

Bettina Dolder, Brigitte Steiner

Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe

Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit
Mai 2018



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

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

Bettina Dolder, Brigitte Steiner: Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe. Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis

ISBN 978-3-03796-680-8

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen – das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung – Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell – Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen – Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe – Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis



Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Bettina Dolder
Brigitte Steiner

Abstract

In der Praxis zeigt sich, dass es schwierig ist, Klientinnen mit einer Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe gerecht zu werden. Die betroffenen Frauen können die gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkungspflicht aufgrund ihrer Symptomatik nicht immer erfüllen, was auch für Sozialarbeitende eine besondere Herausforderung ist. Es wird deshalb der Frage nachgegangen, wie Sozialarbeitende in der Sozialhilfe diese Klientinnen adäquat unterstützen können.

Zur Beantwortung der Fragestellung wird Fachliteratur zur Sozialhilfe, zu psychischer Gesundheit und Krankheit sowie zu frauenspezifischen Aspekten psychischer Störungen aufgearbeitet: Zunächst werden gesetzliche Grundlagen der Sozialhilfe, ihre Prinzipien und der Wandel in der Sozialpolitik aufgezeigt. Danach werden Depressionen und Angststörungen aus psychiatrischer Sicht beschrieben und in den Rahmen von psychischer Gesundheit und Krankheit eingebettet. Es folgt eine Erläuterung der Wirkung von Geschlechterstereotypen, Gewalterfahrung und Frauenarmut auf die psychische Gesundheit. Die Diskussion frauenspezifischer Beratungsprinzipien und Überlegungen zu Stigmatisierung schliessen die Aufarbeitung der Fachliteratur ab.

Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Unterstützung von Klientinnen mit einer Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe ergeben sich auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene. Schwierigkeiten im Umgang mit den Betroffenen zeigen sich bezüglich Haltung, Wissen und Handlungen der jeweiligen Fachpersonen.

Dementsprechend werden Lösungsansätze auf unterschiedlichen Ebenen vorgeschlagen: In der Beratungssituation sollen die Symptomatik der psychischen Störung sowie frauenspezifische Lebensumstände und Risikofaktoren gleichermaßen berücksichtigt werden. So muss zum Beispiel eine mögliche Gewaltbetroffenheit in Betracht gezogen werden. Auf der Ebene der Organisation sind Voraussetzungen zu schaffen, die den Sozialarbeitenden die Ausübung ihrer Tätigkeit nach professionellen Standards ermöglichen. Dafür müssen die individuellen Problemlagen bei der sozialen und beruflichen Integration berücksichtigt werden. Es fragt sich, wie Lücken im System der sozialen Sicherheit geschlossen werden könnten. Eine allgemeine Erwerbsversicherung würde den Druck auf die betroffenen Frauen verringern und eine Verpflichtung von Arbeitgebern zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen könnte der Individualisierung sozialer Probleme entgegenwirken.

Insgesamt zeigt sich, dass eine wertschätzende Haltung und spezifisches Fachwissen der Sozialarbeitenden für eine Unterstützung von Frauen mit Depressionen oder Angststörungen wichtig sind, aber nicht genügen. Grundlegende gesellschaftliche Veränderungen wären nötig, wie zum Beispiel eine alternative Definition von Arbeit, eine Entstigmatisierung psychischer Krankheit und letztlich die Beseitigung geschlechtsspezifischer Ungleichheit und Diskriminierung.

Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe – Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis

Die Bachelor-These wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.

Bachelor-These zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Bettina Dolder
Brigitte Steiner

Bern, Mai 2018

Gutachterin: Dr. Yvonne Piesker

Inhalt

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Forschungsstand und Fragestellung.....	2
1.3	Vorgehen.....	4
2	Sozialhilfe.....	5
2.1	Aufbau der sozialen Sicherung in der Schweiz.....	5
2.2	Gesetzliche Grundlagen der Sozialhilfe.....	6
2.3	Prinzipien der Sozialhilfe.....	7
2.3.1	Menschenwürde.....	8
2.3.2	Subsidiarität.....	8
2.3.3	Individualitätsprinzip.....	9
2.3.4	Bedarfsprinzip.....	10
2.3.5	Angemessenheit der Hilfe.....	10
2.3.6	Professionalitätsprinzip.....	11
2.3.7	Wirtschaftlichkeitsprinzip.....	12
2.3.8	Leistung und Gegenleistung.....	13
2.4	Paradigmenwechsel von Welfare zu Workfare.....	14
2.4.1	Auswirkungen des aktivierenden Sozialstaates auf Sozialhilfebeziehende.....	16
2.4.2	Menschenbilder im aktivierenden Sozialstaat.....	17
3	Psychische Gesundheit und Krankheit.....	19
3.1	Psychische Gesundheit.....	19
3.2	Psychische Krankheit.....	21
3.2.1	Klassifikationssysteme psychischer Krankheit.....	25
3.2.2	Epidemiologie psychischer Störungen.....	27
3.2.3	Komorbidität.....	29
4	Unipolare Depression.....	29
4.1	Epidemiologie.....	31
4.2	Ätiologie.....	34

4.3	Diagnosekriterien und Symptomatik	36
4.4	Therapeutische Ansätze	39
5	Angststörungen	40
5.1	Epidemiologie	41
5.2	Ätiologie	43
5.3	Diagnosekriterien und Symptomatik	45
5.4	Therapeutische Ansätze	47
6	Psychische Störungen bei Frauen	49
6.1	Gender-Medizin	49
6.2	Geschlechtsspezifische Epidemiologie psychischer Störungen	50
6.3	Erklärungsansätze für psychische Krankheiten bei Frauen.....	52
6.3.1	Biologische Erklärungsansätze	53
6.3.2	Geschlechterstereotypen	54
6.3.3	Soziale und gesellschaftliche Faktoren	56
6.3.4	Gewalt gegen Frauen	59
6.3.5	Frauenarmut	63
6.3.6	Psychologische Faktoren.....	65
6.3.7	Messfehler	68
6.4	Frauenspezifische Beratung	71
7	Stigmatisierung	73
7.1	Stigmatisierung von Sozialhilfe-Empfängerinnen und -Empfängern	75
7.2	Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	77
7.3	Frauenspezifische Aspekte der Stigmatisierung	79
8	Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis.....	80
8.1	Individuelle Ebene in der Beratungs-Situation	81
8.1.1	Grundhaltungen.....	81
8.1.2	Spezifische Fachkenntnisse.....	82
8.1.3	Konkretes Handeln.....	84
8.2	Ebene der Organisation.....	85

8.2.1	Grundhaltungen.....	85
8.2.2	Spezifisches Fachwissen.....	86
8.2.3	Konkretes Handeln.....	88
8.3	Ebene der Gesellschaft und der Politik.....	89
8.3.1	Grundhaltungen.....	90
8.3.2	Spezifisches Fachwissen.....	90
8.3.3	Konkretes Handeln.....	91
9	Fazit und Ausblick.....	94
10	Literatur.....	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Merkmalsgruppen des psychischen und körperlichen Befundes nach dem AMDP-System.	S. 24
Tabelle 2. Phobische Störungen nach der ICD-10.	S. 45
Tabelle 3. Andere Angststörungen nach der ICD-10.	S. 46
Tabelle 4. Übersicht über Erklärungsansätze für eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen.	S. 70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Veränderungen in der Sozialpolitik durch den Paradigmenwechsel vom fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat.	S. 16
Abbildung 2. Vergleich der Prävalenzen von psychischen Störungen in der Schweiz und in der EU.	S. 28
Abbildung 3. Klassifikation affektiver Störungen nach der ICD-10, F30-F39.	S. 30
Abbildung 4. Die Prävalenz und Geschlechterunterschiede von unipolarer Depression im Jahr 2015 in Prozent der Bevölkerung in den verschiedenen WHO-Regionen	S. 32
Abbildung 5. Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz der Major Depression in verschiedenen Altersgruppen.	S. 34
Abbildung 6. Kategorisierung der Depressiven Episode nach der ICD-10.	S. 37
Abbildung 7. Die Prävalenz und Geschlechterunterschiede von Angststörungen im Jahr 2015 in Prozent der Bevölkerung in den verschiedenen WHO-Regionen.	S. 42
Abbildung 8. Erklärungsansätze der Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern.	S. 57
Abbildung 9. Der Gewaltkreislauf.	S. 62
Abbildung 10. Der Prozess der Stigmatisierung.	S. 74

1 Einleitung

„Damit Sie weiterhin Anspruch auf Sozialhilfe haben, müssen Sie sich jetzt zusammennehmen und unbedingt eine Arbeit suchen.“ Diese Aussage haben die Verfasserinnen im Rahmen eines Praktikums von der Stellenleiterin eines Sozialdienstes gehört. Die betreffende Klientin litt unter einer akuten unipolaren Depression, die medizinisch diagnostiziert war.

Es ist schwierig, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in nicht spezialisierten Einrichtungen der Sozialen Arbeit gerecht zu werden. Wie das Beispiel zeigt, gilt auf einem Sozialdienst für sie oft zu lange der Grundsatz „Arbeit vor Sozialhilfe“, auch wenn sie aufgrund ihrer Symptomatik mit einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt überfordert sind. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Prinzipien der Sozialhilfe treffen auf die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Frauen, welche die geforderte Mitwirkungspflicht aufgrund ihrer Symptomatik nicht erfüllen können.

1.1 Ausgangslage

Psychische Erkrankungen stellen je nach Diagnose und Schweregrad unterschiedliche Herausforderungen für die Betroffenen und ihr Umfeld dar. Die Berücksichtigung aller psychiatrischen Diagnosen würde den Rahmen der geplanten Arbeit sprengen. Sie beschränkt sich deshalb auf die zwei mit Abstand häufigsten psychischen Erkrankungen, Angststörungen und unipolare Depressionen, auch als Major Depression oder vereinfachend oft als Depression bezeichnet (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016, S. 11).

Huf und Kasper (2016) verweisen darauf, dass Frauen ein deutlich höheres Risiko haben als Männer, an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken (S. 157). Frauen sind gegenüber Männern oft zusätzlich belastet: Sie geben häufiger psychische Belastungen an als Männer (Schuler et al., 2016, S. 5), fühlen sich häufiger einsam (S. 6 und 34), geben ein tieferes Energie- und Vitalitätsniveau an als Männer (S. 22), sie nehmen ihr eigenes Leben als weniger selbstbestimmt wahr (sogenannte Kontrollüberzeugung, S. 31) und sie werden häufiger wegen psychischer Probleme behandelt (S. 37). Ausserdem ist die Armutsquote der Frauen höher als jene der Männer, vor allem da sie häufiger alleinerziehend sind (BFS, 2016a, S. 3). Die Problemstellung für Frauen akzentuiert sich aufgrund der ungleichen Lebensbedingungen und Machtverhältnisse. Durch die Tradierung der Geschlechterstereotypen und wegen häufiger Gewalterfahrungen ist die Belastung von psychisch beeinträchtigten Frauen noch

stärker als jene von psychisch beeinträchtigten Männern (Riecher-Rössler & Rohde, 2001, S. VIII-IX). Deshalb ist das Thema der Bachelor-Thesis auf Frauen fokussiert.

Für Frauen mit einer schweren Depression oder einer Angststörung ist es kaum möglich, ohne besondere Unterstützungsmassnahmen erfolgreich eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu finden und auszuüben. Es ist zwar anzunehmen, dass eine Arbeitstätigkeit der Reintegration dienen kann, aber die Frage ist, unter welchen Bedingungen diese gelingen kann. Für die Unterstützung und Begleitung von Klientinnen mit einer Depression oder einer Angststörung ist es unabdingbar, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu berücksichtigen.

In jedem Arbeitsfeld kommen Sozialarbeitende in Kontakt mit psychisch beeinträchtigten Klientinnen und Klienten. In der Sozialhilfe jedoch klaffen die Bedarfslage der Klientinnen mit Depressionen oder Angststörungen und die gesetzlich vorgegebenen Handlungsspielräume besonders stark auseinander. Deshalb wird für diese Arbeit das Berufsfeld der Sozialhilfe gewählt.

1.2 Forschungsstand und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist eine fundierte Analyse der Möglichkeiten und Grenzen von Sozialarbeitenden in der Sozialhilfe für die Unterstützung von Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung. Zu Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe ist nach gründlicher Recherche keine Literatur zu finden. Deshalb sind drei thematische Bereiche wichtig, aus denen Erkenntnisse für die Praxis abgeleitet werden können: Das Feld der Sozialhilfe, psychische Störungen allgemein und frauenspezifische Aspekte in Bezug auf psychische Störungen.

Das Feld der Sozialhilfe als letztes Auffangnetz in der sozialen Sicherung ist in der Literatur breit beschrieben und kontrovers diskutiert. In der Schweiz waren im Jahr 2016 rund 273 000 Menschen von der Sozialhilfe abhängig, dies entspricht einer Sozialhilfequote von 3.9% (BFS, 2017, o.S.). Schuwey und Knöpfel (2014) zeigen auf, welche Aufgaben die soziale Sicherung in der Schweiz wahrnimmt, und wo Anpassungen an die gesellschaftlichen Strukturen notwendig sind. Grundlage für die Ausgestaltung der Sozialhilfe bilden die kantonalen gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS). Häfeli (2008) beschreibt die Grundprinzipien der Sozialhilfe aus rechtlicher Perspektive, während Kutzner (2009a, S. 54) die vorherrschenden Menschenbilder ins Zentrum rückt. Zahlreiche Studien und Analysen beschäftigen sich mit dem Wandel in der Sozialpolitik vom fürsorgerischen zum aktivierenden Sozialstaat (Galuske, 2007; Nadai, 2009; Kutzner, 2009b).

Auch der zweite für diese Arbeit relevante Forschungsbereich ist gut untersucht. In Europa erkrankt pro Jahr mehr als ein Drittel der Bevölkerung an einer psychischen Störung (Schuler et al., 2016), in

der Schweiz verursachen psychische Erkrankungen nach Krebs und Erkrankungen des Bewegungsapparates die drittgrösste Krankheitslast (S. 11-12). Ausserdem stellen psychische Erkrankungen die häufigste Invaliditätsursache dar (S. 48). Auch laut der Weltgesundheitsorganisation WHO (2006) ist die Prävalenz psychischer Störungen in Europa sehr hoch: So litten insgesamt rund 12% der Gesamtbevölkerung an einer unipolaren Depression oder einer Angststörung. Weitere knapp 5% der Bevölkerung hatten eine andere psychiatrische Diagnose (S. 1). Für die Schweiz zeigen neuere Studien (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 17) noch höhere Prävalenzen. Zu den Diagnosen unipolare Depression und Angststörungen, ihrer Symptomatik, Entstehung und ihrer Behandlungsansätze findet sich der aktuelle Wissensstand in Lehrbüchern zu Psychopathologie. Zum Beispiel beschreibt Deisenhammer (2012a, S. 175-180) detailliert die Entstehung, die Prävalenzen und die aktuellen therapeutischen Ansätze von Depressionen. Zu den Angststörungen finden sich Beiträge über Entstehung und Prävalenz bei Wittchen und Hoyer (2011, S. 915-985) oder in der Arbeit von Lieb, Schreier und Müller (2003, S. 86-103). Die therapeutischen Ansätze der Angststörungen behandeln Domschke, Kapfhammer und Deckert ausführlich (2017, S. 1898-1915). Grundlage dafür bildet das Klassifikationssystem International Classification of Diseases ICD-10 (DIMDI, 2017), welches in der Praxis als diagnostisches Manual für psychische und somatische Erkrankungen weltweit verwendet wird. Trotz dieser breiten Anerkennung wird die kategoriale und absolute Einteilung psychischer Störungen und ihrer Symptome auch kritisch betrachtet, so zum Beispiel von Quindeau (2013, S. 97).

Der dritte thematische Strang, frauenspezifische Aspekte psychischer Gesundheit und Krankheit, ist in der Literatur ebenfalls gut dokumentiert, beeinflusst von Erkenntnissen aus der Gender-Medizin (Maschewsky-Schneider, 2016). Wegweisend ist die immer noch häufig zitierte Studie von Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz und Vogel (1970) für den Nachweis unterschiedlicher Diagnosen bei gleicher Symptomatik von Männern und Frauen aufgrund der Geschlechterstereotypen. Gut untersucht ist auch die Wirkung von Geschlechterrollen und gesellschaftlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern auf die psychische Gesundheit (Bornschein & Hausteiner-Wiehle, 2016; Glammeier & Bergenthal, 2016; Wimmer-Puchinger, 2016). Konkret werden vor allem Häusliche Gewalt (Nyberg & Riecher-Rössler, 2013) und Frauenarmut (Baer, 2014; Irons, 2014) mit psychischer Krankheit bei Frauen in Zusammenhang gebracht. Erkenntnisse aus dem Feld frauenspezifischer Beratung (Scheffler, 2013) bieten Handlungsanweisungen für die Praxis.

Vor dem Hintergrund der drei beschriebenen Forschungsgebiete wird eine Beantwortung der gewählten Fragestellung möglich:

Wie können Sozialarbeitende in der Sozialhilfe Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung adäquat unterstützen?

1.3 Vorgehen

Die Fragestellung soll anhand von Fachliteratur analysiert und beantwortet werden. Zunächst werden wichtige Aspekte der Sozialhilfe mit ihren Prinzipien, ihrer Einbettung in die soziale Sicherung und in die schweizerische Sozialpolitik dargestellt. Die gesetzlichen Grundlagen, welche für die Sozialhilfe bedeutsam sind, werden ebenfalls detailliert beschrieben.

