-436 (1998)
 - 139 MacKinnon DP: Introduction to statistical mediation analysis. Lawrence Erlbaum, New York (2008)
 - 140 Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR: Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 107: 415-423 (2003)
 - 141 Malm U, May PR, Dencker SJ: Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophr Bull* 7: 477-487 (1981)
 - 142 Markowitz FE: The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 39: 335-347 (1998)
 - 143 Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, Kilian R, Kornfeld A, Toumi M: Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. *J Nerv Ment Dis* 196: 87-94 (2008)
 - 144 Masterson S, Owen S: Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *J Ment Health* 15: 19-34 (2006)
 - 145 Mayring P: *Psychologie des Glücks*. Kohlhammer, Stuttgart (1991)
 - 146 Mayring P: *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz, Weinheim (2002)
 - 147 Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim (2008)
 - 148 McCarthy J, Nelson G: An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatr* 42: 1254-1256 (1991)

- 149 McLean AH: Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patients movement in the united states: contradiction, crisis and changes. *Soc Sci Med* 40: 1053-1071 (1995)
- 150 McLean AH: From ex-patient alternatives to consumer options: Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement. *Int J Health Serv* 30: 821-847 (2000)
- 151 Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D: Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 39: 155-164 (1994)
- 152 Mendlowicz MV, Stein MB: Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 157: 669-682 (2000)
- 153 Morgan DL, Krueger RA: The focus group kit: Volumes 1-6. Sage, Thousand Oaks (1998)
- 154 Mowbray CT, Lewandowski L, Holter M, Bybee D: The clubhouse as an empowering setting. *Health Soc Work* 31: 167-179 (2006)
- 155 Mueller B, Nordt C, Lauber C, Rueesch P, Meyer PC, Roessler W: Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 62: 39-49 (2006)
- 156 Mueser KT, Pratt SI, Bartels SJ, Forester B, Wolfe R, Cather C: Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *J Neurolinguistics* 23: 297-317 (2010)
- 157 Muthen & Muthen: Mplus (Version 5.21) [computer software]. (1998-2009)
- 158 Nelson G, Lord J, Ochocka J: Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *J Community Appl Soc Psychol* 11: 125-142 (2001)
- 159 Nelson G, Ochocka J, Griffin K, Lord J: "Nothing about me, without me": participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors. *Am J Community Psychol* 26: 881-912 (1998)
- 160 Nikelly AG: The role of empowerment in mental health. Individual empowerment through social restructuring. *J Appl Behav Sci* 37: 305-323 (2001)
- 161 Nilsson L, Levander S: Quality of life and schizophrenia: no subjective differences among four living conditions. *Nord J Psychiatry* 52: 277-283 (1998)
- 162 Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C: Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Soc Sci Med* 65: 1420-1429 (2007)

- 163 Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W: Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 76-83 (1997)
- 164 Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW: Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* 98: 645-658 (2010)
- 165 Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT: The stress process. *J Health Soc Behav* 22: 337-356 (1981)
- 166 Perkins DD, Zimmerman MA: Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol* 23: 569-579 (1995)
- 167 Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA: Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs* 11: 103-111 (2002)
- 168 Piper S: Patient empowerment: emancipatory or technological practice? *Patient Educ Couns* 79: 173-177 (2010)
- 169 Powers P: Empowerment as treatment and the role of health professionals. *ANS Adv Nurs Sci* 26: 227-237 (2003)
- 170 Powers TL, Bendall D: Improving health outcomes through patient empowerment. *J Hosp Mark Public Relations* 15: 45-59 (2003)
- 171 Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S: Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 45: 7-12 (1999)
- 172 Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I: Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull* 24: 469-477 (1998)
- 173 Pukrop R: Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Nervenarzt* 74: 48-54 (2003)
- 174 Pukrop R: Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcomeindikator? *Kontra. Psychiatr Prax* 33: 312-314 (2006)
- 175 Pukrop R, Moller HJ, Steinmeyer EM: Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250: 120-132 (2000)
- 176 Rappaport J: In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol* 9: 1-25 (1981)
- 177 Rappaport J: Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 15: 121-148 (1987)

- 178 Reichhart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J: Patient participation in german psychiatry - a critical review. *Psychiatr Prax* 35: 111-121 (2008)
- 179 Rissel C, Perry C, Finnegan J: Toward the assessment of psychological empowerment in health promotion: initial tests of validity and reliability. *J R Soc Promot Health* 116: 211-218 (1996)
- 180 Ritsner M, Farkas H, Gibel A: Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 191: 668-674 (2003)
- 181 Ritsner M, Gibel A, Ratner Y: Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Qual Life Res* 15: 515-526 (2006)
- 182 Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Hirschmann S, Shinkarenko E, Ratner Y: Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 64: 308-315 (2003)
- 183 Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, Nechamkin Y, Barak P, Goldin V, Ponizovsky A: Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 61: 880-889 (2000)
- 184 Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, Nechamkin Y, Rauchverger B, Silver H, Modai I: The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *Eur Neuropsychopharmacol* 12: 31-38 (2002)
- 185 Röder-Wanner UU, Oliver JP, Priebe S: Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *Int J Soc Psychiatry* 43: 129-143 (1997)
- 186 Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T: A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 48: 1042-1047 (1997)
- 187 Rosenfield S: Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *J Health Soc Behav* 33: 299-315 (1992)
- 188 Roth D, Crane-Ross D: Impact of services, met needs, and service empowerment on consumer outcomes. *Ment Health Serv Res* 4: 43-56 (2002)
- 189 Rotter JB: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 80: 1-28 (1966)
- 190 Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D: Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 686-694 (2004)
- 191 Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L, Warner R: Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical

- approach: The south verona outcome project 4. Br J Psychiatry 178: 268-275 (2001)
- 192 Ruggeri M, Nose M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, Stefani B, Malchiodi F, Tansella M: Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. Br J Psychiatry 187: 121-130 (2005)
- 193 Ryles SM: A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. J Adv Nurs 29: 600-607 (1999)
- 194 Rymaszewska J, Mazurek J: The social and occupational functioning of outpatients from mental health services. Adv Clin Exp Med 21: 215-223 (2012)
- 195 Sainfort F, Becker M, Diamond R: Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry 153: 497-502 (1996)
- 196 Salzer MS: Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. Adm Policy Ment Health 24: 425-434 (1997)
- 197 Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H: Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. MPR-online 8: 23-74 (2003) [online journal]
<http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/> (14.1.2012)
- 198 Schutt RK, Rogers ES: Empowerment and peer support: structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. J Community Psychol 37: 697-710 (2009)
- 199 Schwarz G: Estimating the dimension of a model. The Annals of Statistic 6: 461-464 (1978)
- 200 Segal L: The importance of patient empowerment in health system reform. Health Pol 44: 31-44 (1998)
- 201 Segal SP, Silverman C, Temkin T: Measuring empowerment in client-run self-help agencies. Community Ment Health J 31: 215-227 (1995)
- 202 Seligman EP: Erlernte Hilflosigkeit. Psychologie Verlagsunion, Weinheim (1995)
- 203 Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachmann A, Schrank B, Benesch T, Schulze B, Woppmann A: The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 26: 28-33 (2011)
- 204 Skantze K: Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 98: 390-399 (1998)

- 205 Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. Br J Psychiatry 161: 797-801 (1992)
- 206 SPSS Inc.: SPSS for Windows (Version 12.0.1) [computer software]. (1989-2003)
- 207 Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung: Bildungsberichterstattung 2006.
<http://www.isb.bayern.de/download/1279/bildungsberichterstattung06.pdf>
(1.5.2013)
- 208 Statistisches Bundesamt: Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2012/Alleinlebende/begleitmaterial_PDF.pdf?__blob=publicationFile (1.5.2013)
- 209 Strack KM, Schulenberg SE: Understanding empowerment, meaning, and perceived coercion in individuals with serious mental illness. J Clin Psychol 65: 1137-1148 (2009)
- 210 Strack S, Argyle M, Schwarz N: Subjektive well-being: an interdisciplinary perspective. Pergamon, Oxford (1991)
- 211 Svedberg P, Arvidsson B, Svensson B, Hansson L: Psychometrics characteristics of a self-report questionnaire (HPIQ) focusing on health promotion interventions in mental health services. Int J Ment Health Nurs 17: 171-179 (2008)
- 212 Svedberg P, Svensson B, Arvidsson B, Hansson L: The construct validity of a self-report questionnaire focusing on health promotion interventions in mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs 14: 566-572 (2007)
- 213 Swift C, Levine G: Empowerment an emerging mental health technology. J Prim Prev 8: 71-94 (1987)
- 214 Tausig M: Work and mental health. In: Aneshensel CS, Phelan JC (Hrsg) Handbook of the sociology of mental health, Springer, New York, S. 255-274 (1999)
- 215 Tengland PA: Empowerment: a conceptual discussion. Health Care Anal 16: 77-96 (2008)
- 216 Theunissen G: Das Modell des Empowerment. In: Theunissen G (Hrsg) Wege aus der Hospitalisierung, Psychiatrie, Bonn, S. 75-123 (1999)
- 217 Tomes N: The patient as a policy factor: a historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. Health Aff (Millwood) 25: 720-729 (2006)
- 218 Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, De VJ, Hodiament PP: Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Int J Soc Psychiatry 53: 36-47 (2007)

- 219 Urban D, Mayerl J: Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2008)
- 220 Vandiver VL: Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. Community Ment Health J 34: 501-511 (1998)
- 221 Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW: Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Res 150: 71-80 (2007)
- 222 Veenhoven R: Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: Strack S, Argyle M, Schwarz N (Hrsg) Subjective well-being: an interdisciplinary perspective, Pergamon, Oxford, S. 7-26 (1991)
- 223 Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, Cernovsky Z, Zirul S, Awad A: Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. Schizophr Res 43: 135-145 (2000)
- 224 Ware J, Kosinski M, Keller SD: A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 34: 220-233 (1996)
- 225 Weiner A, Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Baloush-Kleinman V, Maoz H, Yanos PT: Housing model for persons with serious mental illness moderates the relation between loneliness and quality of life. Community Ment Health J 46: 389-397 (2010)
- 226 Werner S: Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. Psychiatry Res 196: 214-219 (2012)
- 227 WHOQOL Group: Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 28: 551-558 (1998 a)
- 228 WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 46: 1569-1585 (1998 b)
- 229 Wong YL, Filoromo M, Tennille J: From principles to practice: a study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. Adm Policy Ment Health 34: 13-28 (2007)
- 230 World Health Organization: Constitution of the world health organization (1948)
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (3.4.2011)
- 231 World Health Organization: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (4.4.2011)

- 232 Wowra SA, McCarter R: Validation of the empowerment scale with an outpatient mental health population. *Psychiatr Serv* 50: 959-961 (1999)
- 233 Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV: Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Ment Health J* 37: 405-419 (2001)
- 234 Zimmerman MA: Further explorations in empowerment theory: an empirical analysis of psychological empowerment. *Am J Community Psychol* 20: 707-727 (1992)
- 235 Zimmerman MA: Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol* 23: 581-599 (1995)
- 236 Zimmerman MA: Empowerment theory - psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E (Hrsg) *Handbook of community psychology*, Kluwer Academic/Plenum, New York, S. 43-63 (2000)
- 237 Zimmerman MA, Rappaport J: Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community Psychol* 16: 725-750 (1988)
- 238 Zimmerman MA, Warschausky S: Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabil Psychol* 43: 3-16 (1998)
- 239 Zissi A, Barry MM: Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Hrsg) *Wiley & Sons, Chichester*, S. 33-44 (2006)
- 240 Zissi A, Barry MM, Cochrane R: A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychol Med* 28: 1221-1230 (1998)

Inhaltsverzeichnis:

Anhang I: Poster Übersicht Studie	148
Anhang II: Leitfaden Fokusgruppen	149
Anhang III: Patienteninformation Fokusgruppen	152
Anhang IV: Einwilligungserklärung Fokusgruppen/ Feldstudie	154
Anhang V: Kärtchen zu alltäglichen Lebensbereichen Fokusgruppen	156
Anhang VI: Patienteninformation Feldstudie	157
Anhang VII: Fragebogenheft	159
Anhang VIII: Dimensionen und Items der EPAS Endversion	183
Anhang IX: HoNOS-D	184
Anhang X: Korrelationsmatrix Prädiktorvariablen	185
Anhang XI: Korrelationen zwischen Kriteriumsvariablen und Prädiktoren	190

Anhang I: Poster Übersicht Studie

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Reinhold Kilian¹⁾, Thomas Becker¹⁾, Gabriele Schleuning²⁾, Michael Welschhold²⁾, Herbert Matschinger³⁾

UNIVERSITÄT LEIPZIG

1) Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie II am BKH Günzburg,

2) Psychiatrische Krisenambulanz Atriumhaus München

3) Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie



ulm university

universität
uulm

atriumhaus

Zielsetzung und Fragestellung

Ziel des Projektes ist die Entwicklung und die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit affektiven (ICD-10 F30-F39) und schizophrenen (ICD-10 F20-F29) Störungen. Das Instrument soll verschiedene inhaltliche Dimensionen von Empowerment berücksichtigen, aber zugleich für den Einsatz in der Routineversorgung geeignet sein und daher nicht mehr als 25 Items umfassen.

Hintergrund

Trotz der weitgehenden Übereinstimmung über die zentrale Bedeutung von Empowerment für die psychiatrische Behandlung fehlen bislang standardisierte Verfahren zur Messung von Empowerment im psychiatrischen Behandlungsprozess. Gegenwärtig existieren deshalb auch nur sehr wenige Untersuchungen zu der Frage, in welchem Umfang in der Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen Empowerment-Prinzipien tatsächlich zum Tragen kommen. Für die psychiatrische Versorgungsforschung bedeutet das Fehlen geeigneter Messmethoden, dass ein zentraler Bestandteil der Qualität des therapeutischen Prozesses nicht angemessen beurteilt werden kann. Damit fehlt zum einen die Möglichkeit, potenzielle Ursachen einer mangelnden Empowerment-Orientierung des psychiatrischen Behandlungsprozesses zu identifizieren. Zum anderen lässt sich nicht präzise ermitteln, welche Bedeutung Empowerment tatsächlich für das Ergebnis des Behandlungsprozesses hat.