Anschliessend folgt ein grosser Themenblock zu psychischen Störungen. Einleitend wird Gesundheit und psychische Gesundheit im Speziellen definiert und kurz auf das Modell der Salutogenese eingegangen. Um einen allgemeinen Rahmen aufzuspannen, werden psychische Störungen, ihre gängigen Klassifikationssysteme und Prävalenzen vorgestellt. Danach wird auf die häufigsten psychiatrischen Diagnosen unipolare Depression und Angststörungen eingegangen, und es werden die funktionalen Einschränkungen je nach Schweregrad der Erkrankung aufgezeigt. Die uneinheitliche Begrifflichkeit im Bereich der Depression wird kritisch hinterfragt und die Systematik der ICD-10 wird zur Klärung und Vereinfachung beigezogen. Epidemiologie, Ätiologie, Symptomatik und therapeutische Ansätze werden für beide Diagnosen aufgezeigt.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt dann in der Thematisierung psychischer Störungen bei Frauen, mit unterschiedlichen Prävalenzen im Vergleich zu Männern, und in der Darlegung frauenspezifischer Risikofaktoren. Biologische Erklärungsansätze werden psychologischen sowie sozialen und gesellschaftlichen Faktoren gegenübergestellt. Dazu werden Erkenntnisse aus der Gender-Medizin beigezogen. In der Folge wird der feministische Beratungsansatz mit seinen zentralen Prinzipien vorgestellt, welche spezifische Bedürfnisse von Frauen berücksichtigen.

Damit sind drei theoretische Zugänge zum Thema aufgearbeitet: Der Bereich der Sozialhilfe, psychische Störungen mit Schwergewicht Depression und Angststörungen sowie gender- beziehungsweise frauenspezifische Ansätze im Zusammenhang mit psychischen Störungen. Mit Bezug zu allen drei genannten Diskussions-Strängen wird schliesslich das Phänomen der Stigmatisierung dargelegt und gegenüber Diskriminierung abgegrenzt beziehungsweise in einen Zusammenhang damit gestellt.

Dies soll schliesslich eine Ableitung des Unterstützungsbedarfs von Frauen mit Depressionen und Angststörungen in der Sozialhilfe ermöglichen. Es werden Überlegungen dazu gemacht, welche Herausforderungen heute in der Sozialhilfe bei Klientinnen mit diesen Diagnosen bestehen, und mit welchen Mitteln Sozialarbeitende die betroffenen Frauen unterstützen können.

2 Sozialhilfe

In der vorliegenden Arbeit wird die Situation von Frauen beschrieben, die an einer Angststörung oder an einer Depression leiden und auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen sind. In diesem Kapitel soll deshalb eine Übersicht über das System der sozialen Sicherung in der Schweiz geschaffen und wichtige Aspekte der Sozialhilfe sollen näher erläutert werden. Zuerst wird beschrieben, wie soziale Sicherung in der Schweiz gewährleistet wird, und auf welchen gesetzlichen Grundlagen diese beruht. Anschliessend werden die Grundprinzipien der Sozialhilfe ausführlich dargelegt. Das Kapitel schliesst mit Ausführungen zu den Veränderungen, die in der Sozialpolitik in den letzten Jahren stattgefunden haben.

2.1 Aufbau der sozialen Sicherung in der Schweiz

Die oberste Aufgabe des Sozialstaates ist, individuellen Notlagen vorzubeugen und Menschen in Notlagen zu unterstützen (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 145). Dies geschieht in der Schweiz auf der Grundlage von Sozialversicherungen, kantonalen Bedarfsleistungen, privaten Versicherern und durch die Sozialhilfe. Das System der sozialen Sicherung in der Schweiz hat sich über Jahrzehnte und, der föderalen Logik der Schweiz folgend, von Kanton zu Kanton unterschiedlich entwickelt, was sich auch heute noch stark auswirkt. Dieses gesamte System der sozialen Sicherung kann unterteilt werden in Sozialhilfe in einem weiteren und einem engeren Sinn, wobei das wesentliche Element zur Unterscheidung dieser beiden Dimensionen die Bedarfsabhängigkeit ist.

Die Sozialhilfe im weiteren Sinn richtet bedarfsunabhängige Leistungen aus. Für sie gilt in erster Linie das Kausalitätsprinzip. Das heisst, der Grund für einen Erwerbsausfall oder für einen Schaden entscheidet darüber, welche Stelle zuständig ist. Zur Sozialhilfe im weiteren Sinn zählen insbesondere Leistungen staatlicher Institutionen wie der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) und der Arbeitslosenversicherung (ALV) sowie nichtstaatlicher Leistungsträger wie Krankenkassen, Unfallversicherer und Pensionskassen. Sie sind die Akteure, welche bei Eintritt eines Lebensrisikos (Krankheit, Alter, Tod, Arbeitslosigkeit etc.) in Erscheinung treten und den Anspruch auf Leistung prüfen. Die zweite Grundlage der Sozialhilfe im weiteren Sinn ist das Versicherungsprinzip. Leistungen werden demnach aufgrund einbezahlter Beiträge und Prämien ausgerichtet. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge sind mit der Erwerbstätigkeit und dem damit erzielten Einkommen verknüpft. Dabei gehen die Sozialversicherungen von Normvorstellungen insbesondere über Familie und Berufsbiographie aus, wie sie in der Zeit ihrer Schaffung aktuell waren. Frauen, die Erziehungsaufgaben wahrnehmen, ohne einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, können demnach keine oder

nur geringe Beiträge einzahlen und haben entsprechend bei Eintritt eines Schadenfalles auch kein Anrecht auf Unterstützung. Die AHV ist die einzige beitragsbasierte Versicherung, welche eine Anrechnung von Erziehungsaufgaben in Form von Erziehungsgutschriften kennt. Schuwey und Knöpfel (2014) stellen fest, dass der Sozialstaat unter den veränderten Rahmenbedingungen seine Aufgaben nicht mehr zufriedenstellend erfüllen kann, da neue Risiken wie Langzeitarbeitslosigkeit, Einelternfamilie und gesundheitliche Einschränkungen nicht oder nur ungenügend abgesichert werden (S. 144).

Das zentrale Merkmal der Sozialhilfe im engeren Sinn ist die Bedürftigkeit. Zu dieser Form der Sozialhilfe zählen neben bundesstaatlichen Beiträgen der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vor allem auch kantonale Unterstützungen wie Stipendien, Familienhilfen, Verbilligungen von Krankenkassenprämien etc. Weiter ist auch die wirtschaftliche Sozialhilfe Teil der Sozialhilfe im engeren Sinn. Diese versteht sich als letztes Netz im System der sozialen Sicherung. Erst wenn keine andere Sozialversicherung hinzugezogen werden kann, kommt die Sozialhilfe zum Tragen. Sozialhilfeleistungen sind an die ausgewiesene aktuelle Bedürftigkeit, die Unmöglichkeit, die Existenz aus eigenen Kräften sichern zu können und an das Fehlen von vorgelagerten Versicherungsleistungen gebunden. Ursachen, die zur Bedürftigkeit geführt haben, sind im Entscheidungsprozess nicht relevant. Laut Bundesamt für Statistik betrug die Sozialhilfequote im Jahr 2016 3.9%, was bedeutet, dass rund 273 000 Menschen in der Schweiz auf Sozialhilfe angewiesen sind (BFS, 2017, o.S.). Die Sozialhilfe leistet damit einen wesentlichen Beitrag zum sozialen Frieden und schützt betroffene Personen vor der absoluten Verarmung.

2.2 Gesetzliche Grundlagen der Sozialhilfe

Wolffers (2013) hält fest, dass die sozialen Sicherungssysteme der Schweiz historisch gewachsen sind und nicht auf einem Gesamtkonzept basieren (S. 294). Dies widerspiegelt sich auch in der Gesetzgebung zur Sozialhilfe. Für die Institutionen der Sozialhilfe im weiteren Sinn bestehen nationale Gesetzgebungen wie beispielsweise das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10), das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) oder das Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG; SR 837.0). Dagegen besteht bis heute kein Bundesgesetz zur Sozialhilfe, obwohl dies von verschiedenen Organisationen und Parteien gefordert wird (z. B. SKOS, 2012; Grüne Partei der Schweiz, n.d., S. 9). Letztmals lehnte der Bundesrat eine nationale Gesetzgebung im Jahr 2015 ab, da diese insbesondere bei den Kantonen auf Widerstand stiess (Medienmitteilung des Bundesrates vom 25.02.2015). Somit kann Art. 12 der Bundesverfassung (BV; SR 101) über das Recht auf Hilfe in Notlagen als einziger nationaler Gesetzesartikel zur Sozialhilfe betrachtet werden. Die föderalistische Struktur der schweizerischen Sozialpolitik wird in der Ausformulierung der Sozialziele in Art. 41 BV deutlich. Dort wird festgehalten, dass die Kantone in Ergänzung zum Bund

mit der Umsetzung betraut werden. Die Verantwortung für die Unterstützung Bedürftiger, und damit die konkrete Ausgestaltung der Sozialhilfe, wird durch Art. 115 BV an die Kantone delegiert. Dies führt dazu, dass die Sozialhilfe in den 26 Kantonen unterschiedlich umgesetzt wird. Wie Schuwey und Knöpfel (2014) ausführen, bestehen nicht nur Unterschiede in der Ausgestaltung und bei den Leistungen, auch die Aufteilung der Kompetenzen zwischen Kanton und Gemeinden ist unterschiedlich geregelt (S. 180). Die meisten kantonalen und kommunalen Gesetzgeber orientieren sich bei der Ausformulierung der Sozialhilfegesetze an den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 179). Die SKOS ist der nationale Fachverband für die Sozialhilfe und übernimmt aufgrund des fehlenden Bundesgesetzes eine Koordinationsfunktion für die Sozialhilfe in der Schweiz. Einige Bereiche in der Ausgestaltung der Sozialhilfe werden von den Kantonen an die Gemeinden delegiert. Daher bestimmen auf der strategischen Ebene oft ehrenamtlich tätige Mitglieder von Sozialbehörden über eine Ausrichtung der Sozialhilfe und fällen auch Entscheide, die direkt auf den Vollzug Einfluss nehmen (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 180). Hier ist insbesondere an die Festsetzung der Mietzinslimiten zu denken, welche durch die Gemeinden festgelegt werden.

Das System der sozialen Sicherung hat sich über eine lange Zeitspanne hinweg entwickelt. Die gesetzlichen Grundlagen müssen daher regelmässig den gesellschaftlichen Entwicklungen angepasst werden. Revisionen in einem Zweig der Sozialversicherungen ziehen jedoch stets Veränderungen in den neben- und nachgelagerten Versicherungen nach sich. Im Vorfeld der neusten Revisionen des AVIG (Inkrafttreten 1.4.2011) und des IVG (Inkrafttreten 1.1.2012) wurde insbesondere über die erwartete Verschiebung von unterstützungsbedürftigen Personen aus den beiden Versicherungen in die Sozialhilfe diskutiert. Salzgeber (2012) hält fest, dass eine Untersuchung im Rahmen der „Städteinitiative Sozialpolitik“ für die ALV nach dem Inkrafttreten der Revision keine starke Verschiebung nachwies (S. 66). Die Autorin stellt jedoch klar, dass die Revision zu einem konjunkturell günstigen Zeitpunkt mit einer tiefen Arbeitslosenquote fiel und es anzunehmen sei, dass auch deshalb die Auswirkungen auf die Sozialhilfe eher gering ausgefallen sind (S. 64). Für die Beurteilung der Situation von Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung ist die IVG-Revision von zentraler Bedeutung. Dazu hält der Synthesebericht zum zweiten IV-Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherungen (2015) zusammenfassend fest, dass die Auswirkungen der IVG-Revisionen auf die Sozialhilfe als sehr schwach beurteilt werden (S. IX).

2.3 Prinzipien der Sozialhilfe

Häfeli (2008) definiert Prinzipien für den anthropologischen, rechtsethischen und staatspolitischen Rahmen der Sozialhilfe (S. 68). Diese Grundsätze beeinflussen direkt den Vollzug der Sozialhilfe auf kantonaler und kommunaler Ebene. Die Wichtigkeit zeigt sich auch darin, dass die SKOS (2005,

S. 27) die folgenden fundamentalen Prinzipien vor den eigentlichen Richtlinien im einführenden Kapitel ausführlich darstellt:

- Menschenwürde
- Subsidiaritätsprinzip
- Individualitätsprinzip
- Bedarfsprinzip
- Angemessenheit der Hilfe
- Professionalität
- Wirtschaftlichkeitsprinzip
- Leistung und Gegenleistung

Wegen ihrer Bedeutung für das Verständnis und die Ausgestaltung der Sozialhilfe werden diese fundamentalen Prinzipien (SKOS, 2005, S. 27) nun kurz umrissen.

2.3.1 Menschenwürde

Die Grundrechte in der BV werden eingeleitet mit der Bestimmung, dass die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist (BV Art. 7; SR 101). Weiter garantiert Art. 12 BV das Recht auf Hilfe und Betreuung für ein menschenwürdiges Dasein. Die Sozialhilfe hat den Auftrag, dieses Recht in der Praxis umzusetzen. Dieser Auftrag wird durch die SKOS bekräftigt, wenn sie die soziale Gerechtigkeit und die Wahrung der Menschenwürde als Grundlagen für ein modernes Verständnis von Sozialhilfe nennt (SKOS, 2005, A2.-2). Kutzner (2009a) bringt die Menschenwürde in Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einer oder mehreren sozialen Gemeinschaften (S. 32). Die These, dass sich volle gesellschaftliche Zugehörigkeit und Anerkennung nur über Erwerbsarbeit erreichen lässt (Ludwig-Mayerhofer, 2010, S. 34), stimmt mit den Ausführungen von Kutzner (2009a) überein, wonach die Leistung des Individuums für die Gemeinschaft die Grundlage zur Zugehörigkeit darstellt (S. 32). Das Prinzip der Menschenwürde bildet damit die Basis für die materiellen Leistungen der Sozialhilfe wie auch für Hilfe beim Erschliessen von persönlichen Ressourcen und beim Erwerb von Fähigkeiten der Sozialhilfebeziehenden. Dies verlangt nach professionellen Grundlagen der Sozialarbeitenden, um in der Gesellschaft Möglichkeiten zur Integration von Sozialhilfebeziehenden zu schaffen. Die Sozialhilfe bildet das letzte Auffangnetz, um die Menschenwürde in jeder Lebenslage zu wahren.

2.3.2 Subsidiarität

„Sozialhilfe ist Existenzsicherung und Integration: Die Sozialhilfe versteht sich als unterstes Netz der sozialen Sicherheit, das verhindert, dass Personen oder Personengruppen von der Teilnahme und

Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen werden.“ (SKOS, 2005, A.3-1) Die SKOS formuliert damit den Grundsatz der Subsidiarität, welcher eine zentrale Rolle spielt in der Beurteilung, ob eine Person sozialhilfeberechtigt ist oder nicht. Erst wenn keine vorgelagerten Sozialversicherungen wie Arbeitslosenversicherung (ALV), Invalidenversicherung (IV) oder Kranken- und Unfallversicherung für die Existenzsicherung aufkommen, kommt die Sozialhilfe zum Tragen. Eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit dem Subsidiaritätsprinzip hat die Pflicht von Sozialhilfebeziehenden, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um die Bedürftigkeit zu mildern oder zu überwinden (SKOS, 2005, A4.-2). Eine Verletzung dieser Pflicht kann für Sozialhilfebeziehende schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips wird von Sozialhilfebeziehenden zum Beispiel erwartet, dass sie in günstigem Wohnraum leben (SKOS, 2005, B.3-1). Häfeli (2008) führt auf, dass sich mehrere kantonale Urteile auf die mangelnde Selbsthilfe durch das Bewohnen von zu teuren Wohnungen beziehen (S. 75). In der Praxis zeigt sich, dass die Lage auf dem Wohnungsmarkt für Sozialhilfebeziehende die Umsetzung der Pflicht erschwert, denn Wohnungen zum regional festgesetzten Mietzinslimit sind rar. Die Folge ist, dass die Unterstützungsleistung entsprechend der Differenz der effektiven Wohnkosten zum vorgegebenen Mietzinslimit gekürzt wird (SKOS, 2005, B.3-3) oder dass Sozialhilfebeziehende gezwungen sind, Wohnungen in anderen Gemeinden zu suchen (Heusser, 2015, S. 25). Dies stellt unter Umständen eine grosse Belastung dar. Vor einer entsprechenden Entscheidung muss deshalb die persönliche Lebenssituation der Betroffenen genau betrachtet werden.

2.3.3 Individualitätsprinzip

Das Individualitätsprinzip ist eine Grundlage zur Wahrung der Menschenwürde. Häfeli (2008) führt aus, dass die Kernaussage von Art. 7 BV, positiv formuliert, die Subjektqualität des Menschen garantiert. Die SKOS (2005) greift diesen Auftrag auf, indem sie in ihren Richtlinien verlangt, „dass Hilfeleistungen jedem einzelnen Fall angepasst sind und sowohl den Zielen der Sozialhilfe im Allgemeinen als auch den Bedürfnissen der betroffenen Person im Besonderen entsprechen.“ (A.4-2) Das heisst, die soziale und berufliche Integration von Sozialhilfebeziehenden als Ziele der Sozialhilfe sollen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der betroffenen Personen erreicht werden. Wisler (2016) nennt das Individualisierungsprinzip ein charakteristisches Leitprinzip der Sozialhilfe, da diese sich am Bedarf der Einzelperson ausrichtet. Sie schreibt weiter, dass die SKOS-Richtlinien als Grundlage zur Berechnung des finanziellen Bedarfs die Individualisierung einschränke, jedoch nicht gänzlich verunmögliche (S. 14). Die teilweise Individualisierung zeigt sich beispielsweise in der Berechnung des Grundbedarfs für den Lebensunterhalt (GBL), für den die Familiengrösse und das Alter der Person ausschlaggebend sind. Gewicht erhält das Individualitätsprinzip vor allem in der immateriellen Unterstützung von Sozialhilfebeziehenden. Die SKOS-Richtlinien nennen neben einer Abklärung der wirtschaftlichen auch die persönliche und soziale Situation der betroffenen Personen als Basis für Hilfe und Unterstützung

(SKOS, 2005, A.4-2). Müller de Menezes (2012) bezeichnet die Aufgabe der Sozialhilfe als Bearbeitung der „Restarmut“, welche nicht durch vorgelagerte Sozialwerke abgedeckt wird. Deshalb sei die Palette an individuellen Problemlagen der Sozialhilfebeziehenden breit, woraus sich das Individualitätsprinzip ergebe (S. 259).