Fokusgruppen

Als geeignetes Untersuchungsverfahren zur Generierung der inhaltlichen Dimensionen von Empowerment im psychiatrischen Behandlungsprozess und der Itementwicklung wird die Fokusgruppentechnik angesehen, die von den Antragstellern bereits im Rahmen der Entwicklung von Lebensqualitätsfragebögen der WHO erfolgreich angewendet wurde. Die Dauer der Fokusgruppen beträgt jeweils ungefähr 60 Minuten. Die Gruppen werden von einem in der Fokusgruppentechnik erfahrenen Moderator (Projektleiter) geleitet und von einem Co-Moderator protokolliert. Von allen Sitzungen werden Audio- und Videoaufzeichnungen durchgeführt. Die Audioaufzeichnungen der Gruppen werden vollständig transkribiert.

IRT-Analysen / Konfirmatorische Analysen

Zur Überprüfung der Allgemeingültigkeit der Modellannahmen wird untersucht, in welchem Umfang die Messeigenschaften des Fragebogens durch geschlechts-, alters- oder regionsspezifische Faktoren oder durch die krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Patienten beeinflusst werden.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität erfolgt die Analyse der Zusammenhänge zwischen der Empowermentsskala, der krankheitsbedingten Beeinträchtigung (HoNOS) und der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-BREF) mittels linearer Strukturgleichungsmodelle. Dabei wird erwartet, dass Empowerment negative Zusammenhänge mit der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und positive Zusammenhänge mit der subjektiven Lebensqualität aufweist ohne dass sich die Messungen jeweils als redundant erweisen. Die Analysen werden mit dem Programm MPLUS 4.2, GLAMM und WINMIRA durchgeführt.

Methoden

Fokusgruppen mit Patienten, Angehörigen und Experten

Stadt		Land	
Patienten		Patienten	
Frauen F3	Frauen F2	Frauen F3	Frauen F2
Männer F3	Männer F2	Männer F3	Männer F2
Eltern	Partner	Eltern	Partner
Experten		Experten	

Qualitative Inhaltsanalyse

Generierung von Items und Antwortskalen

Pilotfragebogen

Pilotstudie

Stadt n = 220 / Land n = 220

Explorative Analysen

Itemanalysen / Itemauswahl

Feldtestfragebogen

Feldstudie

Stadt n = 200 / Land n = 200

Konfirmatorische Analysen

IRT Analysen

Empowerment Fragebogen

Praxistest

Theoretische Grundlagen

Der Begriff Empowerment wurde zu Beginn der 1980er Jahre vor dem Hintergrund der community mental health Bewegung in den USA geprägt. Grundlage des Empowermentkonzeptes bildeten sozialpsychologische Theorien zur Generalisierung von Kontrollerwartungen und Selbstwirksamkeit durch Prozesse sozialen Lernens. Während Theorien wie das Konzept der gelernten Hilflosigkeit insbesondere den Verlust von Kontrollerwartungen durch frühe Deprivationserfahrungen in den Vordergrund stellten, wurde im Rahmen des Empowerment Konzeptes die Möglichkeit der Wiedergewinnung von Kontrollerwartungen durch positive Lernerfahrungen postuliert. Als zentrale Erfahrung im Rahmen eines Empowerment Prozesses wurde dabei die aktive Involvierung in Entscheidungsprozesse betrachtet, welche die Lebensumstände der betroffenen Menschen maßgeblich beeinflussen. Wegen der vielfach nachgewiesenen Bedeutung generalisierter Kontrollüberzeugungen im Bereich gesundheitsrelevanten Verhaltens wurde das Empowermentkonzept zu einer wichtigen theoretischen Grundlage für die gesundheitliche und insbesondere für die psychiatrische Prävention.

Pilotstudie

Ziel der Pilotstudie ist die Exploration der dimensional Struktur des Empowermentkonstruktes und die Auswahl der Fragebogenitems mit den besten psychometrischen Eigenschaften. Zu diesem Zweck erfolgt eine Querschnittsbefragung von 220 Patienten der ICD-10 Diagnosegruppen F20-F29, sowie von jeweils 220 Patienten der Diagnosegruppen F30-F39 im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die jeweils zur Hälfte aus Patienten den Institutsambulanzen des Bezirkskrankenhauses Günzburg (n = 220) und des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus in München (n = 220) rekrutiert werden.

Felderprobung

Ziel der Felderprobung ist die Prüfung der Validität und der Reliabilität des auf der Grundlage der vorherigen Untersuchungsschritte entwickelten Fragebogens. Im Rahmen dieser Untersuchung erfolgt neben der Befragung mit dem Empowermentfragebogen eine Erfassung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung mit der Deutschen Version der Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS-D). Weiterhin erfolgt eine Erfassung der subjektiven Lebensqualität mit der deutschen Version des WHOQOL-BREF.

Anhang II: Leitfaden Fokusgruppen

Ice-Breaker: Es wäre nett, wenn sich alle kurz vorstellen könnten, mit Namen - oder nur mit Vornamen - und was sie sonst noch zu Ihrer Person mitteilen wollen? (auch Mitarbeiter)

(5 Minuten)

Frage 1: Was bedeutet für Sie „Empowerment“?

1. In welchen Bereichen ihres Lebens ist es für Sie wichtig eigene Entscheidungs- oder Kontrollmöglichkeiten zu haben? - Wie kann das aussehen? Woran könnte man es erkennen?
2. In ihrem alltäglichen Leben? Gibt es noch weitere Bereiche? Wie wichtig ist es, in...
 - Beruf: Was bedeutet es für Sie eigene Entscheidungen im Beruf zu treffen? Bedeutet Empowerment z. B. darüber zu entscheiden, ob man überhaupt arbeitet? –
 - Bildung: Kann Empowerment beispielsweise bedeuten, Interessen zu haben und sich gezielt Wissen darüber anzueignen?
 - finanzielle Angelegenheiten: Bedeutet Empowerment beispielsweise, unbegrenzt Geld zur Verfügung zu haben?
 - Wohnsituation/ Haushaltsführung: Bedeutet Empowerment beispielsweise, wählen zu können, ob man mit anderen zusammenlebt oder lieber alleine wohnt? ...im Haushalt alles eigenständig zu machen?
 - soziale Kontakte/ Familie: Bedeutet Empowerment sehr viele soziale Kontakte und Freunde zu haben?... in eine Familie eingebunden zu sein?
 - Partnerschaft und Sexualität: Bedeutet Empowerment sich ganz frei für eine Partnerschaft zu entscheiden und Sexualität zu leben?
 - Freizeitgestaltung: Bedeutet Empowerment die Freizeit den eigenen Interessen entsprechend zu gestalten?

→ Karte mit alltäglichen Lebensbereichen, einige haben sie genannt, ...

3. Wie wichtig ist es eigene Entscheidungs- oder Kontrollmöglichkeiten in der Behandlung zu haben?

- ➔ im Kontakt mit den Sie behandelnden Personen/ Beziehung, wie sieht das aus?
- ➔ Behandlungsform (Medikation, ambulant – stationär, wie wichtig sind dabei verschiedene Therapien und welche)

4. Wie wichtig ist Empowerment im gesellschaftlichen und politischen Leben? Also: beispielsweise nehmen manche Patienten Einfluss, indem sie in Gremien über Patientenrechte mitverhandeln.

5. Gibt es Bereiche ihres Lebens, für die Sie sich mehr eigene Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten wünschen?

(20 Minuten)

Frage 2: Wie könnte Empowerment Ihr Leben verändern?

→ Auf Karte hinweisen!

1. Was könnten mögliche positive Veränderungen sein?

- Beruf und Bildung
- finanzielle Angelegenheiten
- Wohnsituation und Haushaltsführung
- soziale Kontakte und Familie
- Partnerschaft und Sexualität
- Freizeitgestaltung
- Behandlung

2. Was könnten mögliche negative Veränderungen sein?

(15 Minuten)

Frage 3: Wodurch denken Sie, kann man „Empowerment“ erreichen?

1. Welche Aspekte sind aus ihrer Sicht in der Behandlung wichtig?

- ➔ Was kann der Behandler tun, um Empowerment zu unterstützen?
- ➔ Spielt die Behandlungsform eine Rolle? Inwiefern?

2. Was können Sie selbst dazu beitragen?

- ➔ so könnte es z. B. hilfreich sein, sich in einer Selbsthilfegruppe zu engagieren

3. Wodurch können Sie andere Personen unterstützen?

4. Welche Lebensbedingungen fördern Empowerment? (Wohnung; Wohnumgebung; Vorhandensein beruflicher Möglichkeiten/ Bildung; zur Verfügung stehendes Geld)

5. Andersherum gefragt: Was glauben Sie, was kann „Empowerment“ blockieren?

(Person, äußere Gegebenheiten)

(20 Minuten)

Frage 4: Zuletzt interessiert uns noch, wie wichtig denken sie finden unser Diskussionsthema Mitarbeiter im Gesundheitswesen - also zum Beispiel für Ärzte, Pflege etc.?

Und wie wichtig glauben Sie, finden Angehörigen dieses Thema?

(5 Minuten)

Abschlussfrage: Überlegen Sie bitte kurz, über was wir heute gesprochen haben.

Gibt es noch etwas zum Thema, was Sie gerne angesprochen hätten?

(5 Minuten)

PATIENTENINFORMATION

Titel der Studie:

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient

Ein wesentliches Ziel einer modernen psychiatrischen Behandlung ist die Förderung einer selbständigen Lebensgestaltung und eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung der Patienten. Dieses Ziel wird auch mit dem englischsprachigen Begriff „empowerment“ bezeichnet.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes soll ein Fragebogen entwickelt werden, der es ermöglicht, zu beurteilen inwieweit die psychiatrische Behandlung diesem Ziel tatsächlich gerecht wird.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, uns im Rahmen einer Gruppendiskussion Ihre Vorstellungen darüber mitzuteilen welche Aspekte ein derartiges Messverfahren beinhalten müsste, damit die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Die Gruppendiskussion, an der außer Ihnen noch ungefähr 7 weitere Patienten teilnehmen werden, dauert ca. 60 Minuten und wird von einer Psychologin geleitet. Die Inhalte der Diskussion werden von einer weiteren Projektmitarbeiterin oder einem Projektmitarbeiter protokolliert. Sofern alle Teilnehmer einverstanden sind, wird von der Diskussion eine Video bzw. Audioaufzeichnung angefertigt. Diese dient dazu die Erstellung eines schriftlichen Sitzungsprotokolls zu vereinfachen. Nach Erstellung des Sitzungsprotokolls werden alle Aufzeichnungen vernichtet. Im dem schriftlichen Sitzungsprotokoll werden alle während der Diskussion gemachten Aussagen anonymisiert. Die anonymisierten schriftlichen Sitzungsprotokolle werden von den Projektmitarbeitern hinsichtlich ihrer für die Entwicklung des Fragebogens relevanten Aussagen ausgewertet und als Grundlage für die Formulierung von Fragebogenfragen verwendet.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten und Proben werden vernichtet.

ERREICHBARKEIT DES PROJEKTLITERS:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner _____ unter der Telefonnummer erreichen: _____

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Projektleiter.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Krankenakte nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

.....
Datum Name des aufklärenden Studienmitarbeiters

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir

Herr / Frau ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....

(Name des Probanden)

.....

Ort, Datum

.....

(Unterschrift des Probanden)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
- 2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....

(Name des Probanden)

.....

Ort, Datum

.....

(Unterschrift des Probanden)

Anhang V: Kärtchen zu alltäglichen Lebensbereichen Fokusgruppen

Alltägliche Lebensbereiche:

- ➔ Bildung und Beruf
- ➔ finanzielle Angelegenheiten
- ➔ Wohnsituation und Haushaltsführung
- ➔ soziale Kontakte und Familie
- ➔ Partnerschaft und Sexualität
- ➔ Freizeitgestaltung

PATIENTENINFORMATION

Titel der Studie:

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient

Ein wesentliches Ziel einer modernen psychiatrischen Behandlung ist die Förderung einer selbständigen Lebensgestaltung und eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung der Patienten. Dieses Ziel wird auch mit dem englischsprachigen Begriff „**empowerment**“ bezeichnet.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes soll ein Fragebogen entwickelt werden, der es ermöglicht, zu beurteilen inwieweit die psychiatrische Behandlung diesem Ziel tatsächlich gerecht wird.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, an einer anonymen Fragebogenuntersuchung teilzunehmen. Die von Ihnen gemachten Angaben werden in anonymer Form elektronisch gespeichert und mit statistischen Verfahren ausgewertet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind dabei zu keinem Zeitpunkt möglich. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden dazu verwendet, nach statistischen Kriterien die für den endgültigen Fragebogen am besten geeigneten Fragen auszuwählen.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten und Proben werden vernichtet.

ERREICHBARKEIT DES PROJEKTL EITERS:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner _____ unter der Telefonnummer erreichen: _____

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Projektleiter.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

.....
Datum, Name des aufklärenden Studienmitarbeiters

Anhang VII Fragebogenheft (ohne Kontaktdaten)



Studienunterlagen

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserem Forschungsprojekt teilzunehmen. In diesem Heft sind insgesamt drei Fragebögen enthalten:

Seite 2: Fragebogen zu Empowerment (EPAS),
Seite 12: Fragebogen zur allgemeinen Lebensqualität,
Seite 16: Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK).

Wir bitten Sie, diese auszufüllen; Hinweise zum Ausfüllen der Fragebögen finden Sie im Folgenden.

Bitte geben Sie das ausgefüllte Heft zusammen mit den anderen Unterlagen, baldmöglichst bei/im _____ ab.

Kontaktdaten Studienmitarbeiter

Fragebogen zu Empowerment (EPAS)



Sehr geehrte Patientin !

Sehr geehrter Patient !

Ein wesentliches Ziel einer modernen psychiatrischen Behandlung ist die Förderung einer selbständigen Lebensgestaltung und eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung. Dieses Ziel wird auch mit dem englischsprachigen Begriff „empowerment“ bezeichnet.

Damit die Empowerment-Orientierung im psychiatrischen Behandlungsprozess besser erfasst und dadurch die Qualität der Behandlung weiter verbessert werden kann, haben wir folgenden Fragebogen entwickelt. Anhand verschiedener Aussagen soll eine Einschätzung des persönlich erlebten Empowerments für unterschiedliche Lebensbereiche vorgenommen werden.