2.3.4 Bedarfsprinzip

Das Bedarfsprinzip steht in engem Zusammenhang zum Individualitätsprinzip. Finanzielle, materielle und beraterische Unterstützung durch die Sozialhilfe wird individuell, zur Behebung einer konkreten und aktuellen Notsituation gewährleistet. Die Ursache, welche zur Notlage geführt hat, spielt keine Rolle (SKOS, 2005, A.4-2). Müller de Menezes (2012) beschreibt das Bedarfsprinzip als Ausdruck der Solidarität in der Gemeinschaft, deren Ziel ein menschenwürdiges Leben für alle sei (S. 258). Sie verdeutlicht so die enge Verknüpfung von Bedarfs- und Individualisierungsprinzip mit der Wahrung der Menschenwürde. Diese muss zur Beurteilung des Unterstützungsbedarfs die Grundlage bilden, sei dies in finanziellen, materiellen oder beraterischen Belangen.

Neben dem individuellen Aspekt des Bedarfsprinzips ist der zeitliche Rahmen das massgebende Element. Häfeli (2008) schreibt, dass Sozialhilfe nur für die Gegenwart und, solange die Bedürftigkeit anhält, für die Zukunft ausgerichtet wird, nicht aber für bereits überwundene Notlagen, auch wenn ein Sozialhilfeanspruch bestanden hätte (S. 78). Das heisst, bereits bestehende Schulden werden durch die Sozialhilfe nicht beglichen. Eine Ausnahme können Mietschulden bilden, wenn ein Wohnverhältnis damit aufrechterhalten werden kann. Die Übernahme dieser Beträge kann mit dem Bedarfsprinzip legitimiert werden und entspricht gleichzeitig dem Grundsatz der Angemessenheit der Hilfe.

2.3.5 Angemessenheit der Hilfe

Als angemessene Hilfe bezeichnet die SKOS (2005) die Ausrichtung von materieller Unterstützung, welche Sozialhilfebeziehende nicht besser stellt als Personen, die über ein bescheidenes Einkommen verfügen und keine Sozialhilfe erhalten (A.4-2). Wie Häfeli dies bereits 2008 festgestellt hat (S. 78), führt dies bis heute zu kontroversen Diskussionen. Grund dafür ist die Tatsache, dass unter Umständen Sozialhilfe beziehende Personen über einen höheren Betrag verfügen können als Personen mit einem tiefen Erwerbseinkommen. Wild-Näf, Steger, Iseli und Grieb (2017) nennen als mögliche Gründe für diesen Schwelleneffekt zwischen der Sozialhilfe und dem Niedriglohnbereich hohe Einkommensfreibeträge, welche als Anreize bei der Erwerbsaufnahme eingesetzt werden, die steigende Steuerbelastung und die Prämienverbilligungen für die obligatorische Krankenversicherung (S. 21). Die SKOS (2016) bezeichnet die Schwelleneffekte als systembedingte Ungerechtigkeiten, deren Bearbeitung in der Verantwortung der Kantone liege (S. 7). Eine der grossen Herausforderungen in der Sozialhilfe

besteht deshalb darin, möglichst genau zu beurteilen, welche Hilfe angemessen ist und dabei die Prinzipien der Menschenwürde, der Individualisierung und des Bedarfes zu berücksichtigen.

2.3.6 Professionalitätsprinzip

Um die bereits genannten Ziele und Prinzipien der Sozialhilfe umsetzen zu können, ist professionelles Wissen und Handeln unumgänglich. Die SKOS-Richtlinien (2005) enthalten die folgenden Ausführungen zum Professionalitätsprinzip: „Grundlage der professionellen Sozialhilfe bildet eine umfassende Abklärung der persönlichen und sozialen Situation der betroffenen Person. (...) Oberstes Ziel dabei ist die Sicherung der grösstmöglichen Autonomie der Betroffenen bei bestmöglicher Integration ins berufliche und soziale Umfeld.“ (A4.-3) Aus der Formulierung lassen sich die drei Mandate, wie sie durch Staub-Bernasconi (2018) definiert wurden, herauslesen (S. 113):

1. die Klientinnen und Klienten: Ihre persönliche und soziale Situation soll umfassend abgeklärt und ihre Autonomie bestmöglich gewahrt werden.
2. die Gesellschaft/die Träger: Ziel der Sozialhilfe ist die berufliche und soziale Integration. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sehen bei der Umsetzung des Ziels die Möglichkeit von Sanktionen vor, falls Klientinnen und Klienten ihren Willen zur Integration nicht genügend unter Beweis stellen.
3. die Profession Soziale Arbeit: Sozialhilfe soll auf einer professionell durchgeführten Abklärung basieren.

Staub-Bernasconi (2018) nennt „nach bestem Wissen und Gewissen“ die Kurzformel für das dritte Mandat. Die Grundlagen für eine professionelle Sozialhilfe bilden demnach das theoretische und methodische Wissen aus dem Wissenstand und die Einhaltung von ethischen Richtlinien der Sozialen Arbeit (S. 114). Die Umsetzung der Ziele des zweiten Mandates, des Trägers der Sozialhilfe, der Gesellschaft, kann dem professionellen Wissen jedoch diametral widersprechen. Auch die Problembewertung durch die Sozialhilfebeziehenden entspricht unter Umständen weder den Beurteilungen der Träger der Sozialhilfe noch den Sozialarbeitenden. Staub-Bernasconi hält fest, dass Transparenz gegenüber den Klientinnen und Klienten in diesem Fall unumgänglich ist (S. 121). Bereits das UN-Manual „Human Rights and Social Work“ aus dem Jahr 1994 habe klar deklariert, dass Sozialarbeitende dem Arbeitgeber wie der Klientel verpflichtet seien, die Unterstützung der Menschen aber höhere Priorität habe als die Loyalität der Organisation gegenüber (Staub-Bernasconi, 2018, S. 121). Die Umsetzung dieser klaren Stellungnahme zu Gunsten der Klientinnen und Klienten sei allerdings schwierig, wenn Sozialarbeitende dadurch eine Bedrohung des Arbeitsplatzes, der Existenz oder gar des Lebens riskieren (Staub-Bernasconi, 2018, S. 121). Für Sozialarbeitende in der Schweiz sind allenfalls negative Folgen in der Professionsausübung denkbar, nicht aber lebensbedrohliche Konsequenzen, wenn sie

sich, wie durch die UN formuliert, vollumfänglich für die Einhaltung der Menschenrechte einsetzen. Nadai (2009) hält jedoch fest, dass die eng gesteckten finanzpolitischen Rahmenbedingungen und der Druck, unterstützte Personen möglichst schnell von der Sozialhilfe abzulösen, kaum noch ein auf den Einzelfall bezogenes Arbeiten ermöglichen. Deshalb werde nicht nur die Autonomie der Klientinnen und Klienten missachtet, auch das professionelle Wissen der Sozialarbeitenden verliere an Bedeutung (S. 14).

2.3.7 Wirtschaftlichkeitsprinzip

Als Eckpunkte einer wirtschaftlichen Sozialhilfe nennt die SKOS (2005) einerseits Standardisierungen und andererseits die methodische Breite in der Beratung (A.4-3). Standardisierungen sind feste Bestandteile von administrativen Abläufen. Das Handbuch der Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz (BKSE, 2018, o.S.) beispielsweise bietet einfache Richtlinien zur Berechnung des Unterstützungsbudgets und ist damit für Sozialarbeitende eine wichtige Grundlage für ein effizientes Arbeiten. In engem Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit steht die Qualität. Wie Iseli und Schneider (2013) schreiben, hat Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit nur wenige starke Verfechter (S. 11). Diese vertreten den Standpunkt, dass standardmässig durchgeführte Qualitätskontrollen ein Optimierungspotential innerhalb einer Organisation aufzeigen und so den Klientinnen und Klienten einen Nutzen bringen können (S. 12). Iseli und Schneider (2013) gehen von fünf zentralen Qualitätsdimensionen Sozialer Arbeit aus, welche von der Qualität der politisch-strategischen Rahmenbedingungen über die Fachqualität der Sozialen Arbeit bis zu den Fachqualitäten der Mitarbeitenden führen. Damit hat Qualitätsmanagement nicht nur die Ebene „Klientinnen und Klienten“ im Blick, sie zeigt auch organisationsspezifische Eigenheiten auf und kann darüber hinaus auch auf sozialpolitischer und gesellschaftlicher Ebene Einfluss nehmen (S. 12). Befürworter eines Qualitätsmanagements sehen darin für die Soziale Arbeit folglich eine Chance, ihre Legitimation zu stärken und in der Sozialpolitik Einfluss zu nehmen. Für kritische Stimmen sind Qualitätskontrollen und die Einführung von betriebswirtschaftlichem Vokabular (Management, Leistungsvereinbarung, Budgetierung) dagegen Ausdruck der fortschreitenden Ökonomisierung des Sozialen. Galuske (2007) nennt als Ziel dieses Umbaus „die Etablierung eines Sozialmarktes, in dem überprüfbare Leistungen zu transparenten Kosten von um untereinander in Kosten und Qualität konkurrierenden Anbietern erbracht werden.“ (S. 345). Seithe (2012) stellt die Frage, ob Kostenträger tatsächlich an guter Qualität interessiert seien (S. 206), da Qualitätsmanagement im Grunde nur aufzeigen solle, wie mit den vorhandenen Ressourcen mehr Qualität erreicht werden kann und nicht, welche Ressourcen benötigt würden, um mehr Qualität leisten zu können (S. 208). Diese betriebswirtschaftlichen Überlegungen weisen direkt auf das Prinzip der Leistung und Gegenleistung hin, welches die Ausführungen zu den Prinzipien der Sozialhilfe abschliesst.

2.3.8 Leistung und Gegenleistung

Die SKOS-Richtlinien halten fest, dass die Gewährung des sozialen Existenzminimums gemäss kantonalen Sozialhilfegesetze an die Mitwirkung der Hilfesuchenden gebunden ist (SKOS, 2005, A.4-3). In Art. 28 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe des Kantons Bern (SHG; BSG 860.1) werden in diesem Zusammenhang die Pflichten von Sozialhilfebeziehenden wie folgt ausgeführt:

„1 Personen, die Sozialhilfe beanspruchen, haben dem Sozialdienst die erforderlichen Auskünfte über ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu geben und Änderungen der Verhältnisse unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.

2 Sie sind verpflichtet

a Weisungen des Sozialdienstes zu befolgen,

b das zum Vermeiden, Beheben oder Vermindern der Bedürftigkeit Erforderliche selber vorzukehren,

c eine zumutbare Arbeit anzunehmen oder an einer geeigneten Integrationsmassnahme teilzunehmen. Zumutbar ist eine Arbeit, die dem Alter, dem Gesundheitszustand, den persönlichen Verhältnissen und den Fähigkeiten der bedürftigen Person angemessen ist.“ (SHG; BSG 860.1)

Die Formulierung „erforderliche Auskünfte über ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse“ lässt offen, wie weit diese Pflicht gefasst werden muss und verweist gleichzeitig darauf, dass die gesamte Lebenssituation von unterstützungsbedürftigen Personen durch die Sozialhilfe untersucht werden soll. Wie Maeder und Nadai (2004) festhalten, bedeutet die Auskunftspflicht über die persönlichen und finanziellen Verhältnisse für Sozialhilfebeziehende viel mehr als die Offenlegung von Zahlen und ihrer aktuellen Lebenssituation. Es entspricht einer öffentlichen Darlegung der „Erfolgslosigkeit und des persönlichen Scheiterns an gesellschaftlichen Normen“ (S. 68). Die „beschämende Identitätsverletzung“ führt Sozialhilfebeziehenden zudem vor Augen, dass Hilfe an die Aufgabe der vollständigen Kontrolle über die Privatsphäre gebunden ist (S. 69). Ebenso wie Erhöhungsfeiern (Diplomfeiern, Auszeichnungen), die es in jeder Gesellschaft gebe, sei auch die Herabsetzung gesellschaftlich institutionalisiert (S. 69).

Die Sozialhilfe sieht bei einer vorhandenen Erwerbsarbeit oder bei Leistungen zur beruflichen und / oder sozialen Integration einen Einkommensfreibetrag beziehungsweise eine Integrationszulage vor (SKOS, 2005, A4.-3). Insbesondere die Ausrichtung der Integrationszulage erachtet Kutzner (2009a) als problematisch, da die Teilnahme an einem Integrationsprogramm nur dann sinnvoll sei, wenn die Teilnehmerin oder der Teilnehmer von ihrem Nutzen auch überzeugt sei. Ist dies der Fall, sei ein Teilnehmerhonorar jedoch überflüssig (S. 56). Heusser (2015) hält fest, dass genau diese Sinnstiftung

einer Tätigkeit heute immer weniger gegeben sei, da die Teilnahme an Programmen oft als Straf- oder Disziplinierungsmassnahmen verordnet werde (S. 24).

Unter dem Titel „Leistung und Gegenleistung“ führt die SKOS die Leistungen der Sozialhilfe nur im Hinblick auf die Ausrichtung finanzieller Mittel auf, nicht aber in beraterischer Unterstützung. Weiter ausformuliert werden diese Leistungen der Sozialhilfe in Art. 23 SHG, nämlich der Anspruch auf materielle und persönliche Hilfe (SHG; BSG 860.1). Auch wie sich die persönliche Hilfe näher ausgestaltet, wird im SHG beschrieben. Gemäss Art. 29 erfolgt diese in Form von Beratung, Betreuung und Information. Dass die persönliche Hilfe in nur einem Artikel gesetzlich geregelt ist, ist nach Müller de Menezes (2012, S. 246) kein Zufall. Sie beruft sich dabei auf Kaufmann (2005), der festhält, dass personenbezogene Dienstleistungen die Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation erfordere und somit zwar gesetzlich geregelt werden könne, jedoch die Einräumung von Ermessensspielräumen bedinge (Kaufmann, 2005, S. 90).

Während vor allem die Menschenwürde seit jeher eine Grundlage der Sozialen Arbeit und damit auch der Sozialhilfe bildet, haben sich andere Prinzipien erst im Verlauf der vergangenen Jahre etabliert oder haben an Gewicht gewonnen (Subsidiarität, Professionalität, Wirtschaftlichkeit, Leistung und Gegenleistung). Darin zeigt sich der Wandel in der Sozialpolitik, welcher in den 1980er Jahren seinen Ursprung hat und sich bis heute weiterzieht.

2.4 Paradigmenwechsel von Welfare zu Workfare

Nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die 1980er Jahre etablierte sich in den europäischen Ländern der fürsorgliche Sozialstaat, welcher umfassende Unterstützung für Bedürftige leistete. Galuske (2007) schreibt, der Sozialstaat habe durch die Schaffung von Sozialversicherungen die Menschen vor dem direkten Zugriff durch den Markt geschützt und sie davon entlastet, ihre Arbeitskraft unter allen Umständen verkaufen zu müssen (S. 336). Im Zuge der steigenden Arbeitslosenzahlen geriet der fürsorgliche Sozialstaat immer stärker unter Druck. Sowa und Zapfel (2015) schreiben, dass die Politik diese Entwicklung einerseits mit einem wirtschaftsstrukturellen Wandel und andererseits mit individuellen Anpassungsmängeln der Arbeitsmarktakteure und der bis dahin üblichen Ausgestaltung der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik deutete (S. 47). Nach Dahme (2008) ist die Diskussion um den Wohlfahrtsstaat vor allem ein Krisendiskurs, der sich vornehmlich um Finanzierungsprobleme dreht. Der Sozialstaat wird für die Defizite verantwortlich gemacht, da er für zu viele Bürgerinnen und Bürger zu grosszügige Leistungen erbringe, ohne eine Gegenleistung zu verlangen (S. 10). In der Folge wurden Leistungen des Sozialstaates verringert, mit der Begründung, dieser werde auch im Zuge der Globalisierung zur Sicherung des gesellschaftlichen Zusammenhalts benötigt, was jedoch die

Wettbewerbsfähigkeit des Staates auch im sozialen Sektor bedinge (S. 13). Galuske (2007) nennt drei Faktoren, welche den Wandel des Sozialstaates mitbeeinflusst haben: technische Entwicklungen, die Globalisierung und konkrete politische Entscheide (S. 337). Der Paradigmenwechsel von Welfare zu Workfare konnte nicht zuletzt deshalb vollzogen werden, weil die Prinzipien des aktivierenden Sozialstaates durch die meisten politischen Parteien von konservativ bis sozialdemokratisch übernommen wurden (Wyss, 2005, S. 74; Sowa & Zapfel, 2015, S. 47; Kutzner, 2009b, S. 18). Während vorher ein „Recht auf Arbeit“ bestand, wurde dies im Zuge des Umbaus des Sozialstaates zur „Pflicht zur Arbeit“. Dahme (2008) hält fest, dass nun staatliche Leistungen an Gegenleistungen gebunden sind und die Beweispflicht bei den Sozialhilfebeziehenden liegt: Sie müssen belegen, dass sie aktiv auf Arbeitssuche sind, sich weiterbilden und damit ihren Arbeitswillen aufzeigen (S. 14). Galuske und Rietzke (2008) fassen die Prinzipien des aktivierenden Sozialstaates in zwei Punkten zusammen.

Erstens meint „mehr Markt“ im Rahmen des aktivierenden Sozialstaates weniger staatliche Regelung in sozial- und wirtschaftspolitischen Bereichen. Dies betrifft zum Beispiel Arbeitnehmerrechte und die Besteuerung von Unternehmen. Zudem müssen sich auch öffentliche Dienstleistungen auf dem Markt bewähren. Ihre Effizienz wird durch leistungsbezogene Entgelte und Qualitätsmanagement geprüft und gesteuert (S. 402).

Zweitens bedeutet „mehr Selbstverantwortung“ im aktivierenden Sozialstaat nicht die Sicherung eines Minimums an soziokultureller Teilhabe, sondern die Förderung der Arbeitsfähigkeit. Galuske und Rietzke (2008) fassen das Prinzip der Selbstverantwortung im aktivierenden Sozialstaat wie folgt zusammen: „Die Erzeugung von Humankapital wird zum Kern aller sozialpolitischen Bemühungen des aktivierenden Staates und zum alleinigen Erfolgsindikator vom Kindergarten über Schule und Universität bis hin zur Arbeitsförderung.“ (S. 404). Eine Übersicht über die Veränderungen in der Sozialpolitik, die der Paradigmenwechsel vom fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat mit sich brachte, bietet Abbildung 1.