Die genaue Instruktion zum Ausfüllen des Fragebogens erhalten Sie auf der folgenden Seite. Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch, bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Instruktion zum Ausfüllen des Fragebogens:

Der Fragebogen enthält Aussagen, für die Sie jeweils ankreuzen sollen, **wie richtig oder wie falsch** diese Aussagen **aus Ihrer ganz persönlichen Sicht** sind. Deshalb ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen **für sich alleine** bearbeiten.

Die Antwortskala lautet:

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

Zum Beispiel könnte eine Aussage lauten:

„In meinem alltäglichen Leben komme ich gut zu Recht.“

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, wie gut Sie in Ihrem alltäglichen Leben zu Recht kommen. Das heißt: wenn Sie gut zu Recht kommen, kreuzen Sie das Feld mit der 5 an. Wenn Sie in manchen Bereichen gut zu Recht kommen und in manchen nicht, kreuzen Sie das Feld mit der 3 an - usw.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Kreuzen Sie für jede Aussage nur jeweils **ein Feld** auf der Antwortskala an. Wenn Sie sich nicht sicher sein sollten, kreuzen Sie das Feld an, das am ehesten für Sie zutrifft.

1. Es fällt mir schwer, mein Geld gut einzuteilen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas1]

2. Ich Sorge dafür, dass ich mit meinem Geld auskomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas2]

3. Ich kann meine berufliche Situation entsprechend meiner Vorstellung gestalten.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas3]

4. Beruflich finde ich immer eine Möglichkeit für mich.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas4]

5. Mit meinen Alltagsaufgaben bin ich überfordert.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas5]

6. Ich gestalte meinen Wohnbereich nach meinem Geschmack.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas6]

7. Alltagsaufgaben im Haushalt erledige ich eigenständig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas7]

8. Es fällt mir leicht, auf andere Menschen zuzugehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas8]

9. Es gelingt mir gut, den Kontakt zu Freunden aufrecht zu erhalten.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas9]

10. Gegenüber Kränkungen und Verletzungen im Umgang mit anderen Menschen bin ich hilflos.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas10]

11. Wenn mich etwas im Kontakt mit anderen belastet, kann ich das ansprechen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas11]

12. Im Kontakt mit anderen kann ich eigene Bedürfnisse äußern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas12]

13. Ich kann meine sexuellen Bedürfnisse ausdrücken.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas13]

14. Meine Bedürfnisse nach Zuneigung und Zärtlichkeit bleiben meistens unerfüllt.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas14]

15. Ich habe keinen Einfluss darauf, ob meine sexuellen Wünsche erfüllt werden.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas15]

16. In meiner Freizeit gehe ich meinen Interessen nach.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas16]

17. Ich langweile mich in meiner Freizeit.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas17]

18. Ich plane, was ich in meiner Freizeit machen möchte.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas18]

19. Schwierigkeiten in der psychiatrischen Behandlung spreche ich direkt an.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas19]

20. Gegenüber meinem psychiatrischen Behandler fällt es mir schwer, meine Ansichten zu äußern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas20]

21. Im Kontakt zu meinem psychiatrischen Behandler fühle ich mich gleichberechtigt.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas21]

22. Auf den Ablauf meiner psychiatrischen Behandlung habe ich keinerlei Einfluss.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas22]

23. Beim Auftreten bestimmter psychischer Symptome weiß ich genau, was ich tun kann.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas23]

24. In Stresssituationen weiß ich für mich Möglichkeiten, diesen Zustand zu regulieren.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas24]

25. Gegen die Nebenwirkungen von psychiatrischen Medikamenten kann ich nichts machen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas25]

26. Ich Sorge dafür, dass ich das passende psychiatrische Medikament bekomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas26]

27. Bei Entscheidungen über meine psychiatrische Medikation beteilige ich mich aktiv.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas27]

28. Ich habe Einfluss darauf, welches psychiatrische Medikament ich bekomme.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas28]

29. Bei Entscheidungen über meine psychiatrische Medikation werden meine Wünsche berücksichtigt.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas29]

30. Hinsichtlich meiner Zukunft bin ich zuversichtlich.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas30]

31. Ich habe das Gefühl, es geht aufwärts in meinem Leben.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas31]

32. Ich habe das Gefühl, dass sich in meinem Leben immer alles zum Schlechteren wendet.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas32]

33. Wenn ich etwas erreichen will, dann schaffe ich es.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas33]

34. Auch schwierige Situationen kann ich meistern.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas34]

35. Neue Anforderungen kann ich gut bewältigen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas35]

36. Oft zweifle ich an meinen Fähigkeiten.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas36]

37. Ich bin für mich in Ordnung so wie ich bin.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas37]

38. Im Allgemeinen fühle ich mich anderen gegenüber gleichwertig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas38]

39. Es fällt mir schwer, mich selbst zu akzeptieren.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas39]

40. Mit meiner psychischen Erkrankung kann ich offen umgehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas40]

41. Trotz meiner psychischen Erkrankung werde ich von anderen Menschen akzeptiert.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas41]

42. Trotz meiner psychischen Erkrankung bin ich für andere Menschen wichtig.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epas42]

Achtung:

Folgende Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie aktuell berufstätig sind, unabhängig von Umfang und Bezahlung der Tätigkeit; also egal ob Sie einer Vollzeitbeschäftigung, einem 400 oder 1€-Job nachgehen, eine betriebliche Ausbildung oder eine Wiedereingliederungsmaßnahme machen. Ansonsten können Sie weiter zu Seite 11 gehen.

1. Wenn ich bei meiner beruflichen Tätigkeit überfordert bin, tue ich was dagegen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb1]

2. Ich Sorge dafür, dass ich beruflich auf dem Laufenden bleibe.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb2]

3. Meine Arbeitsbedingungen gestalte ich aktiv mit.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb3]

4. Ich teile mir meine Arbeit so ein, dass ich sie gut erledigen kann.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb4]

5. Bei Problemen an meinem Arbeitsplatz weiß ich, wo ich professionelle Unterstützung finde.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epasb5]

Achtung:

Folgende Aussagen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie minderjährige Kinder haben.
Ansonsten können Sie weiter zu Seite 12 gehen.

1. Die Erziehung meiner Kinder gelingt mir.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask1]

2. Es fällt mir schwer, auf meine Kinder einzugehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask2]

3. Mit Konflikten in meiner Familie kann ich gut umgehen.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask3]

4. Bei Schwierigkeiten in der Erziehung meiner Kinder weiß ich, wo ich professionelle Unterstützung erhalte.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask4]

5. Im Umgang mit meinem Kind bin ich mir sicher.

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise	Stimmt überwiegend	Stimmt völlig
1	2	3	4	5

[epask5]

Fragen zur allgemeinen Lebensqualität

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1	2	3	4	5

[who1]

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who2]

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who3]

4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who4]

5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who5]

6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who6]

7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who7]

8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who8]

9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1	2	3	4	5

[who9]

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?

Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1	2	3	4	5

[who10]

11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?

Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1	2	3	4	5

[who11]

12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?

Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1	2	3	4	5

[who12]

13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?

Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1	2	3	4	5

[who13]

14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?

Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
1	2	3	4	5

[who14]

15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?

Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1	2	3	4	5

[who15]

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who16]

17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who17]

18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who18]

19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who19]

20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who20]

21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who21]

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who22]

23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who23]

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who24]

25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
1	2	3	4	5

[who25]

Bei folgender Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
1	2	3	4	5

[who26]

Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Eine psychische Erkrankung bedeutet einen tiefgreifenden Einschnitt in das Leben. Dabei muss jeder seinen eigenen Weg finden, um mit der Erkrankung und den dadurch bedingten Veränderungen umzugehen.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mögliche Verhaltensweisen, Gedanken oder Gefühle im Umgang mit einer psychischen Erkrankung beschreiben. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, inwieweit diese für Sie derzeit zutrifft.

1. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk1]

2. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk2]

3. Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk3]

4. Ich mache Pläne und halte mich daran.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk4]

5. Ich hänge Wunschträumen nach.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk5]

6. Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk6]

7. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk7]

8. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk8]

9. Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk9]

10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk10]

11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk11]

12. Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk12]

13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk13]

14. Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk14]

15. Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk15]

16. Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk16]

17. Ich verleve mit anderen Menschen sehr schöne Stunden.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk17]

18. Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk18]

19. Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk19]

20. Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk20]

21. Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk21]

22. Ich mache mir selber Mut.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk22]

23. Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk23]

24. Ich vertraue meinen Ärzten.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk24]

25. Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk25]

26. Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk26]

27. Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk27]

28. Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk28]

29. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk29]

30. Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk30]

31. Ich bete und suche Trost im Glauben.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk31]

32. Ich gehe mit Freunden aus.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk32]

33. Ich misstraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk33]

34. Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk34]

35. Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk35]

36. Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk36]

37. Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk37]

38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk38]

39. Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk39]

40. Ich beginne nachzudenken und zu grübeln.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk40]

41. Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk41]

42. Ich finde meine innere Stärke wieder.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk42]

43. Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk43]

44. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk44]

45. Ich lasse mich gerne umsorgen.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

[efk45]

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige Auskünfte zu Ihrer Person:

Alter: _____ Jahre [Alter]

Geschlecht: [Geschl]

- ☐₁ weiblich
☐₂ männlich

Familienstand: [Fam Stand]

- ☐₁ ledig
☐₂ verheiratet/ Partnerschaft
☐₃ geschieden/ getrennt lebend
☐₄ verwitwet

Kind/-er :

Unter 18 Jahren: [Kindmj]
☐₁ ja (Anzahl: _____) [AnzmjK]
☐₂ nein

Über 18 Jahre: [Kindvj]
☐₁ ja (Anzahl: _____) [AnzvjK]
☐₂ nein

Gegenwärtige Wohnsituation: [Wohnsit]

- ☐₁ Haus/ Wohnung ohne Betreuung
☐₂ Haus/ Wohnung mit Betreuung
☐₃ Wohneinrichtung/ Heim
☐₄ ohne festen Wohnsitz
☐₅ Sonstiges:

zusammen mit: [zsmi1, 2]

- ☐₁ allein
☐₂ Eltern(teil)
☐₃ (Ehe-)Partner
☐₄ Kind(ern)
☐₅ anderen Personen:

Höchster Bildungsabschluss: [Bildung]

- ☐₁ ohne Abschluss
☐₂ Volks-/ Hauptschulabschluss
☐₃ Mittlere Reife
☐₄ (Fach-) Abitur
☐₅ Fachhochschul-/ Universitätsabschluss
☐₆ Sonstiger:

- Berufliche Situation:** [BerufSit1, 2]
- ☐₁ Berufstätig: [BerufTät]
- ☐_{1.1} Vollzeit
- ☐_{1.2} Teilzeit, mit: _____ Stunden
- ☐_{1.3} Geringfügige Beschäftigung/ 400 Euro Job
- ☐_{1.4} beschützte Tätigkeit (in Werkstätte etc.)
- ☐_{1.5} Sonstiges:
-
- ☐₂ Berentet: [Rente]
- ☐_{2.1} Altersrente
- ☐_{2.2} Berufsunfähigkeitsrente
- ☐_{2.3} befristete Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente)
- ☐_{2.4} unbefristete EU-Rente
- ☐₃ Arbeitslos
- ☐₄ Reha-Maßnahme
- ☐₅ Wiedereingliederungsmaßnahme
- ☐₆ In Ausbildung: [Ausbildung]
- ☐_{6.1} Schüler/ Student
- ☐_{6.2} Lehre
- ☐_{6.3} Umschulung
- ☐_{6.4} Fort-/Weiterbildung
- ☐₇ Hausfrau/-mann
- ☐₈ Sonstiges:
-

- Finanzielle Situation:** [Einkommen1, 2]
- ☐₁ Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
- ☐₂ Rente
- ☐₃ Staatliche Unterstützung: [StaatlU]
- ☐_{3.1} BAföG
- ☐_{3.2} Arbeitslosengeld I
- ☐_{3.3} Arbeitslosengeld II/ Hartz IV
- ☐_{3.4} Elterngeld
- ☐₄ Krankengeld/ Übergangsgeld
- ☐₅ Unterstützung durch Familienangehörige
- ☐₆ Sonstiges:
-

Angaben zu Ihrer Erkrankung:

Wegen welcher psychischen Erkrankung sind Sie aktuell in Behandlung? [Erkrankung]

- ☐₁ Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
- ☐₂ Depression
- ☐₃ Manie
- ☐₄ Weitere Erkrankungen:
-

Wann sind Sie erstmalig erkrankt? Im Alter von _____ Jahren [ersterkr]

Seit wann sind Sie in Ihrer aktuellen Behandlung? Seit circa _____ Monaten [BDauer]

☐₁ Noch nie
☐₂ Einmal
☐₃ Zwischen zwei und fünfmal
☐₄ Öfter als fünfmal

☐₁ ja
☐₂ nein

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

182

Anhang VIII: Dimensionen und Items der EPAS Endversion

Dimensionen		Items
EPAS-1	Alltagsbewältigung	epas2, epas3, epas4, epas5, epas6, epas7
EPAS-2	Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit	epas8, epas9, epas10, epas12, epas13, epas14, epas16, epas18
EPAS-3	Behandlung/ Medikamente	epas19, epas20, epas21, epas23, epas24, epas26, epas27, epas28
EPAS-4	Hoffnung/ Selbstwirksamkeit	epas30, epas31, epas32, epas33, epas34, epas35
EPAS-5	Selbstwert/ Akzeptanz	epas37, epas38, epas39, epas41, epas42

Anmerkung: EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen

Anhang IX: HoNOS-D

Bitte zutreffende ICD-10 Diagnosegruppe ankreuzen: ☐ F2 ☐ F3 ☐ Andere: _____

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Bitte gehen Sie die Fragen nacheinander durch. Beziehen Sie in die Beantwortung einer Frage keine Informationen ein, die schon in die Beantwortung einer vorangegangenen Frage eingegangen sind.

Bitte beurteilen Sie Ihren Patienten, indem Sie das **SCHWERSTE** Problem zugrunde legen, das innerhalb der **ZWEI WOCHEN VOR DIESER ERHEBUNG** im genannten Bereich auftrat.