Sozialpolitische Ziele und Leitbilder	Der fürsorgende Wohlfahrtsstaat	Der aktivierende Wohlfahrtsstaat
Sozialpolitik allgemein	Versorgung bzw. Fürsorge - reaktiv, kompensatorisch	Aktivierung, Eigenverantwortung - präventiv, befähigend
Freiheit	...von materieller Not ...vom Erwerbszwang - Dekommodifizierung	...von Wohlfahrtsbürokratie ...zu Selbstmanagement (Mindest-)Sicherheit - (Re-)Kommodifizierung
Gleichheit	...der materiellen Lebensverhältnisse - Einkommensumverteilung	...der sozialen Teilhabemöglichkeiten (Arbeitsmarkt und Bildung)
Soziale Rechte	Universalisierte Rechtsansprüche auf standardisierte materielle Leistungen - Leistungen qua Status	Teilhaberechte; Konditionalisierte und individualisierte Leistungen (Bedingung: Ko-Produktion) - Leistungen qua Vertrag
Staats- und Steuerungsverständnis	Planender Staat - Erfüllungsverantwortung - Direktiv, hierarchisch	Kooperativer Staat; Vermittler und Initiator - Gewährleistungsverantwortung - Diskursiv, kooperativ

Abbildung 1. Veränderungen in der Sozialpolitik durch den Paradigmenwechsel vom fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat. Nach Dingeldey, 2006, o.S.

Die direkte Gegenüberstellung des fürsorgenden (Welfare) und des aktivierenden Wohlfahrtsstaates (Workfare) macht deutlich, wie der ehemals passive Fürsorgebeziehende nun zu Selbstverantwortung, demokratischer Mitsprache und aktiver Teilnahme in Arbeitsmarkt und Bildung befähigt werden soll. Gleichzeitig ist ersichtlich, dass Leistungen des aktivierenden Sozialstaats mit den Leistungen des Einzelnen im Arbeitsmarkt gekoppelt werden.

Mit der Revision von 2005 hat die SKOS das Aktivierungsprinzip auch in ihren Richtlinien verankert (Nadai, 2009, S. 13). Besonders deutlich kommt dies im Grundprinzip Leistung und Gegenleistung und beim Subsidiaritätsprinzip zum Vorschein. Auch der bereits genannte Art. 28 SHG nimmt das Aktivierungsprinzip auf, indem er neben der Auskunftspflicht auch die Schadenminderungspflicht festhält. Alle genannten Aspekte des Aktivierungsprinzips haben eine grosse Auswirkung auf die Alltagspraxis in der Sozialhilfe und die Situation, wie sie sich für Menschen darstellt, die auf Sozialhilfe angewiesen sind.

2.4.1 Auswirkungen des aktivierenden Sozialstaates auf Sozialhilfebeziehende

Es ist leicht nachvollziehbar, dass sich ein grundlegender Paradigmenwechsel, wie er von „Welfare“ zu „Workfare“ vollzogen wurde, unmittelbar auf sozialhilfebeziehende Personen auswirkt. Wie die Bezeichnung „Workfare“ andeutet, spielt die Erwerbstätigkeit im aktivierenden Sozialstaat eine zentrale Rolle. Ludwig-Mayerhofer (2010) untersuchte die Auswirkungen der Aktivierung von

arbeitslosen Personen in Deutschland. Er stellt fest, dass „Integration“ als anzustrebendes Ziel fester Bestandteil in der neuen Arbeitsmarktpolitik ist, dass mit „Integration“ gleichzeitig „Integration in die Arbeitsgesellschaft um jeden Preis“ gemeint ist (S. 30). Dazu gehört, dass von Arbeitslosen gefordert wird, eine Arbeitsstelle auch ausserhalb des bestehenden Wohnortes, weiter als in der näheren Umgebung und unabhängig von erworbenen Qualifikationen oder Berufserfahrungen zu suchen. Der Begriff „Integration“ zeuge von der Tatsache, dass sich die Bundesrepublik Deutschland als Erwerbsarbeitsgesellschaft begreife und volle gesellschaftliche Teilhabe (Integration) und Anerkennung nur über Erwerbsarbeit führen könne (S. 34). Nadai (2009) definiert „Integration“ aus einem leicht anderen Blickwinkel: Integration wird als umfassende Teilhabe an der Gesellschaft verstanden, reduziere sich jedoch im Rahmen der Aktivierung auf eine Eingliederung in die Erwerbsarbeit (S. 14). Die These, „dass oftmals irgendein Job besser ist, als gar kein Job“ vertritt auch Schmid (2009), damaliger Präsident der SKOS im Interview mit der Zeitschrift Sozial Aktuell (S. 20). Kutzner (2009a) hält dagegen fest, diese Fokussierung auf die Arbeitsmarktintegration berge die Gefahr, dass weitergehende Probleme der Klientinnen und Klienten nicht bearbeitet werden, wenn sie denn überhaupt durch die Sozialarbeitenden wahrgenommen werden. Er schreibt weiter: „So trägt das Aktivierungsprinzip dazu bei, dass diejenigen Klienten mit den grössten Problemen künftig weniger Hilfen erhalten. Privilegiert werden diejenigen, denen günstige Prognosen attestiert werden, also die minderschweren Fälle.“ (S. 54). Für Sozialhilfebeziehende mit komplexen Problemlagen kann dies bedeuten, dass sie in der Sozialhilfe nicht mehr die Unterstützung erhalten, die sie grundsätzlich benötigen würden.

2.4.2 Menschenbilder im aktivierenden Sozialstaat

Kutzner (2009a) beschreibt zwei aktuelle Hilfsformen im schweizerischen Sozialhilfewesen: zum einen das Individualitätsprinzip und zum anderen die moderne Aktivierung. Dem Autor zufolge liegt dem Individualitätsprinzip ein paternalistisches Menschenbild zugrunde, welches zwar die Verselbständigung des Menschen zum Ziel habe, diesen aber zum Zeitpunkt des Sozialhilfebezuges nicht oder nur eingeschränkt als autonomiefähig betrachte (S. 46). Die Sozialhilfe beziehende Person werde daher in der Rolle des Schülers betrachtet, der in Zukunft autonom sein könne, im Moment jedoch der Bevormundung benötige (S. 46). Die aktivierende Sozialhilfe dagegen vertrete ein Menschenbild, welches aus der Ökonomie übernommen wurde. Der Anreiz- oder Aktivierungsgedanke gehe von einem rational handelnden Menschen aus, dem homo oeconomicus (Kutzner, 2009a, S. 49). Die Herkunft dieses Menschenbildes liegt im Utilitarismus, der besagt, dass Menschen Mittel und Mittelkombinationen erfinden, um ihre Bedürfnisse effizient zu befriedigen (S. 50). Im Zusammenhang mit den herrschenden Menschenbildern in der aktivierenden Sozialhilfe widerlegt Kutzner (2009a), dass der Mensch ausschliesslich nach Arbeit strebe, um sich seinen materiellen Lebensunterhalt zu verdienen, da Arbeit auch die Quelle von persönlicher Identität sei (S. 51). Daraus zieht der Autor die

Schlussfolgerung, dass eine Arbeit, welche lediglich der materiellen Existenzsicherung dient, nicht erstrebenswert ist und das utilitaristische Menschenbild in der aktivierenden Sozialhilfe somit nicht legitimiert werden kann (S. 52). Für Professionelle der Sozialen Arbeit stellt sich die Frage der Vereinbarkeit des Bildes des homo oeconomicus mit dem in der Definition der Sozialen Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW) vertretenen humanistischen Menschenbild:

“Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.

The above definition may be amplified at national and/or regional levels”. (IFSW, 2018, o.S.)

Genauso betont der Berufskodex von Avenir Social das Recht auf Würde, Gerechtigkeit und Individualität:

„Leitidee und Menschenbild der Sozialen Arbeit

Alle Menschen haben Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld. Gleichzeitig sind Menschen verpflichtet, andere bei der Verwirklichung dieses Anrechts zu unterstützen.

Voraussetzungen für das erfüllte Menschsein sind die gegenseitig respektierende Anerkennung des oder der anderen, die ausgleichend gerechte Kooperation der Menschen untereinander und gerechte Sozialstrukturen.“ (Avenir Social, 2010, S. 6)

Das Ziel sozialer Arbeit muss demnach sein, Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen ihre Persönlichkeit bestmöglich entfalten können. Seithe (2012) schreibt dazu, die Soziale Arbeit habe ein humanistisches Menschenbild als Grundlage für die Aktivierung und die Ermächtigung der Menschen. Das Ziel sei, sie dabei zu unterstützen, den Anschluss oder den Wiederanschluss an die Gesellschaft zu erreichen und ihr Leben selbständig bewältigen zu können (S. 269-270). Diese Grundsätze widersprechen der Auffassung von Aktivierung im Rahmen des aktivierenden Sozialstaates, dessen Ziel nicht die Bedürfnisbefriedigung des Einzelnen ist, sondern die aktive Teilnahme an der Erwerbsarbeit. Die Folgen dieser Neuausrichtung in der Sozialen Arbeit beschreibt auch Nadai (2009, S. 14). Sie sieht wie Seithe die Gefahr, dass das professionelle Wissen von Sozialarbeitenden in diesem Umfeld missachtet wird (Nadai, 2009, S. 14; Seithe, 2012, S. 347ff). Portmann (2009) zeigt auf, dass insbesondere die Verknüpfung von Sozialleistungen mit Gegenleistungen und der Androhung von Sanktionen sowohl der Menschenwürde, als auch dem verantwortungsvollen Umgang in der Machtausübung zuwiderläuft (S. 25). Einerseits bestimmt das utilitaristische Menschenbild der aktivierenden

Sozialhilfe die Praxis der Sozialarbeitenden stark. Andererseits sollte die humanistische Prägung, welche Professionelle der Sozialen Arbeit in der Regel aus der Ausbildung mitbringen, zu einem anderen Handeln anregen. Um auf diesem Weg zwischen zwei Extremen zu bestehen, muss die Glaubwürdigkeit der Sozialen Arbeit in der Sozialhilfe zurückgewonnen werden (Knöpfel, 2016, S. 13). Dies könne gelingen, wenn vermehrt auf die Breite der Aufgaben hingewiesen, die Bedeutung kreativer „Umwege“ für die Arbeitsmarktintegration hervorgehoben und die Grenzen aufgezeigt werden, die der gesellschaftliche Wandel der Sozialhilfe setze (S. 13).

Wie dargestellt, unterliegt die Sozialhilfe den Einflüssen aus Arbeitsmarkt, Politik und gesellschaftlichen Forderungen. Neue Risiken werden durch vorgelagerte Sozialversicherungen nicht genügend abgesichert, soziale Problemlagen werden individualisiert, nicht zuletzt stehen Sozialarbeitende unter einem grossen Druck, die politischen Sparziele in der Sozialhilfe umzusetzen. Schuwey und Knöpfel (2014) berichten von Armutsbetroffenen, dass diese die Beratungs- und Unterstützungsqualität auf den Sozialdiensten als ungenügend bewerten (S. 134). Es müssen deshalb Wege gesucht werden, wie Sozialarbeitende die individuelle Situation von Klientinnen und Klienten berücksichtigen können, um sie professionell zu unterstützen.

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, wie sich psychische Gesundheit und Krankheit auf das Leben von Menschen auswirkt und welcher Unterstützungsbedarf daraus entsteht.

3 Psychische Gesundheit und Krankheit

Psychische Störungen sind auf dem Hintergrund von psychischer Gesundheit zu betrachten. Deshalb soll vor der Beschreibung der zwei gängigen Klassifikationssysteme und der Analyse epidemiologischer Befunde kurz umrissen werden, was psychische Gesundheit meint.

3.1 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist eng mit der körperlichen Gesundheit verbunden und im allgemeinen Gesundheitsbegriff eingeschlossen. Gesundheit hat generell viele Facetten und ist nicht einfach zu definieren. Die WHO formulierte es zu Beginn ihrer Verfassung aus dem Jahr 1946 so: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO, 1946/2014, S. 1). Damit wurde der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff in einem international anerkannten Dokument verankert. Die psychische Gesundheit wird also der physischen Gesundheit gleichgestellt, ebenso wie die soziale Gesundheit. Diese

Definition aus dem Jahr 1946 umschreibt Gesundheit als etwas Statisches. In der Konferenz in Ottawa 1986 hingegen (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO, 1986) wurde Gesundheit als ein Gut gesehen, das Menschen selber beeinflussen können: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (o.S.). Psychische Gesundheit ist hier zwar nicht ausdrücklich genannt, aber in Begriffen wie zum Beispiel „spielen, lernen, arbeiten und lieben“ trotzdem sehr präsent.

Im Zusammenhang mit psychischen Störungen ist Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence, SOC) zu diskutieren. Bengel, Strittmatter und Willmann (2001) beschäftigen sich mit dem Gesundheitsbegriff von Antonovsky: Er geht in seinem Modell der Salutogenese von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus. Weiter kritisiert er eine rein pathogene Betrachtungsweise und stellt ihr eine salutogenetische Perspektive gegenüber, das heißt, die Frage, warum Menschen gesund bleiben, soll Vorrang bekommen vor der Frage nach Ursachen und Risikofaktoren von Krankheiten. Damit werden die Bedingungen für die Erhaltung von Gesundheit, die Ressourcenorientierung und die Prävention ins Zentrum gestellt (S. 9).

Unabhängig von äusseren Bedingungen postuliert Antonovsky eine allgemeine Grundhaltung eines Menschen gegenüber seiner Umwelt und seinem Leben, welche die Gesundheit oder deren Erhaltung wesentlich beeinflusst (Bengel et. al., 2001, S. 28-31). Mit Kohärenz meint Antonovsky die Fähigkeit oder Haltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Dabei unterscheidet er zwischen rein kognitiven und eher affektiv-motivational geprägten Grundeinstellungen: Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl eines Individuums ist, desto gesünder sollte diese Person sein oder desto schneller sollte sie wieder gesund werden und dies auch bleiben.

Der SOC setzt sich aus den folgenden drei Komponenten zusammen:

- dem Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): Dabei handelt es sich um ein kognitives Verarbeitungsmuster, also um die Fähigkeit, Umweltreize geordnet, strukturiert und konsistent verarbeiten zu können,
- dem Gefühl von Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit (sense of manageability): Hier spricht Antonovsky von einem kognitiv-emotionalen Verarbeitungsmuster und beschreibt diese Komponente als Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind oder als Glaube an genügend (eigene) Ressourcen, welche Anforderungen und Problemstellungen entgegengehalten werden können

- und schliesslich dem für Antonovsky wichtigsten Gefühl der Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness): Dieser motivationale Faktor beschreibt das Ausmass, in dem ein Mensch das Leben grundsätzlich als sinnvoll empfindet. Ein Mensch ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit kann das Leben nur als Last und alle Herausforderungen nur als zusätzliche Hindernisse wahrnehmen.

Die drei Komponenten verdeutlichen, wie wichtig psychische Aspekte gemäss dem Konzept von Antonovsky für die allgemeine Gesundheit des Menschen sind. Umso bedeutsamer muss der Kohärenzsinne für die psychische Gesundheit sein.

Die WHO (2004) definiert psychische Gesundheit als Zustand, in dem ein Mensch seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten kann und im Stande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (S. 11). Diese Begriffsbestimmung zeigt, dass es keine scharfen Grenzen zwischen psychisch krank und psychisch gesund gibt, sondern dass der Mensch sich – wie schon von Antonovsky beschrieben – auf einem Kontinuum zwischen diesen beiden Polen bewegt. Alle Menschen kennen also Situationen oder Momente in ihrem Leben, in denen sie zum Beispiel ihre Fähigkeiten nicht ausschöpfen können oder nicht in der Lage sind, produktiv zu arbeiten.

Mit diesen Ausführungen ist eine Grundlage geschaffen worden für die Beschäftigung mit psychischer Krankheit.

3.2 Psychische Krankheit

Wie vorhergehend dargelegt, sind psychische Gesundheit und psychische Krankheit eng miteinander verbunden. Payk (2010) hält fest, dass „die Auffälligkeiten abnormen menschlichen Gebarens“ bereits seit frühster Zeit die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zieht (S. 3). Als Forschungsrichtung innerhalb der Psychiatrie beschäftigt sich die Psychopathologie mit der Definition, Beschreibung, Auflistung und Zuordnung krankhaft veränderter psychischer Funktionen und Eigenschaften (S. 5). Allerdings halten Wittchen und Hoyer (2011) fest, dass eine psychische Störung keine naturwissenschaftlich belegbare Tatsache sei, sondern vielmehr ein für die Praxis nützliches Konstrukt, auf das sich Theorie und Praxis für den Moment geeinigt haben (S. 7). Auch Butcher, Mineka und Hooley (2009) schreiben, es sei nicht möglich, isolierte Verhaltensweisen als abnorm oder abweichend zu klassifizieren, dass jedoch bestimmte Elemente der Merkmale im abweichenden Verhalten genannt werden können. Für die Beurteilung, ob eine Person an einer psychischen Störung leidet, bezeichnen die Autorinnen und der Autor die folgenden sechs Bereiche, die einer genauen Prüfung unterzogen werden sollen:

1. Leid: Die Person ist in der Bewältigung des Alltags eingeschränkt. Allerdings kann der subjektiv empfundene Leidensdruck sehr gross oder aber gar nicht vorhanden sein.

2. Unangemessenheit: Damit ist unangemessenes Verhalten gemeint, das unser Wohlergehen und unsere Fähigkeit beeinflusst, bei der Arbeit und in sozialen Beziehungen Freude zu empfinden.
3. Devianz oder Abweichung: Dies meint eine Abweichung sowohl von einer statistischen wie auch einer sozial akzeptierten Norm. Insbesondere die Bezeichnung, ein Verhalten weiche von einer sozial akzeptierten Norm ab, enthält ein Werturteil.
4. Verletzung gesellschaftlicher Standards: Gesellschaftliche Standards bestehen aus gesetzlichen und moralischen Normen, die uns in der Erziehung beigebracht werden. Werden diese Regeln durch eine Person schwerwiegend verletzt, erkennen wir dies als Normabweichung oder abweichendes Verhalten.
5. Soziales Unbehagen: In der sozialen Interaktion wird von den beteiligten Personen gegenseitig ein bestimmtes Verhalten erwartet, das den gültigen sozialen Regeln entspricht. Verhält sich eine Person nicht den Erwartungen entsprechend, ruft dies in ihrem Umfeld Unbehagen oder sogar Besorgnis aus.
6. Irrationalität oder Unvorhersagbarkeit: Der wichtigste Faktor in der Beurteilung, ob eine Person ein irrationales Verhalten an den Tag legt oder nicht, ist unsere Einschätzung darüber, ob die betreffende Person ihr Verhalten kontrollieren kann oder nicht (Butcher et al., 2009, S. 6).