Bitte tragen Sie jeweils eine Ziffer zwischen 0 und 4 oder eine 9 in das Kästchen ein, je nachdem, welche Antwort die Schwere des Problems in dem zwei-Wochen-Zeitraum am besten beschreibt.

Die Antworten lauten:

0 = kein Problem

2 = leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden

4 = schweres bis sehr schweres Problem

1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf

3 = eher schweres Problem

9 = nicht bekannt/nicht anwendbar

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie auf jede Frage eine Antwort geben.

1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

[honos1]

8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme

A Phobisch

[honos8A]

B Angst

[honos8B]

2) Absichtliche Selbstverletzung

[honos2]

C Zwangsgedanken/-handlungen

[honos8C]

D Stress

[honos8D]

3) Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum

[honos3]

E Dissoziativ

[honos8E]

F Somatoform

[honos8F]

G Essen

[honos8G]

H Schlaf

[honos8H]

I Sexuell

[honos8I]

J Andere (Spezifizieren)

[honos8J]

_____ [honos8JA]

Bitte geben Sie an, in welchem Bereich (A-J) in den letzten zwei Wochen das schwerwiegendste Problem auftrat.

[honos8_1]

4) Kognitive Probleme

[honos4]

9) Probleme mit Beziehungen

[honos9]

5) Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

[honos5]

10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten

[honos10]

6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

[honos6]

11) Probleme durch die Wohnbedingungen

[honos11]

7) Gedrückte Stimmung

[honos7]

12) Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

[honos12]

Anhang X: Korrelationsmatrix Prädiktorvariablen

Soziodemographische Merkmale

	Alter	Geschlecht	Ledig	Kinder	≥ Abitur
Alter	1	-0,127**	-0,340**	0,355**	-0,53
Geschlecht	-0,127**	1	0,279**	-0,222**	0,011
Ledig	-0,340**	0,279**	1	-0,644**	0,118*
Kinder	0,355**	-0,222**	-0,644**	1	-0,199**
≥ Abitur	-0,053	0,011	0,118*	-0,199**	1
Berufstätig	-0,065	0,050	-0,009	0,023	-0,011
Alleinlebend	0,139**	0,011	0,265**	-0,183**	0,077
Mit Betreuung	-0,025	0,155**	0,195**	-0,136**	-0,097*
Region	0,019	-0,108*	0,097*	-0,233**	0,271**
Experte F2/F3	0,194**	-0,092	-0,292**	0,335**	-0,036
Experte Komorb.	-0,037	0,054	0,069	-0,022	0,030
Patient F3	0,177**	-0,054	-0,259**	0,283**	-0,067
Pat. sonst. Erkr.	0,004	-0,111*	-0,010	0,052	0,019
Ersterkrankung	0,571**	-0,117*	-0,284**	0,319**	-0,030
Stationär 2+	0,065	-0,012	0,110*	-0,037	-0,042
HoNOS-D	-0,045	0,016	0,047	0,034	-0,058
EPAS-1	0,001	-0,052	-0,013	-0,036	0,069
EPAS-2	-0,050	0,048	0,013	-0,118*	0,117*
EPAS-3	-0,062	0,003	0,091	-0,149**	0,194**
EPAS-4	-0,107*	0,037	0,042	-0,110*	0,040
EPAS-5	-0,052	0,171**	0,009	-0,104*	0,101*

Anmerkung: Signifikanzniveau (p): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3: affektive Störungen; Experte Komorb.: Experte Komorbidität; Pat. sonst. Erkr.: Patient sonstige Erkrankung; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; EPAS-1: Alltagsbewältigung; EPAS-2: Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit; EPAS-3: Behandlung/ Medikamente; EPAS-4: Hoffnung/ Selbstwirksamkeit; EPAS-5: Selbstwert/ Akzeptanz

Merkmale zur Lebenssituation

	Berufstätig	Alleinlebend	Mit Betreuung	Region
Alter	-0,065	0,139**	-0,025	0,019
Geschlecht	0,050	0,011	0,155**	-0,108*
Ledig	-0,009	0,265**	0,195**	0,097*
Kinder	0,023	-0,183**	-0,136**	0,233**
≥ Abitur	-0,011	0,077	-0,097*	0,271**
Berufstätig	1	-0,056	-0,005	-0,036
Alleinlebend	-0,056	1	0,105*	0,251**
Mit Betreuung	-0,005	0,105*	1	0,061
Region	-0,036	0,251**	0,061	1
Experte F2/F3	0,066	0,022	-0,121*	-0,176**
Experte Komorb.	0,103*	0,044	-0,002	-0,079
Patient F3	0,025	-0,010	-0,096	0,115*
Pat. sonst. Erkr.	-0,003	-0,003	-0,063	-0,036
Ersterkrankung	-0,011	0,002	-0,124*	0,005
Stationär 2+	-0,082	0,068	0,081	0,004
HoNOS-D	-0,050	0,081	0,062	-0,073
EPAS-1	0,187**	0,074	-0,058	0,070
EPAS-2	0,027	-0,030	-0,052	0,105*
EPAS-3	-0,004	0,070	0,005	0,201**
EPAS-4	0,073	-0,034	0,022	0,060
EPAS-5	0,063	-0,072	0,050	0,085

Anmerkung: Signifikanzniveau (p): * p< 0,05 ** p< 0,01 *** p< 0,001; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3: affektive Störungen; Experte Komorb.: Experte Komorbidität; Pat. sonst. Erkr.: Patient sonstige Erkrankung; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; EPAS-1: Alltagsbewältigung; EPAS-2: Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit; EPAS-3: Behandlung/ Medikamente; EPAS-4: Hoffnung/ Selbstwirksamkeit; EPAS-5: Selbstwert/ Akzeptanz

Klinische Merkmale 1

	Experte F2/F3	Experte Komorb.	Patient F3
Alter	0,194**	-0,037	0,177**
Geschlecht	-0,092	0,054	-0,054
Ledig	-0,292**	0,069	-0,259**
Kinder	0,335**	-0,022	0,283**
≥ Abitur	-0,036	0,030	-0,067
Berufstätig	0,066	0,103*	0,025
Alleinlebend	0,022	0,044	-0,010
Mit Betreuung	-0,121*	-0,002	-0,096
Region	-0,176**	-0,079	-0,115*
Experte F2/F3	1	0,016	0,644**
Experte Komorb.	0,016	1	0,008
Patient F3	0,644**	0,008	1
Pat. sonst. Erkr.	0,242**	0,114*	0,104*
Ersterkrankung	0,228**	-0,104*	0,230**
Stationär 2+	-0,254**	0,029	-0,245**
HoNOS-D	0,135**	0,135**	0,181**
EPAS-1	-0,160**	-118*	-0,200**
EPAS-2	-0,241**	-0,164**	-0,280**
EPAS-3	-0,157**	-0,082	-0,236**
EPAS-4	-0,260**	-0,130**	-0,322**
EPAS-5	-0,262**	-0,86	-0,316**

Anmerkung: Signifikanzniveau (p): * p< 0,05 ** p< 0,01 *** p< 0,001; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen; F3: affektive Störungen; Experte Komorb.: Experte Komorbidität; Pat. sonst. Erkr.: Patient sonstige Erkrankung; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; EPAS-1: Alltagsbewältigung; EPAS-2: Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit; EPAS-3: Behandlung/ Medikamente; EPAS-4: Hoffnung/ Selbstwirksamkeit; EPAS-5: Selbstwert/ Akzeptanz