Die Definition einer psychischen Störung basiert folglich auf einer breiten Abklärung. Je mehr Defizite eine Person in den sechs Bereichen aufweist, desto klarer lässt sich auf eine vorhandene psychische Störung schliessen (Butcher et al., 2009, S. 6). Alleine die Feststellung, dass eine Person an einer psychischen Störung leidet, lässt noch keine Rückschlüsse darüber zu, welche bestimmte Störung vorliegt und welche Art der Behandlung die Person benötigt. Dazu sind spezifische Befunderhebungen notwendig, welche durch psychopathologische Untersuchungen erreicht werden. Barz (1997) hält die Schaffung solch einer strukturierten, allgemein zugänglichen und verständlichen Grundlage für die Arbeit des Einzelnen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Tätigkeitsbereiche in der Psychiatrie für unumgänglich. Der Autor stellt fest, dass die Befunderhebungen eine Orientierung bieten, um eine psychische Störung genau zu bezeichnen und die Beobachtungen mittels gemeinsamer Begriffe mitgeteilt werden können (S. 13). Um eine psychopathologische Diagnose erstellen zu können, werden die psychischen Merkmale und Symptome erfasst, welche die aktuelle psychische Störung kennzeichnen (Freyberger & Stieglitz, 1996, S. 4). Wittchen (2011) bezeichnet vier Ebenen menschlicher Aktivität und Verhaltens, die durch eine psychische Störung betroffen sein können: die Emotionen, die Kognition, die soziale Interaktion und körperliche Phänomene. Gemäss seiner weiteren Ausführungen wird eine unwiderlegbare Diagnosestellung dadurch erschwert, dass bei einer psychischen Störung keine der genannten Ebenen als alleinige Ursache ausgemacht werden kann (S. 32). Auch Payk (2010) hält fest, dass eine Schädigung oder ein Defekt in einem Teilbereich stets eine Veränderung der gesamten

Persönlichkeit nach sich ziehe, was in der Beurteilung berücksichtigt werden müsse (S. 9). Eine klare Trennung der unterschiedlichen Störungen ist daher schwierig, oder, wie dies Payk (2010) ausdrückt, sei es weder sinnvoll noch möglich, eine „Reparatur“ an einem einzelnen Teilbereich vorzunehmen (S. 9). Eine klare Definition von psychischen Störungen und das Erstellen von unanfechtbaren Diagnosen sind aufgrund der dargelegten Schwierigkeiten nicht möglich. Eine umfassende Abklärung, die alle oben genannten Ebenen miteinbezieht, ist deshalb nötig, um die psychische Verfassung einer Person möglichst verlässlich und überprüfbar zu erheben. Die psychopathologische Befunderhebung basiert auf Angaben der untersuchten Person (Selbstbeurteilung) gleichermassen wie auf Beobachtungen der untersuchenden Person. Sie geschieht mit Hilfe eines strukturierten Vorgehens, wie es beispielsweise das System der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ (AMDP-System) vorgibt (Payk, 2010, S. 95). Haug (2017) hält fest, es gebe im deutschsprachigen Raum kein vergleichbares, diagnoseübergreifendes Hilfsmittel für die psychopathologische Befunderhebung, und das AMDP-System sei daher sowohl in Kliniken wie auch bei Behörden als Standard akzeptiert. Das Manual des AMDP-Systems zur Erhebung des psychopathologischen Befundes enthält hundert klassische Symptome zur Definition und Beschreibung des psychischen und körperlichen Befundes und ist in zwölf Merkmalsgruppen unterteilt (S. 36).

Tabelle 1

Merkmalsgruppen des psychischen und körperlichen Befundes nach dem AMDP-System

Merkmalsgruppen	Symptome
Bewusstseinsstörungen	Bewusstseinsverminderung, -trübung, -einengung, -verschiebung
Orientierungsstörungen	zeitlich, örtlich, situativ, zur eigenen Person
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konfabulationen, Paramnesien
Formale Denkstörungen	gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingeengt, perseverierend, grübelnd, Gedankendrängen, ideenflüchtig, vorbeireden, Gedankenabreißen, zerfahren, Neologismen
Befürchtungen und Zwänge	Misstrauen, Hypochondrie, Phobien, Zwangsdanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen
Wahn	Wahngedanken, Beziehungswahn, Eifersuchtwahn, Verfolgungswahn, Schuldwahn, Verarmungswahn
Sinnestäuschungen	Illusion, Stimmenhören, akustische und optische Halluzinationen, Körper-, Geruchs-, Geschmackshalluzinationen
Ich-Störungen	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug und -eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse
Affektive Störungen	ratlos, gefühllos, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, jammerig, Insuffizienzgefühl, gesteigertes Selbstbewusstsein, Schuldgefühl, Verarmungsgefühl, ambivalent, Parathymie, affektlabil, affektinkontinent, affektstarr
Antriebs- und psychomotorische Störungen	antriebsarm, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert, motorisch unruhig, Parakinesen, bizarr, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch
Zirkadiane Störungen	morgens schlechter, abends schlechter, abends besser
Andere Störungen	sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit, Aggressivität, Suizidalität, Selbstbeschädigung, mangelnde Krankheitseinsicht, mangelndes Krankheitsgefühl

Die Zusammenstellung in Tabelle 1 zeigt die zwölf Merkmalsgruppen des AMDP-Systems, ergänzt mit einer unvollständigen Auswahl der jeweils möglichen Veränderungen oder Abweichungen. Nach Payk (2010) geben neben den festgestellten Merkmalen des physischen und psychischen Befindens ebenso der erste Eindruck, den eine Person auf uns macht, ihr Erscheinungsbild, allfällige Verhaltensauffälligkeiten und ihre Allgemeinverfassung Auskunft über den Psychostatus (S. 96). Abweichungen, Veränderungen und Defizite in den einzelnen Merkmalsgruppen sowie die Beobachtungen zur Allgemeinverfassung werden registriert, dokumentiert und geordnet, nicht jedoch interpretiert oder diagnostisch zugeteilt (S. 98). Die diagnostische Beurteilung aufgrund der psychopathologischen Erhebungen geschieht mit Hilfe von Klassifikationssystemen (Wittchen und Hoyer, 2011, S. 392).

3.2.1 Klassifikationssysteme psychischer Krankheit

Nach Wittchen (2011) verfügt jede Wissenschaft über ihre eigenen Konventionen, wie die Phänomene ihres Untersuchungsgebietes geordnet, klassifiziert und damit für die systematische Erforschung zugänglich gemacht werden (S. 33). Die aktuell gebräuchlichsten Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen sind die International Classification of Diseases ICD-10, welche durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 der American Psychiatric Association (APA). Wie Wittchen (2011) festhält, ermöglicht die Klassifikation psychischer Krankheiten unter anderem die Überprüfung und die Nachvollziehbarkeit von Diagnosen, die interdisziplinäre Kommunikation und die Prognostizierbarkeit des weiteren Krankheitsverlaufs (S. 35). Klassifizierungssysteme sind auch aus wirtschaftlichen Gründen wichtig. Wittchen (2011) nennt die Qualitätssicherung und die Bedarfsplanung, die erhöhte Relevanz der Ökonomie in Diagnostik und Therapie sowie versicherungsrechtliche, juristische und abrechnungstechnische Aspekte (S. 35). Bereits diese unvollständige Aufzählung der Ziele, welche durch ein Klassifikationssystem psychischer Krankheiten erreicht werden sollen, macht deutlich, dass diese sehr unterschiedlichen Anforderungen genügen müssen. Klassifikationssysteme bilden im klinischen Bereich deshalb eher einen Kompromiss zwischen den zum Teil widersprüchlichen Interessen (Wittchen, 2011, S. 33).

Die ICD-10 und die DSM-5 weisen in grossen Teilen Gemeinsamkeiten auf. Beide Klassifikationssysteme verfolgen einen deskriptiven Ansatz und die weitgehende Operationalisierung der Störungen (Payk, 2010, S. 130). Dies bedeutet, dass für die Beurteilung psychischer Störungen Ein- und Ausschlusskriterien sowie Zeit- und Verlaufskriterien berücksichtigt werden müssen (Freyberger, 2016, S. 2). Mit der psychopathologischen Befunderhebung wurden folglich noch nicht sämtliche zu berücksichtigende Bereiche untersucht. Dazu bedarf es zusätzlicher Informationen über mögliche Ursprünge und den bisherigen Verlauf der Erkrankung mittels der Anamnese sowie ergänzende Daten zur physischen Verfassung der untersuchten Person (Payk, 2010, S. 125). Die wesentlichen Unterschiede

zwischen dem DSM-5 und der ICD-10 sind einerseits die Behandlung ausschliesslich psychiatrischer Störungen (DSM-5) respektive sämtlicher physischer und psychischer Erkrankungen (ICD-10) und andererseits der Fokus vor allem auf die Forschung (DSM-5) respektive auf die Praxis (ICD-10).

Rund alle 10 bis 20 Jahre erfolgt eine Revision der Klassifizierungssysteme. Damit wird neuen Erkenntnissen aus Theorie und Praxis Rechnung getragen. Die Arbeiten zum DSM-IV konnten 2013 mit der Veröffentlichung des DSM-5 abgeschlossen werden. Bereits während der Überarbeitungszeit wurde Kritik laut, die den Sinn von mehreren Anpassungen stark in Zweifel zogen. Vor allem Frances, ehemals Vorsitzender der Arbeitsgruppe für die Entwicklung des DSM-IV, äusserte grosse Bedenken zu verschiedenen Neuerungen im DSM-5. Kurz vor dem Erscheinen des DSM-5 machte er auf negative Folgen des überarbeiteten DSM aufmerksam. Seine Hauptkritik bezieht sich auf die Aufnahme zahlreicher neuer Diagnosen: „The DSMs have introduced many new diagnoses that were no more than severe variants of normal behavior.“ (Frances, 2013, S. 111) Die Folge davon sei, dass „normale“ Personen oder Personen mit leichten psychischen Erkrankungen eine Behandlung erhalten, während solche mit einer deutlichen psychischen Erkrankung vernachlässigt werden (S. 111). Seinen 2014 erschienen Artikel „Lehren, die aus den Fehlern im DSM 5 zu ziehen sind“, nennt Frances pointiert „einen Nachruf auf das DSM 5“. Zusammengefasst beschreibt er weitere mögliche Konsequenzen der Diagnosenerweiterung und der damit zusammenhängenden Zunahme und Folgen von Medikamentenverschreibungen, den Einfluss der psychopharmazeutischen Unternehmen auf die Arbeit der Arbeitsgruppe, die Überschätzung der eigenen Disziplin der mitarbeitenden Spezialistinnen und Spezialisten und den eingeleiteten Paradigmenwechsel vom biopsychosozialen Ansatz zu einem biologistischen Ansatz (Frances, 2014, S. 111-126). Einen weiteren Aspekt, der die Einführung neuer Diagnosen im DSM-5 mit sich bringt, fassen Schneider und Freyberger (2014) wie folgt zusammen: „Die Diagnose einer psychischen Erkrankung weist ein relevantes Potential zur Regulierung von sozialen Problemstellungen in einer Gesellschaft auf, die – bei aller berechtigten Kritik – doch ein breites Angebot an sozialer Absicherung (z. B. die Entlastung durch Krankschreibungen und Erwerbsunfähigkeitsrenten) gerade auch für Menschen vorhält, die oftmals aufgrund von nichtselbstverschuldeten psychosozialen Problemen, den Weg in die chronische psychische Erkrankung gehen. Derartige Tendenzen, soziale Probleme in eine medizinische Logik zu übersetzen, sind nach Ansicht der Autoren sowohl für die betroffenen Individuen wie auch für die Gesellschaft brisant. Der Einzelne verliert an Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit und die Gesellschaft pathologisiert sozial-politische Probleme.“ (S. 447)

Aktuell läuft die Überarbeitung der ICD-10, die ICD-11 soll 2018 von der WHO verabschiedet werden (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2017). Wie das DIMDI festhält, ist noch keine Aussage darüber möglich, wann die ICD-11 in Deutschland eingeführt werden soll. Für die Schweiz ist dies insofern relevant, als sich das Bundesamt für Statistik (BFS, 2018c) für die medizinische Kodierung von Diagnosen auf die durch das DIMDI veröffentlichte

deutsche Ausgabe der ICD stützt. Aktuell ist die ICD-10 also das verbindliche Klassifikationssystem für das Schweizer Gesundheitswesen. Für die Beantwortung der Fragestellung beziehungsweise die Beschreibung der dafür relevanten Störungsbilder wird deswegen die ICD-10 verwendet.

3.2.2 Epidemiologie psychischer Störungen

Die Epidemiologie psychischer Störungen beschäftigt sich gemäss Wittchen und Jacobi (2011) mit der räumlichen und zeitlichen Verbreitung von psychischen Krankheiten. Epidemiologische Studien spezifizieren also das geographische Gebiet einer Untersuchung und die massgebende Lebenszeitspanne (z. B. die Lebenszeit, ein Jahr, ein Monat) für die Erhebung der Daten. Dabei werden soziale Faktoren, die genetische Vorbelastung, Verhaltensfaktoren und Umweltfaktoren in die Untersuchung miteinbezogen. Ziel ist, nach der Auswertung Aussagen machen zu können

- zur Anzahl Personen der definierten Population, die im gegebenen Zeitraum an einer psychischen Krankheit leiden/gelitten haben (Prävalenz)
- zum physischen und psychischen Allgemeinzustand der untersuchten Personen
- zum sozioökonomischen Status der untersuchten Personen
- zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen im historischen Vergleich
- über Behinderungen, Einschränkungen und die Lebensqualität der untersuchten Personen
- zum Inanspruchnahmeverhalten und zum tatsächlichen Bedarf an Behandlungseinrichtungen
- zur Entstehung (Ätiologie) und zum Verlauf von psychischen Störungen
- zu nötigen präventiven und/oder rückfallprophylaktischen Massnahmen

Die Epidemiologie trägt demnach mit einem breiten Spektrum an Forschungsdaten zu neuem Wissen über psychische Störungen bei. Wittchen und Jacobi (2011) unterscheiden zwei Forschungsgebiete der Epidemiologie. Die „deskriptive Epidemiologie“ generiert Daten über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen einer definierten Population. Die „analytische Epidemiologie“ dagegen versucht, Ursachen für eine psychische Erkrankung zu ermitteln. Sie bezieht genetische, biologische, soziale, psychologische und umweltbezogene Aspekte in die Forschung mit ein, mit dem Ziel, Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen zu definieren (S. 57- 90).

Die 2011 durch das European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) und das European Brain Council (EBC) in Auftrag gegebene Studie „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“ führte in den Ländern der EU, der Schweiz, Norwegen und Island umfassende Untersuchungen zur Häufigkeit und Art von psychischen Erkrankungen durch (Wittchen et al., 2011, S. 655- 679). Die Autorinnen und Autoren kommen zum Schluss, dass die

Jahresprävalenz in der europäischen Bevölkerung für die untersuchten 27 psychischen Störungen rund 38% beträgt. Als häufigste Störungen traten Angststörungen (14%) und affektive Störungen (7.8%, davon 6.9% unipolare Depressionen), gefolgt von Schlafstörungen (7%) auf (S. 668). Wittchen und Jacobi (2011) weisen darauf hin, dass Prävalenzangaben stark durch die berücksichtigten Diagnosekriterien, Ermittlungsmethoden und durch das Studiendesign beeinflusst werden (S. 62). Epidemiologische Studien sind zeit- und kostenintensiv. Sie erfassen in der Regel den Gesundheitszustand einer grossen Anzahl von Personen, geben schlussendlich jedoch nur ein Bild von der untersuchten Gruppe, mit den entsprechend der vordefinierten Diagnosekriterien vorliegenden Störungen. Es lässt sich aber über alle Studien gesehen festhalten, dass das Risiko, an einer psychischen Krankheit zu erkranken über die Lebenszeit über 50% beträgt.

Für die Schweiz zeigen neuere Studien (Bundesamt für Gesundheit, 2015) folgende Jahresprävalenzen: rund 16% leiden an einer Angststörung, knapp 7% an einer mittleren bis schweren Depression. Weitere psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel psychotische Störungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen, aber ohne Demenz, werden insgesamt mit einer Prävalenz von 8% angegeben (S. 17).

in Prozent			
Kategorie	Mögliche Diagnosen	Prävalenz Schweiz	Prävalenz EU
Affektive Störungen	Alle affektiven Störungen	7,6	7,8
	Mittlere bis schwere Depressionen	6,5	6,9
Schizophrenien und Psychosen	Psychotische Störungen	1,1	1,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen (<i>Neurose</i>)	15,8	14,0
	Somatoforme Störungen	4,7	4,9
Persönlichkeitsstörungen		1,0	0,6–0,7

Abbildung 2. Vergleich der Prävalenzen von psychischen Störungen in der Schweiz und in der EU. Nach Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 17.

Der Vergleich in Abbildung 2 zeigt, dass die Prävalenz bei Angststörungen in der Schweiz höher liegt als in der EU, während etwas weniger Personen an einer depressiven Störung erkranken.

Ein weiterer wichtiger Aspekt psychischer Krankheiten, die Komorbidität, bildet den Abschluss des Kapitels zu den psychischen Störungen.

3.2.3 Komorbidität

Komorbidität bedeutet das gleichzeitige Auftreten von mehreren diagnostizierten Krankheiten. Dabei wird unterschieden in die Haupt- und Nebendiagnosen. Wittchen und Jacobi (2011) nennen die Komorbidität ein bemerkenswertes und grundsätzliches Charakteristikum psychischer Störungen (S. 75). Ein Querschnittvergleich ergibt, dass für rund 60% der Personen mit einer psychischen Störung nur eine Diagnose erstellt wird, rund 10% dagegen vier oder mehr diagnostizierbare psychische Störungen aufweisen (Wittchen & Jacobi, 2011, S. 78). Komorbidität bedeutet jedoch nicht nur das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr psychischen Erkrankungen. Die Kombination psychischer und somatischer Erkrankung ist ebenfalls eine häufige Erscheinung. Klesse, Baumeister, Bengel und Härter (2008) schreiben dazu, dass die Erkennung und Behandlung von komorbiden psychischen Störungen zu somatischen Erkrankungen von grosser Relevanz seien, da die kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Aspekte der Störung auch auf den Therapieerfolg der somatischen Erkrankung einen starken Einfluss ausüben (S. 54). Für Personen, die an einer komorbiden Erkrankung leiden, heisst das, dass sie unter einer doppelten Krankheitsbelastung leiden, ob es sich nun um Komorbidität innerhalb psychischer Störungen oder um eine Komorbidität mit psychischen und somatischen Erkrankungen handelt.

In den folgenden Kapiteln werden Epidemiologie, Ätiologie, Symptomatik und therapeutische Ansätze der beiden häufigsten psychischen Erkrankungen Depression und Angststörung näher erläutert.

4 Unipolare Depression

In dieser Arbeit wurde bisher von Depression, depressiven Störungen, unipolarer Depression oder Major Depression gesprochen. Dies ist das Resultat eines uneinheitlichen Sprachgebrauchs in der Literatur. Die Klassifikation der affektiven Störungen (Abbildung 3) unterscheidet die Hauptkategorien nach einem manischen (F30), bipolaren (F31) oder unipolaren (F32 und F33) Verlauf. In F32 werden einzelne Episoden zusammengefasst, in F33 sind sich wiederholende depressive Phasen abgebildet. F34 enthält die zyklisch verlaufenden leichteren Erkrankungen, ebenfalls unterschieden nach bipolaren (F34.0) und unipolaren (F34.1) Verläufen. In den Unterkategorien wird vor allem nach Schweregrad und Vorliegen von zusätzlichen psychotischen Symptomen unterschieden.

F30 Manische Episode	F33 Rezidivierende depressive Störung
F30.0 Hypomanie	F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F30.8 Sonstige manische Episoden	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet	F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F31 Bipolare affektive Störung	F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomani- sche Episode	F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	F34 Anhaltende affektive Störungen
F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F34.0 Zykllothymia
F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F34.1 Dysthymia
F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen
F31.5 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.6 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	F38 Andere affektive Störungen
F31.7 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen
F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen	F38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	F38.0 Andere einzelne affektive Störungen
F32 Depressive Episode	F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F32.0 Leichte depressive Episode	
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	
F32.8 Sonstige depressive Episoden	
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 3. Klassifikation affektiver Störungen nach der ICD-10, F30-F39. Nach Wittchen, Jacobi, Klose und Ryl, 2010, S. 8.

Die deutsche Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN, Bundesärztekammer BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, 2017) grenzt den Begriff der unipolaren Depression folgendermassen ein:

„...unipolare depressive Störungen, d. h. depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie, F34.1), sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störung, F38.1) und zyklusassoziierte depressive Störungen (hier nur: Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depressionen in der Perimenopause), jeweils ab einem Behandlungsalter von 18 Jahren.“ (S. 3).

Allerdings ist zu beachten, dass sogar in dieser breit abgestützten Publikation bereits in der Auflistung des Geltungsbereiches der Leitlinie „Unipolare Depression“ von „unipolaren depressiven Störungen“ gesprochen wird. Dies zeigt, wie schwierig eine konsistente und widerspruchsfreie Begrifflichkeit in diesem Bereich ist.

Nun lassen sich neben der unipolaren Depression auch die anderen bisher verwendeten Begriffe, Depression, depressive Episoden, depressive Störungen oder Major Depression folgendermassen zuordnen:

- Der Begriff Depression ist in der Literatur nicht geklärt, er wird als Oberbegriff und oft synonym für unipolare Depression verwendet.
- Depressive Episoden sind als Kategorie F32 gemäss der ICD-10 zu verstehen.
- Depressive Störungen sind wie Depression oft allgemein gemeint, bezogen auf die ICD-10 umfassen sie wiederkehrende depressive Episoden, also die Kategorie F33.
- Der Begriff der Major Depression bezieht sich gemäss der englischen Version der ICD-10 auf schwere Formen depressiver Episoden (F32.2 und F32.3) oder rezidivierender depressiver Störungen (F33.2 und F33.3). Häufiger ist wohl jedoch Major Depression als Kategorie gemäss DSM-5 im Sinne von Depression allgemein gemeint.

Diese Auflistung zeigt, dass auch nach dem Versuch einer Klärung der Begrifflichkeiten immer noch Widersprüche bestehen und Fragen offen bleiben. Dennoch steht nun ein begrifflicher Rahmen im Sinne einer Vereinheitlichung und Vereinfachung für die folgenden Kapitel zur Verfügung. Nachfolgend wird der Begriff der Unipolaren Depression oder der Depression in den Überlegungen der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Dadurch wird eine Abgrenzung geleistet zu Affektiven Störungen mit ausschliesslich manischem oder mit wechselndem manischen und depressiven Verlauf der Erkrankung. Diese begriffliche Eingrenzung ermöglicht eine vertieftere Betrachtung der Prävalenzen weltweit und in der Schweiz.

4.1 Epidemiologie

Gemäss der WHO (2017) waren 2015 weltweit etwa 300 Millionen Menschen von einer „depressive disorder“¹ betroffen, was einem Anteil der Weltbevölkerung von 4.4% entspricht. Dazu kommen die nicht diagnostizierten Depressionsformen, also die vermutete hohe Dunkelziffer. Die Prävalenz der unipolaren Depression ist gemäss der WHO (2017) länderabhängig und reicht von 2.6% in den

¹ Eine „depressive disorder“ umfasst gemäss WHO (2017) depressive Episoden, Major Depressions und Dysthymie (S. 7). Somit kann „depressive disorder“ einer unipolaren Depression in etwa gleichgesetzt werden.

westlichen Ländern bis hin zu 5.9% in Afrika (S. 7). Die unterschiedliche Prävalenz in den verschiedenen Regionen und von Männern und Frauen wird zur besseren Übersicht in Abbildung 4 dargestellt.

Prevalence of depressive disorders (% of population), by WHO Region

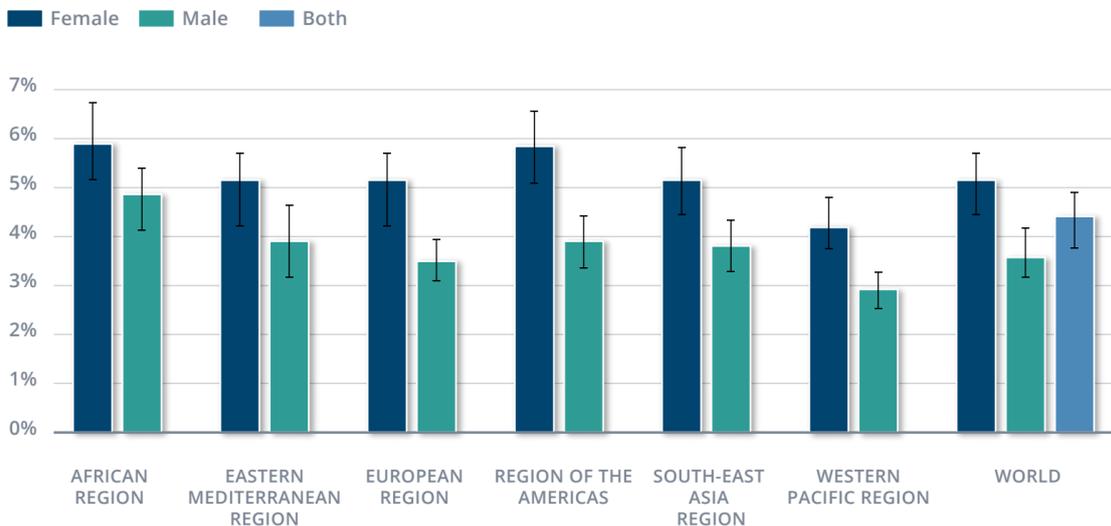


Abbildung 4. Die Prävalenz und Geschlechterunterschiede von unipolarer Depression im Jahr 2015 in Prozent der Bevölkerung in den verschiedenen WHO-Regionen. Nach WHO, 2017, S. 9.

Gemäss Abbildung 4 ist der Depressionsanteil in Europa und in der Westlichen Pazifischen Region am niedrigsten, während in Afrika und Amerika (Nord-, Mittel- und Südamerika) die Depressionsrate am höchsten ist. Hier zeigen sich auch die weltweiten Geschlechtsunterschiede mit einer durchwegs höheren Prävalenz bei Frauen. Besonders eklatant sind die Unterschiede in Nord-, Mittel- und Südamerika und in der Südostasiatischen Region.

Gemäss Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen und Jönsson (2012) gehören Depressionen welt- und europaweit zu den kostenintensivsten Krankheiten überhaupt. Dies aufgrund der hohen Prävalenz, des frühen Beginns und der Behinderungsfolgen. In Europa betragen die direkten Gesundheitskosten von Depressionen im Jahr 2010 mehr als 24 Milliarden Euro, die direkten, nicht medizinischen Kosten (soziale Versorgungskosten) beliefen sich auf fast 14 Milliarden Euro. Ein grosser Teil waren jedoch indirekte Kosten, verbunden mit Arbeitsunfähigkeit, verminderter Produktivität und Invalidität, in der Höhe von 54 Milliarden Euro. Gesamthaft verursachen also Depressionen in Europa Kosten von 92 Milliarden Euro (S. 158).

Laut der WHO (2017) ist die Prävalenz der unipolaren Depression zwischen 2005 und 2015 um 18.4% gestiegen aufgrund des allgemeinen Bevölkerungswachstums und der zunehmenden älteren Bevölkerung, einer Gruppe, in welcher Depression besonders häufig vorkomme. Deshalb könne nicht von

einem grundsätzlichen Anstieg der Depressionsrate gesprochen werden (S. 6). Derselben Meinung sind auch Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moreau-Gruet (2013): Sie vermuten, dass sich das Antwortverhalten bei Befragungen zu Depression durch eine gewisse Enttabuisierung leichterer Verstimmungen verändert habe. Es sei heute eher erlaubt, von allgemeinen Gesundheitsproblemen und Gefühlen von Traurigkeit zu berichten (S. 4).

Ausserdem sei gemäss der WHO (2012) grosse Vorsicht geboten beim länderübergreifenden Prävalenzvergleich, da standardisierte Diagnose- und Erhebungsinstrumente fehlen. Dennoch können kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Risikofaktoren die Länderdifferenzen erklären (o.S.).

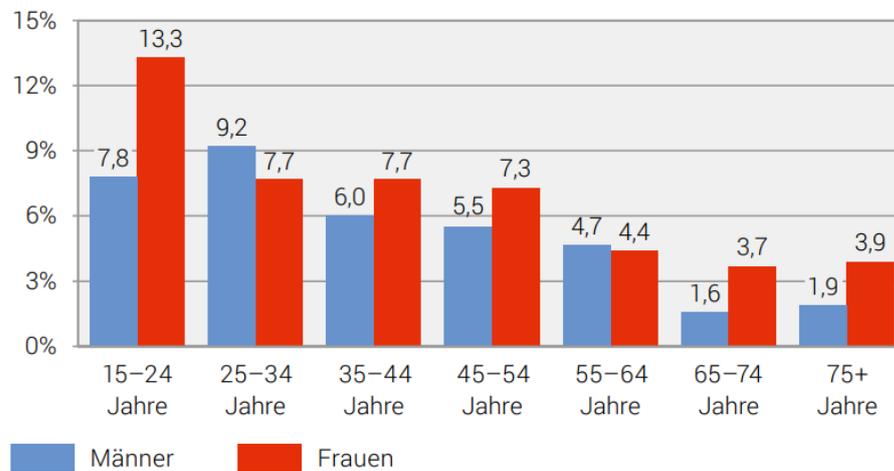
In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 gaben 6.5% der Befragten an, an einer mittleren bis starken und 22.2% an einer schwachen Depression zu leiden. Auch hier muss gemäss des Bundesamtes für Gesundheit (2015) von gewissen Verzerrungen im Datenmaterial ausgegangen werden: Sehr schwer Depressive sind für Umfragen nicht oder nur schwer erreichbar und es fehlen alle diejenigen Personen, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer stationären Einrichtung befanden. Demnach könnte die Häufigkeit von mittleren und starken Depressionen unterschätzt werden (S. 17).

Abbildung 5 zeigt die Geschlechterunterschiede der Prävalenz der Major Depression in verschiedenen Altersgruppen in der Schweiz. Besonders gross ist der Unterschied bei den jungen Betroffenen und in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen mit einer höheren Rate bei den Frauen. Zu beachten ist, dass Männer in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen eine etwas höhere Prävalenz aufweisen als Frauen.

Major Depression, 2012

Personen mit einer mittleren bis schweren Depression;
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 28



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2018

Abbildung 5. Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz der Major Depression in verschiedenen Altersgruppen. Nach Bundesamt für Statistik, 2018b, S. 23.

Nach der Darstellung der Häufigkeitsverteilungen und der Illustration der Geschlechterunterschiede der unipolaren Depression weltweit und in der Schweiz soll im nächsten Abschnitt der Frage nachgegangen werden, wie in der Literatur die Entstehung depressiver Erkrankungen erklärt wird.

4.2 Ätiologie

Gemäss Hausmann (2012a) wird die Entstehung von (unipolaren) Depressionen durch verschiedene Theorien erklärt, jedoch sei keine dieser Theorien für sich alleine als Erklärungsgrundlage einer Depression ausreichend. Am besten untersucht sei die genetische Belastung. Aber sogar hier merkt der Autor kritisch an, dass lediglich die Vulnerabilität für die Depression vererbt werde, und sich die Krankheit erst im Zusammenspiel mit psychosozialen Auslösefaktoren manifestiere (S. 155). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass biologische (auch genetische), soziale, psychosoziale und psychologische Ansätze die Entstehung von unipolaren Depressionen erklären können. Die folgenden Ausführungen beziehen sich alle auf Lehrbücher der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie, das heisst, die Entstehung von Depressionen wird aus einer vorwiegend medizinischen beziehungsweise klinischen Perspektive betrachtet.

Als *biologische* Ursache wird gemäss Hausmann (2012a) ein Mangel an Serotonin, einem überall im Körper vorkommenden Botenstoff beschrieben. Weiter werden auch eine Unterfunktion des noradrenergen Systems (mit den Neurotransmittern Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin) und eine Dysfunktion des dopaminergen Systems als biologische Erklärungsansätze postuliert (S. 156 f.). Ausserdem wird häufig ein Mangel der Gamma-Aminobuttersäure (GABA) bei depressiven Patientinnen und Patienten beobachtet (S. 157). Zusätzlich geben Möller, Laux und Deister (1996) neuroendokrinologische Dysfunktionen (insbesondere im Schilddrüsen-System) als mögliche Ursachen an (S. 65). Auf die Erläuterung des komplexen Zusammenspiels der einzelnen Neurotransmitter, Hormone und ihrer Interaktionen wird hier nicht weiter eingegangen. Detaillierte Angaben dazu finden sich zum Beispiel bei Hausmann (2012a, S. 157), Irons (2014, S. 41-47) und Comer (1995, S. 307-311).

Als eine weitere *biologische Ursache* wird von Hausmann (2012a) eine erhöhte Prävalenz einer Depression innerhalb einer Familie beschrieben (S. 157 f.). Also scheinen auch genetische Faktoren eine Rolle zu spielen bei der Entstehung von Depressionen. Wie oben schon beschrieben wurde, wird die Vererbbarkeit einer Depression jedoch kontrovers diskutiert (S. 158).

Die geschilderten Ansätze wurden bisher am besten untersucht, daneben existieren aber noch weniger breit abgestützte Hypothesen, wie zum Beispiel jene einer Dysfunktion zentralnervöser Regelkreise, die Entzündungs-Hypothese oder die Vermutung, dass eine Depression das Resultat von neurodegenerativen Prozessen sein könnte (Hausmann, 2012a, S. 159-161).

Einige Depressionen treten gemäss Möller et al. (1996) im Frühling und Herbst gehäuft auf und die Symptome treten häufig morgens verstärkt auf (ausgeprägtes Morgentief), was auf chronobiologische Zusammenhänge verweisen könnte (S. 65).

Als *psychosoziale* Risikofaktoren für die Auslösung einer unipolaren Depression gelten laut Möller et al. (1996) soziale Stressoren, insbesondere der Tod einer nahestehenden Person, Scheidung oder eine Schwangerschaft. Unmittelbar vor Ausbruch einer Depression wurden sogenannte Kritische Lebensereignisse (Life events) festgestellt. Typische Auslöser sind der Verlust von nahen Bezugspersonen, anhaltende Konflikte, Entwurzelung und Veränderungen der gewohnten Lebensweise (S. 66).

Psychologische Theorien erklären die Entstehung einer unipolaren Depression auf sehr vielfältige Weise: Die Psychoanalyse (Psychodynamik) betrachtet eine Depression als Abwehr von nicht erwünschten Gefühlen, wie zum Beispiel Angst, Wut und Trauer, die sich gegen die eigene Person richten (Möller et al., 1996, S. 66). Kognitions- und lerntheoretische Ansätze, wie zum Beispiel jene von Beck, gehen von einer „Wahrnehmungs- und Interpretationseinseitigkeit“ depressiver Personen aus, welche sich durch eine negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft auszeichnet. Dies wird auch als Kognitive Triade bezeichnet (S. 67). In die Kategorie der lerntheoretischen Ansätze gehört auch die Erlernte Hilflosigkeit, welche eine wichtige Rolle spielt für die Erklärung einer

Depression. Möller et al. (1996) fassen folgendermassen zusammen: „Die Konfrontation mit einem nicht veränderbaren, negativ belastenden Stimulus führt zu Hilflosigkeit mit Rückzugsverhalten, eingeschränkter Lernfähigkeit, Verschlechterung der Befindlichkeit und zu psychosomatischen Störungen“ (S. 67). Aus verhaltenstheoretischer Perspektive geben Möller et al. (1996) die Auffassung wieder, dass eine Depression eine „Störung der Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung“ (S. 67) sei.