Klinische Merkmale 2

	Patient sonst. Erkr.	Ersterkrankung	Stationär 2+	HoNOS-D
Alter	0,004	0,571**	0,065	-0,045
Geschlecht	-0,111*	-0,117*	-0,012	0,016
Ledig	-0,010	-0,284**	0,110*	0,047
Kinder	0,052	0,319**	-0,037	0,034
≥ Abitur	0,019	-0,030	-0,042	-0,058
Berufstätig	-0,003	-0,011	-0,082	-0,050
Alleinlebend	-0,003	0,002	0,068	0,081
Mit Betreuung	-0,063	-0,124*	0,081	0,062
Region	-0,036	0,005	0,004	-0,073
Experte F2/F3	0,242**	0,228**	-0,254**	0,135**
Experte Komorb.	0,114*	-0,104*	0,029	0,135**
Patient F3	0,104*	0,230*	-0,245**	0,181**
Pat. sonst. Erkr.	1	-0,043	-0,128**	0,155**
Ersterkrankung	-0,043	1	-0,249**	-0,127*
Stationär 2+	-0,128**	-0,249**	1	0,018
HoNOS-D	0,155**	0,127*	0,018	1
EPAS-1	-0,138**	0,092	-0,034	-0,305**
EPAS-2	-0,169**	0,016	0,002	-0,297**
EPAS-3	-0,099*	-0,046	0,092	-0,209**
EPAS-4	-0,099*	-0,006	-0,007	-0,293**
EPAS-5	-0,180**	0,039	-0,035	-0,250**

Anmerkung: Signifikanzniveau (p): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3: affektive Störungen; Experte Komorb.: Experte Komorbidität; Pat. sonst. Erkr.: Patient sonstige Erkrankung; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; EPAS-1: Alltagsbewältigung; EPAS-2: Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit; EPAS-3: Behandlung/ Medikamente; EPAS-4: Hoffnung/ Selbstwirksamkeit; EPAS-5: Selbstwert/ Akzeptanz

EPAS-Dimensionen

	EPAS-1	EPAS-2	EPAS-3	EPAS- 4	EPAS-5
Alter	0,001	-0,050	-0,062	-0,107*	-0,52
Geschlecht	-0,052	0,048	0,003	0,037	0,171**
Ledig	-0,013	0,013	0,091	0,042	0,009
Kinder	-0,036	-0,118*	-0,149**	-0,110*	-0,104*
≥ Abitur	0,069	0,117*	0,194**	0,040	0,101*
Berufstätig	0,187**	0,027	-0,004	0,073	0,063
Alleinlebend	0,074	-0,030	0,070	-0,034	-0,072
Mit Betreuung	-0,058	-0,052	0,005	0,022	0,050
Region	0,070	0,105*	0,201*	0,060	0,085
Experte F2/F3	-0,160**	-0,241**	-0,157**	-0,260**	-0,262**
Experte Komorb.	-0,118**	-0,164*	-0,082	-0,130**	-0,086
Patient F3	-0,200**	-0,280**	-0,236**	-0,322*	-0,316**
Pat. sonst. Erkr.	-0,138**	-0,169**	-0,099*	-0,099*	-0,180*
Ersterkrankung	0,092	0,160	-0,046	-0,006	0,039
Stationär 2+	-0,034	0,002	0,092	-0,007	-0,035
HoNOS-D	-0,305**	-0,297**	-0,209**	-0,293**	-0,250**
EPAS-1	1	0,588**	0,465**	0,617**	0,517**
EPAS-2	0,588**	1	0,580**	0,726**	0,717**
EPAS-3	0,465**	0,580**	1	0,596**	0,555**
EPAS-4	0,617**	0,726**	0,596**	1	0,759**
EPAS-5	0,517**	0,717**	0,555**	0,759**	1

Anmerkung: Signifikanzniveau (p): * p< 0,05 ** p< 0,01 *** p< 0,001; F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3: affektive Störungen; Experte Komorb.: Experte Komorbidität; Pat. sonst. Erkr.: Patient sonstige Erkrankung; HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; EPAS: Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen; EPAS-1: Alltagsbewältigung; EPAS-2: Soziale Beziehungen/ Sexualität/ Freizeit; EPAS-3: Behandlung/ Medikamente; EPAS-4: Hoffnung/ Selbstwirksamkeit; EPAS-5: Selbstwert/ Akzeptanz

Anhang XI: Korrelationen zwischen Kriteriumsvariablen und Prädiktoren

Korrelationen zwischen den Subskalen des WHOQOL-BREF, dem HoNOS-D und der Selbsteinschätzung-F3

	Krankheitsbedingte Beeinträchtigung (HoNOS-D)	Selbsteinschätzung-F3
WHOQOL-Physisch	-0,346**	-0,315**
WHOQOL-Psychisch	-0,334**	-0,373**
WHOQOL-Soziale B.	-0,278**	-0,154**
WHOQOL-Umwelt	-0,292**	-0,263**

Anmerkung: WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life (Kurzversion); HoNOS-D: Health of the Nation Outcome Scales-Deutsch; Selbsteinschätzung F3: Selbsteinschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/oder Manie; Soziale B.: Soziale Beziehungen; Signifikanzniveau (p): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Danksagung

Mein großer Dank gilt allen Patienten, die durch ihre Teilnahme an der Empowerment-Studie diese Arbeit überhaupt möglich gemacht haben. Insbesondere möchte ich mich für die große Offenheit und das Vertrauen bedanken.

Dem „Empowerment-Team“ danke ich für die fruchtbare Zusammenarbeit, die die Grundlage für die vorliegende Arbeit bildet.

Meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Reinhold Kilian danke ich für die vielen hilfreichen Anregungen und Diskussionspunkte während des Erstellens der Arbeit. Besonders möchte ich mich für das vermittelte Gefühl bedanken, dass jemand hinter meiner Arbeit stand ohne zu „drängeln“ und für das, was man in der Therapeutensprache „unbedingte Wertschätzung“ nennt.

Herrn Prof. Dr. Markos Maragkos danke ich für die Bereitschaft das Zweitgutachten anzufertigen – trotz der München-Ulm Distanz.

Herrn Prof. Dr. Ferdinand Keller und Herrn Prof. Dr. Peter Brieger danke ich für ihre Zusage, den Beisitz im Promotionskolloquium zu übernehmen.

Meinen Freundinnen Ivonne von Buxhoeveden und Jessica Liermann-Schwarz danke ich für die fachlichen Anregungen und die Kritikpunkte an der „Endversion“ sowie für die enorme emotionale Unterstützung.

Meinem Vater Karl Hörand danke ich für die riesige Unterstützung beim Korrekturlesen und meiner Mutter Johanna Hörand für die geschenkte Zeit, während sie auf meine Tochter aufgepasst hat.

Meinem Mann Niki Kampa danke ich für die aller-allerletzte Korrekturlesung, für das „Nora-Hüten“ und das beständige Entkatastrophisieren, ohne das ich die Arbeit wohl nie beendet hätte.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.