Nachdem nun die Ätiologie von unipolaren Depressionen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet wurde, ist abschliessend festzuhalten, dass die beschriebenen Risikofaktoren und Erklärungsansätze grundsätzlich für beide Geschlechter und möglicherweise auch für mehrere psychische Störungen gelten. Aufgrund der Geschlechterstereotypen, der Rollenerwartungen, möglicher Gewalterfahrungen, direkter oder indirekter Diskriminierung und spezifischer hormoneller Verhältnisse während bestimmter Lebensphasen sind Frauen jedoch anfälliger für unipolare Depressionen, was sich auch in den weiter oben festgehaltenen Geschlechterunterschieden in der Prävalenz widerspiegelt.

Im folgenden Abschnitt wird es darum gehen, die Symptome und Diagnosekriterien für eine unipolare Depression nach der ICD-10 zu beschreiben. Dadurch können wichtige Folgerungen für die praktische Arbeit als Sozialarbeiterin oder als Sozialarbeiter in der Sozialhilfe abgeleitet werden.

4.3 Diagnosekriterien und Symptomatik

Die Manifestationsweise einer Depression kann sehr vielfältig sein (Deisenhammer, 2012b). Die Symptome seien im Gemüts- und Gefühlsbereich, im kognitiven Bereich, im Sozialverhalten und auf der körperlichen Ebene einzuordnen (S. 162). Die wichtigsten Symptome einer depressiven Episode sind laut Deisenhammer (2012b) unter anderen die folgenden:

- Gedrückte Stimmung oder „Gefühl von Gefühllosigkeit“,
- Interessenverlust und Freudlosigkeit,
- Antriebsverminderung oder -steigerung,
- Aktivitätseinschränkung,
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- Erhöhte Ermüdbarkeit und Tagesmüdigkeit,
- Schlafstörungen,
- Minderwertigkeits- und Schuldgefühle,
- Angst,
- Somatisierungssymptome und
- Suizidgedanken und Suizidhandlungen (S. 165).

In der ICD-10 wird die Depressive Episode (F32.-) gemäss Abbildung 6 je nach Schweregrad, dem Vorliegen eines somatischen Syndroms oder von psychotischen Symptomen kategorisiert.

F32.0	Leichte depressive Episode
F32.00	ohne somatisches Syndrom
F32.01	mit somatischem Syndrom
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.10	ohne somatisches Syndrom
F32.11	mit somatischem Syndrom
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Nicht näher bezeichnete depressive Episode

Abbildung 6. Kategorisierung der Depressiven Episode nach der ICD-10. Nach Deisenhammer, 2012, S. 162.

Auch die Rezidivierende depressive Störung F33 wird je nach Schweregrad, dem Vorliegen eines somatischen Syndroms oder von psychotischen Symptomen kategorisiert. Zusätzlich wird noch bestimmt, ob die Störung gegenwärtig remittiert ist (F33.4).

Für die Diagnose einer *leichten* depressiven Episode (F32.0) müssen mindestens zwei der oben genannten Symptome vorliegen. Betroffene sind zwar beeinträchtigt, können aber ihren Lebensalltag beibehalten. Bei einer *mittelgradigen* depressiven Episode (F32.1) müssen vier oder mehr Leitsymptome vorhanden sein, ausserdem haben Betroffene grosse Schwierigkeiten, ihren gewohnten Lebensrhythmus und alltägliche Aktivitäten beizubehalten. Wenn Personen unter einer *schweren* depressiven Episode (F32.2) leiden, kommt zusätzlich zu mehreren Symptomen noch ein ausgeprägtes Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit, sowie der Verlust des Selbstwertes hinzu. Ausserdem sind Suizidgedanken oder sogar Suizidhandlungen häufig. Die Symptome müssen, unabhängig ihres Schweregrades, während mindestens zwei Wochen vorhanden sein.

Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) wird gestellt, wenn wiederholt Phasen einer depressiven Episode (F32.-) aufgetreten sind.

Bei der Dysthymie (F34.1) handelt es sich um chronische Verstimmungszustände, welche die Kriterien für eine depressive Episode nicht erfüllen, jedoch ebenfalls zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können. Die depressiven Verstimmungen müssen mehrere Jahre andauern.

Die Differenzialdiagnose einer unipolaren Depression ist nicht ganz einfach: Als Erstes muss eine körperliche Ursache der Symptome ausgeschlossen werden. Hausmann (2012b) nennt weiter die

schizoaffective Störung und die wahnhaftige Störung, welche von einer Depression abgegrenzt werden müssen. Auch sei nicht immer klar, ob es sich um eine bipolar oder unipolar verlaufende Störung handle (S. 174).

Die Komorbidität einer Depression, also das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Störungsbildern, mit einer Angststörung ist laut Irons (2014) sehr hoch. Studien konnten zeigen, dass bei zwei Dritteln der untersuchten Patientinnen und Patienten zum selben Zeitpunkt eine Angststörung diagnostiziert wurde. Dies wird durch genetische körperliche oder spezifische Persönlichkeitseigenschaften als Ursachen für beide Krankheitsbilder begründet. Es könnte aber auch die Breite der diagnostischen Kriterien dieser beiden Störungen sein, welche es ermöglicht, bestehende Symptome beiden Störungen zuzuordnen (S. 37).

Um zu bestimmen, ob die beschriebenen Symptome krankheitsrelevant sind, werden verschiedene Diagnoseinstrumente eingesetzt. Ebert und Loew (2011) nennen zum Beispiel die Hamilton-Depressionsskala (HDS) oder die Montgomery-Asperg-Depressionsskala (MADS). Diese Testverfahren dienen einer Objektivierung, da sie Schwellenwerte festlegen und damit einen Vergleich zu „Gesunden“ herstellen können (S. 54). Die Autoren betonen jedoch, dass das wichtigste Untersuchungsinstrument das psychiatrische Gespräch sei, in welchem unter anderem biografische Daten, Persönlichkeitseigenschaften, spezielle Vorkommnisse und der Verlauf der Symptome erfragt werden (S. 14).

Die Kategorisierung und Einteilung der ICD-10 hilft Ärztinnen und Ärzten festzustellen, ob es sich bei den oft unspezifischen Syndromen und Symptomen um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt. Allerdings wird die relativ starre Strukturierung und Diagnostik der ICD-10 auch kritisiert: Zum Beispiel findet sich bei Irons (2014) die Kritik, dass besser von einer symptom-basierten Diagnostik ausgegangen werden müsste, das heißt, es müsste vor allem das Zusammenspiel der einzelnen Symptome genauer betrachtet werden und weniger die Anzahl vorliegender Symptome. Weiter wird grundsätzlich kritisiert, dass einheitliche Erhebungsmethoden fehlen und man sich deshalb auf klinische Befragungen und subjektive Beschreibungen verlassen müsse. Kritische Stimmen sagen sogar, dass aufgrund fehlender Objektivität in klinischen Gesprächen die Diagnose einer Depression gar nicht gestellt werden dürfte (S. 18). Diese Schwierigkeiten gelten wohl für alle psychiatrischen Diagnosen, da Erkenntnisse im Fachgebiet der Psychiatrie nicht direkt und unabhängig von den beteiligten Personen abgeleitet werden können.

Die Symptome einer unipolaren Depression unterscheiden sich nicht grundsätzlich zwischen den beiden Geschlechtern, jedoch führen die Geschlechterstereotypen zu unterschiedlichen Diagnosen bei gleichen Symptomen und zu einer oft vorschnellen Depressions-Diagnose bei Frauen (z. B. Bornschein & Hausteiner-Wiehle, 2016, S. 185). Ausserdem steht bei Frauen eine Angst-Symptomatik im

Vordergrund, während depressive Männer eher zu Reizbarkeit und Aggressivität neigen (Brakemeier & Schramm, 2013, S. 304).

Aus frauenspezifischer Sicht ist zusätzlich zu kritisieren, dass Lebensumstände und -situationen der Frauen bei der Diagnostik überhaupt nicht berücksichtigt werden. Trotzdem ist abschliessend festzuhalten, dass Klassifikationssysteme wichtig und notwendig sind, um den Betroffenen eine adäquate therapeutische Unterstützung zukommen zu lassen. So soll im nächsten Abschnitt beschrieben werden, wie Depressionen in der Gegenwart behandelt werden.

4.4 Therapeutische Ansätze

Depression wird als Krankheit mit biopsychosozialen Ursachen betrachtet. Demnach muss auch die Therapie auf einem mehrdimensionalen Ansatz beruhen: Laut Deisenhammer (2012a) umfasst sie „medikamentöse, psychotherapeutische sowie ergo-, physio- und soziotherapeutische Massnahmen“. Als besonders wirksam hat sich die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie erwiesen (S. 175).

In der medikamentösen Therapie der Depression kommen Antidepressiva zur Anwendung, welche den Mangel an Serotonin und Noradrenalin kompensieren sollen. Diesen Medikamenten ist allen gemeinsam, dass ihre Wirkung erst nach etwa zwei Wochen nach Ersteinnahme eintritt und sie alle von unerwünschten, teils massiven Nebenwirkungen begleitet sind (S. 176). Antidepressiva werden in verschiedene Gruppen eingeteilt, je nachdem, wo genau sie wirken: Die *selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)* können Übelkeit, Durchfall, Schlafstörungen und sexuelle Dysfunktionen verursachen. Bei den *Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmern (SNRI)* können zusätzlich noch Miktionsstörungen, Obstipation und Tachykardie auftreten. Am meisten unerwünschte Nebenwirkungen haben die *trizyklischen Antidepressiva*, welche deshalb heute eher selten verwendet werden. Als pflanzliches Antidepressivum kommt das Johanniskraut-Extrakt zur Anwendung, dessen Nebenwirkungen oft unterschätzt werden (S. 177-178).

Unter den psychotherapeutischen Ansätzen sind die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Interpersonelle Psychotherapie am besten untersucht. Die Kognitive Verhaltenstherapie gilt zwar als klassische psychotherapeutische Methode für Angststörungen, aber auch bei Depressionen wurde ihre Wirksamkeit belegt (Kühner, 2013, S. 298). Aus feministischer Perspektive wurde die KVT dahingehend kritisiert, dass „das subjektive Erleben von Frauen häufig nur im Kontext möglicher dysfunktionaler Kognitionen“ (Kühner, 2013, S. 295) interpretiert werde und „real bestehende aversive Bedingungen von Frauen“ (Kühner, 2013, S. 295) vernachlässigt würden. Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) wird von Brakemeier und Schramm (2013) als frauenspezifisches Verfahren für die

Behandlung von Depressionen postuliert. Dies deshalb, weil bei diesem Ansatz „frauenspezifische Problembereiche im Fokus der therapeutischen Bearbeitung stehen“ (S. 302). Zum Beispiel nennen sie die Rollenüberforderung von berufstätigen Frauen und die daraus resultierenden Rollenkonflikte als mögliche Inhalte, welche in der IPT einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Zusätzlich zu diesen psychotherapeutischen Methoden sei aber vor allem die „einfühlsame, stützend-supportive Begleitung“ der Patientinnen und Patienten wichtig. Deisenhammer (2012b) fordert ausserdem von Angehörigen und anderen Bezugspersonen, dass sie die depressionsbedingte Hemmung in der Aktivität als ein „Nicht Können“ und nicht als ein „Nicht Wollen“ interpretieren (S. 163). Die Haltung müsse geprägt sein von der Überzeugung, dass es sich lediglich um eine Phase handle und die Symptome danach wieder vollständig remittieren. Es gehe auch darum, dass man die Patientinnen und Patienten dazu ermutige, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, sie aber keinesfalls damit zu überfordern. Weiter sei es wichtig, auch kleinste Verbesserungen der Symptomatik zu spiegeln, um den Patientinnen und Patienten die fehlende Zuversicht zurückzugeben (Deisenhammer, 2012a, S. 180).

Damit sind die wichtigsten Aspekte der unipolaren Depression umrissen und in der Folge werden als zweite Diagnosegruppe die Angststörungen ins Zentrum gestellt.

5 Angststörungen

Furcht gehört zu den Basisemotionen des Menschen. Sie warnt uns vor potentiell gefährlichen Situationen und hat Auswirkungen auf das physische und kognitive Erleben sowie das Verhalten. Winkelmann (2010) bezeichnet als Hauptmerkmal zur Unterscheidung zwischen Furcht und Angst die Bestimmbarkeit der Bedrohung (S. 98). Nach dem Autor ist die Furcht eine Reaktion auf eine bestimmte konkrete oder vorgestellte Bedrohung, während sich die Angst nicht auf einen bestimmten Gegenstand oder eine bestimmte Situation richtet und sich auch nicht durch vernünftige Überlegungen überwinden lässt (S. 98). Rachman (2000) definiert Angst als Reaktion auf eine unbestimmte Gefahrenquelle mit einer alles durchdringenden Unruhe. Die Angst beginnt schleichend und wird nicht durch ein konkretes Gefahrensignal ausgelöst. Entsprechend klingt sie nicht deutlich bestimmbar ab, sondern kann über längere Zeit anhalten (S. 12). Der Autor hält fest, Angstreaktionen seien individuell unterschiedlich. Er schreibt weiter, dass ängstliche Menschen eine höhere Anfälligkeit aufweisen, ihre Umgebung nach Anzeichen für Gefahren abzusuchen und stets aufmerksam zu sein. Sie nehmen dadurch Situationen falsch wahr oder interpretieren sie falsch und überschätzen deren Gefahrenpotential. Die Aufmerksamkeit ist stark auf gefährliche Situationen fokussiert und kann sich sowohl auf äussere wie auf innere Reize konzentrieren. Rachman (2000) hält abschliessend fest, dass Angst und

die kognitive Verarbeitung von Angst in enger Beziehung stehen und stark abhängig sind von unbewussten Elementen (S. 69).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich aus der natürlichen Reaktion auf eine gefährliche Situation (Furcht) ein stark einschränkender Zustand (Angst) entwickeln kann, der sich in unterschiedlichen Formen und Schweregraden äussert.

In der ICD-10 werden Angststörungen unter F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ aufgeführt (Dilling, Mombur, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016, S. 127ff). Im Rahmen dieser Arbeit werden aus dem Kapitel F4 die phobischen Störungen (Agoraphobie F40.0, soziale Phobie F40.1 und spezifische Phobien F40.2) und aus dem Bereich „andere Angststörungen“ die Panikstörung (F.41.0) und die generalisierte Angststörung (F41.1) behandelt.

5.1 Epidemiologie

Die Jahresprävalenz von Angststörungen betrug im Jahr 2012 in der Schweizer Bevölkerung 15%. Der Übersicht von Lieb et al. (2003) mit 24 Studien zu den Prävalenzraten von Angststörungen ist zu entnehmen, dass die Lebenszeitprävalenz weltweit 5.6 bis 28.7% beträgt. Die breite Streuung ist darauf zurückzuführen, dass den verschiedenen Studien unterschiedliche Faldefinitionen, Alterszusammensetzungen und Subtypen von Angststörungen zugrunde liegen. Im Falle der Lebenszeitprävalenz von 28.7% wurden zudem nur Frauen berücksichtigt, welche grundsätzlich eine höhere Prävalenzrate aufweisen (S. 87-90). Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, weist auch die Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Depression and Other Common Mental Disorders“ (2017) für alle Regionen der Welt vergleichbar hohe Prävalenzraten bei Angststörungen aus. Die Häufigkeit von Angststörungen ist somit nicht nur ein in Europa häufig auftretendes Phänomen, sondern erstreckt sich über die gesamte Weltbevölkerung. Ebenso deutlich zeigt sich, dass Frauen bei weltweiter Betrachtung eine nahezu doppelt so hohe Prävalenz aufweisen als Männer.

Prevalence of anxiety disorders (% of population), by WHO Region

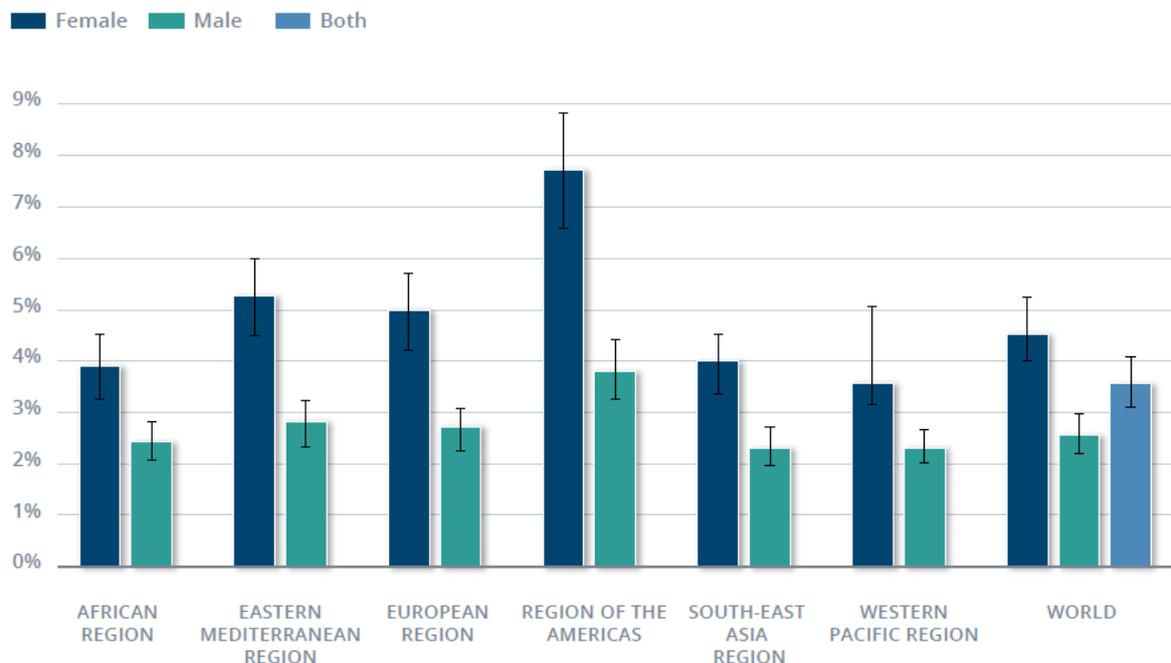


Abbildung 7. Die Prävalenz und Geschlechterunterschiede von Angststörungen im Jahr 2015 in Prozent der Bevölkerung in den verschiedenen WHO-Regionen. Nach WHO, 2017, S. 9.

Neben dieser geschlechtsspezifischen Auffälligkeit, weist auch das Ersterkrankungsalter auf besonders stark betroffene Personengruppen hin. Wie Wittchen und Jacobi (2010) schreiben, berichten rund 60% der Betroffenen von einem erstmaligen Auftreten von Symptomen vor dem 21. Altersjahr. Dies gilt insbesondere für spezifische und soziale Phobien. Erst später, im Alter zwischen 21 und 35 Jahren, treten Ersterkrankungen an Agoraphobie und Panikstörung respektive generalisierte Angststörung auf (S. 13). Da Angststörungen bereits in jungen Jahren auftreten, ist ein Blick auf den prognostizierten Verlauf der Erkrankung unabdingbar. Nach In-Albon und Markgraf (2011) weisen die Agoraphobie und die Panikstörung einen ungünstigen Verlauf auf und Rückfälle sind selbst nach erfolgreicher Behandlung häufig (S. 920). Die gleiche Feststellung machen Hoyer und Beesdo-Baum (2011) im Zusammenhang mit der generalisierten Angststörung. Nach ihren Angaben waren nach erfolgter Behandlung nur 40 bis 60% der betroffenen Personen wieder vollständig funktionsfähig (S. 947). Ein chronischer Verlauf gilt ebenfalls für die soziale Phobie. Fehm und Knappe (2011) halten jedoch fest, dass nur ein geringer Teil der betroffenen Personen über eine längere Zeit das Vollbild einer Erkrankung zeigen. Die soziale Phobie kann sich unter Umständen zu sozialen Ängsten abschwächen, die jedoch nach wie vor grosse Beeinträchtigungen und Belastungen im Alltag darstellen (S. 959). Im Gegensatz zu den bisher erwähnten Subtypen der Angststörung besteht bei spezifischen Phobien eine grosse Therapieerfolgsrate (Becker, 2011, S. 981). Der Autor schreibt weiter, dass derzeit einerseits intensive

Forschung zur Behandlung von spezifischen Phobien betrieben werde, deren Ergebnisse ebenso in die Behandlung von Personen einfließen, die eine andere Angststörung aufweisen und andererseits neben der Therapieforschung auch die Ursachen-, Risiko- und Schutzfaktorenforschung im Zentrum des Interesses stehen (S. 981).

Wittchen und Jacobi (2010) stellen fest, dass Angststörungen überzufällig häufig mit anderen psychischen Störungen auftreten. Bei ungefähr 30% der Personen, die an einer Angststörung leiden, werden gleichzeitig eine oder mehrere andere Angststörungen diagnostiziert. Andere psychische Störungen wie affektive Störungen, somatoforme Störungen und Alkoholabhängigkeit treten bei nahezu 50% der erkrankten Personen auf (S. 12). Auch nach Lieb et al. (2003) sind komorbide Erkrankungen bei Angststörungen keine Ausnahme, sondern eher die Regel. Sie beziehen sich auf verschiedene Studien, die hohe Komorbiditätsraten für alle Angststörungen ausweisen, wobei für die Panikstörung eine ausserordentlich hohe Komorbidität von bis zu 92% belegt wird (S. 94). Wittchen und Jacobi (2010) halten fest, dass komorbide Störungen häufig erst Jahre nach der Ersterkrankung auftreten, starke Risikofaktoren für die Erkrankung an einer depressiven Störung seien und zudem eine erhöhte Suizidalität beobachtet werden könne (S. 14). Der Behandlung von Angststörungen muss folglich grosse Wichtigkeit zukommen.

5.2 Ätiologie

Wie vorgängig beschrieben, handelt es sich bei Furcht und Angst um eine natürliche menschliche Reaktion auf Bedrohung und Gefahr, die sich bei einem normalen Verlauf nach einer kurzen Zeit wieder abschwächt. Weshalb sich bei zahlreichen Menschen ein krankhafter Verlauf ausbildet, ist die Frage zahlreicher Forschungsarbeiten. Wittchen und Jacobi (2010) schreiben, dass für die verschiedenen Typen der Angststörung unterschiedliche Risikofaktoren als Ursachen angenommen werden, dies bisher jedoch noch nicht umfassend geklärt werden konnte (S. 10). Entsprechend stehen vielfältige Erklärungsmodelle zur Entstehung von Angststörungen zur Auswahl, die sich zum Teil ergänzen, zum Teil jedoch auch in der Bewertung ihrer Wichtigkeit widersprechen. So gehen psychosoziale Theorien von einem moderaten (Wittchen & Jacobi, 2010, S. 10) bis zu einem ausgeprägten (Lieb et al., 2003, S. 93) familiären Einfluss aus. Lieb et al. (2003) stellen fest, dass insbesondere Kinder von Eltern, die an einer sozialen Phobie oder einer anderen psychischen Störung leiden, häufig ebenfalls an einer sozialen Phobie erkranken (S. 93). Für Wittchen und Jacobi (2010) spielen zudem familiär vermittelte Temperamentsmerkmale, ungünstige Denkstile, übermässiges Sicherheitsdenken und weitere Faktoren eine zentrale Rolle als Ursachen für die Auslösung einer Angststörung (S. 10). Kognitive Theorien schliessen an diese Feststellungen an. Das „Three-Pathway-Modell“ von Rachman geht davon aus, dass Phobien auf drei Arten ausgelöst werden können: 1. durch klassisches Konditionieren, 2. durch

Modelllernen und 3. durch Instruktionlernen (Becker, 2011, S. 976). Demnach hat das Verhalten der Eltern einen grossen Einfluss darauf, wie Kinder in bestimmten Situationen reagieren. Auch entwicklungspsychologische Ansätze weisen auf den familiären Einfluss als Ursache von Angststörungen hin. Auch Domschke et al. (2017) schreiben der Kontrollüberzeugung einen grossen Einfluss zu, welche massgeblich durch das Familienklima und den Erziehungsstil geprägt werde (S. 1865). Demnach führen emotionale Kälte, Überprotektion, inkonsistentes Erziehungsverhalten, starke Kritik, Demütigung und Ermutigung zu Vermeidung bei den Kindern zu einer geringen Kontrollüberzeugung, was ein Risikofaktor für die Ausbildung einer Angststörung darstellt (S. 1865). Neben innerfamiliären Einflussfaktoren spielt die familiäre Situation an sich ebenfalls eine entscheidende Rolle. Dies gilt sowohl für Angststörungen im Speziellen wie auch für psychische Erkrankungen im Allgemeinen: Wer auf soziale Unterstützung zurückgreifen kann, fühlt sich weniger einsam und erkrankt weniger häufig an einer psychischen Störung (z. B. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016, S. 35; Lieb et al., 2003, S. 93; Domschke et al., 2017, S. 1863; Generala, Timmermans, Dekkers, Smit & Penninx, 2018).

Blair et al. (2016) untersuchten das Verhältnis und Zusammenspiel von Botenstoffen in den Hirnfunktionen und konnten messbare Unterschiede in den Hirnfunktionen von an sozialer Phobie erkrankten Menschen zur Kontrollgruppe feststellen (S. 2943-2953). Die Studie von Jacobi et al. (2004) weist für Frauen eine mehr als zweimal höhere Jahresprävalenz bei Angststörungen aus (S. 602). Als Ursache für den Geschlechterunterschied werden verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht. Die signifikant höhere Lebensprävalenz von Frauen, an einer Angststörung zu erkranken, wird zum Teil mit biologischen Faktoren begründet. Genetische Dispositionen, physiologische und hormonelle Regulationsmechanismen gelten als mögliche Auslöser für Angststörungen (Wittchen und Jacobi, 2011, S. 15). Dorsch und Rhode (2015) haben das Auftreten von Angststörungen in der Schwangerschaft, nach der Geburt und im Zeitraum um die Menopause untersucht und konnten den Einfluss der hormonellen Umstellungen aufzeigen (S. 1-21). Wittchen und Jacobi (2010) weisen auf sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle für die Ursachen einer Erkrankung an einer Angststörung hin, welche die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Partizipationschancen in den Bereichen Familie, Ausbildung, Beruf ebenso wie im Gesundheitswesen behandeln. Weitere Faktoren sind in psychosozialen Theorien auszumachen, wie das erlernte Rollenverhalten und die geschlechtsspezifische Körperwahrnehmung (S. 15). Für die Entstehung einer Angststörung bei Frauen ist also ein genderspezifisches Erklärungsmodell nicht von der Hand zu weisen.

5.3 Diagnosekriterien und Symptomatik

Die vorliegende Arbeit orientiert sich wie bereits festgehalten am Klassifikationssystem der ICD-10 (Dilling et al., 2016, S. 127-133). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die diagnostischen Kriterien der phobischen Störungen und Angststörungen.

Tabelle 2

Phobische Störungen nach der ICD-10

Bezeichnung	Diagnostische Kriterien
Agoraphobie F.40.0	<ul style="list-style-type: none"> - Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, allein Reisen oder Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause - körperliche Symptome wie unregelmässiger Herzschlag, Herzklopfen, Schweissausbrüche, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl - psychische Symptome: Schwindel, Schwäche oder Benommenheit, Derealisation, Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben - emotionale Belastung durch Vermeidungsverhalten oder Angstsymptome mit der Einsicht, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind - Symptome beschränken sich ausschliesslich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie
soziale Phobie F.40.1	<ul style="list-style-type: none"> - deutliche Furcht oder deutliche Vermeidung, in sozialen Situationen im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten (z. B. beim Essen, Sprechen in der Öffentlichkeit, Teilnahme an Gruppen etc.) - körperliche und psychische Symptome wie bei der Agoraphobie, zusätzlich Erröten und Zittern, Angst zu erbrechen, Harn- oder Stuhl-drang bzw. Angst davor - emotionale Belastung wie bei Agoraphobie - Symptome beschränken sich ausschliesslich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie
spezifische Phobie F.40.2	<ul style="list-style-type: none"> - deutliche Furcht vor und die Vermeidung eines bestimmten Objekts oder einer bestimmten Situation ausser Agoraphobie oder sozialer Phobie - körperliche Symptome wie bei Agoraphobie - emotionale Belastung wie bei Agoraphobie - Symptome beschränken sich ausschliesslich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie - spezifische Phobien können unterteilt werden in <ul style="list-style-type: none"> - Tier-Typ (z. B. Insekten, Hunde) - Naturgewalten-Typ (z. B. Gewitter, Sturm) - Blut-Injektions-Verletzungs-Typ - situativer Typ (z. B. Fahrstuhl, Tunnel, Flugzeug) - andere Typen (z. B. Masken, Clown)

Der Schweregrad einer phobischen Störung wird nach dem Ausmass des Vermeidungsverhaltens angegeben. Weitere Kriterien werden in der ICD-10 nicht festgehalten. Um das Ausmass des Vermeidungsverhaltens bestimmen zu können, muss das von der WHO zusätzlich erstellte Manual „International Classification of Functioning, Disability and Health“, ICF; WHO, 2001) hinzugezogen werden.

Tabelle 3

Andere Angststörungen nach der ICD-10

Bezeichnung	Diagnostische Kriterien
Panikstörung F.41	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholte Panikattacken ohne Bezug zu spezifischer Situation oder Objekt und ohne besondere Anstrengung, gefährlicher oder lebensbedrohlicher Situation - Die Panikattacke ist eine einzelne Episode von intensiver Angst, sie beginnt abrupt und dauert mindestens einige Minuten - körperliche Symptome: wie unregelmässiger Herzschlag, Herzklopfen, Schweissausbrüche, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl - psychische Symptome: Schwindel, Schwäche oder Benommenheit, Derealisation, Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben
generalisierte Angststörung F.41.1	<ul style="list-style-type: none"> - Vorherrschende Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme über mindestens sechs Monate - körperliche und psychische Symptome wie bei Panikstörung, zusätzlich, Muskelverspannung, Hals- oder Schluckbeschwerden, Schmerzen, Ruhelosigkeit, Gefühl psychischer Anspannung - andere unspezifische Symptome: Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, anhaltende Reizbarkeit, Einschlafstörungen

In der ICD-10 wird festgehalten, dass sich die Panikstörung bezüglich Inhalt und Schwere sehr individuell äussert (Tabelle 3). Daher wird in die zwei Schweregrade mittelgradig und schwer unterschieden. Eine mittelgradige Panikstörung wird aufgrund von mindestens vier Panikattacken in vier Wochen diagnostiziert, eine schwere Panikstörung bei mindestens vier Panikattacken pro Woche über den Zeitraum von vier Wochen. Für die generalisierte Angststörung wird keine Differenzierung nach Schweregrad der Erkrankung vorgenommen.

Allen beschriebenen Störungen ist gemein, dass sie nicht klar definierbare Auslöser haben und die mehr oder weniger stark vorhandene Einsicht vorhanden ist, dass die eigenen Empfindungen und das Verhalten unangepasst, unverhältnismässig oder übertrieben sind. Auch die körperlichen Symptome unterscheiden sich nur durch Variationen.

Gerade die ausgeprägten körperlichen Symptome von Angststörungen führen oft dazu, dass die eigentliche Störung nicht oder erst nach langer Zeit wahrgenommen wird. Laut Bandelow, Lichte, Rudolf, Wiltink und Beutel (2015) ist insbesondere bei einer generalisierten Angststörung die Hausärztin oder der Hausarzt in der Regel die erste Anlaufstelle, gefolgt vom Aufsuchen eines Gastroenterologen und erst an dritter Stellen folgt der Besuch bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater (S. 47). Für erkrankte Personen bedeutet dies eine lange Leidenszeit ohne adäquate Behandlung. Die Einschränkungen in der Lebensführung können aufgrund des Vermeidungsverhaltens beträchtlich sein. Im Falle einer sozialen Phobie führt das Vermeidungsverhalten beispielsweise zu einem Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Nach Rachman (2000) geht eine Angsterkrankung mit einer Aufmerksamkeitsverengung einher. Das bedeutet, dass Betroffene beinahe ihre gesamte Aufmerksamkeit darauf richten, mögliche angstauslösende Situationen rechtzeitig zu erfassen, damit diese umgangen werden können. Dies verringert ihre Konzentrationsfähigkeit bei anderen Aufgaben, insbesondere auch beim Verrichten ihrer Arbeit (S. 45). In Anbetracht dieser Tatsache erstaunt es nicht, dass Wittchen und Jacobi (2010) von erhöhter Arbeitsunfähigkeit resp. Arbeitslosigkeit von Personen mit Angststörungen berichten (S. 17). Wie bereits erwähnt, sind die Behandlungserfolge von Angststörungen eher tief. In Zusammenhang mit dem Vermeidungsverhalten bezüglich angstauslösender Situationen und der daraus folgenden Arbeitsunfähigkeit ist anzunehmen, dass Angststörungen zu einer ausgeprägten sozialen Isolation führen.

5.4 Therapeutische Ansätze

Kognitive Erklärungsmodelle spielen bei der Entwicklung einer Angststörung oder einer phobischen Störung wie bereits gesehen eine zentrale Rolle. Entsprechend kommt in der Behandlung vorwiegend die kognitive Verhaltenstherapie zum Einsatz. Eine pharmakologische Therapie kommt in der Regel ergänzend zur Psychotherapie und nicht als ausschliessliche Therapieform zur Anwendung. So halten Fehm und Knappe (2011) fest, dass, bezogen auf die soziale Phobie, keine empirischen Studien vorliegen, die über die Langzeiteffektivität einer medikamentösen Behandlung Auskunft geben. Es können deshalb keine Aussagen über die Wirksamkeit einer rein pharmakologischen Therapie bei sozialer Phobie gemacht werden (S. 966).

Die Schweizer Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie (n.d.) nennt als Grundsatz für das Therapieverfahren „die Erkenntnis, dass ein Mensch über seine Vorstellungen und Gedanken (Kognitionen) sein Verhalten, sein Erleben und damit auch seine Gefühle beeinflussen kann.“ Das Ziel für Personen mit einer Angststörung oder einer phobischen Störung ist demnach das Erlernen von neuen Bewältigungsstrategien in angstauslösenden Situationen. Domschke et al. (2017) beschreiben ausführlich fünf Therapiegrundlagen für die Behandlung von Angststörungen (S. 1898-1899). Zunächst werden den

erkrankten Personen aufklärende Informationen über die natürliche Reaktion Angst, die darauf folgenden körperlichen Symptome und über die vorliegende Angststörung vermittelt. Weiter hilft das Erlernen von Entspannungsübungen, die auftretenden Symptome zu bewältigen. Durch eine kognitive Restrukturierung werden erkrankte Personen in der Therapie aufgefordert, ihre Bewertung der Angstzustände und ihre assoziierten körperlichen Folgen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen und nach alternativen Erklärungsmodellen sowie nach verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen. Die interozeptive Exposition zielt auf die Löschung der Furcht vor Angstsymptomen und besteht aus Körperübungen wie Sich-im-Kreis-drehen oder heftiges Atmen. Bei der In-vivo-Exposition schlussendlich geht es darum einer an Agoraphobie erkrankten Person aufzuzeigen, dass die scheinbare Kontrolle durch Vermeidungsverhalten das Angstverhalten negativ verstärkt und der soziale Spielraum sowie die individuellen positiven Verstärkerquellen nach und nach eingeengt werden. Dies geschieht einerseits mittels einer direkten Konfrontation mit einer angstausslösenden Situation oder aber durch langsames Heranführen der Person an die angstausslösende Situation. Aktuell ist im Zusammenhang mit der Behandlung von Angststörungen oft von „Achtsamkeitstrainings“ oder „achtsamkeitsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie“ die Rede. Die achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie basiert auf den von Jon Kabat-Zinn in den 1980er Jahren entwickelten Methoden zur Schmerz- und Stressbewältigung. Indem erkrankte Personen dem Augenblick ihre Aufmerksamkeit schenken ohne ihn zu bewerten, ohne der Vergangenheit und der Zukunft zu grosse Beachtung zu schenken, sollen sie lernen, dysfunktionale Denkweisen zu überwinden (Singh & Gorey, 2018, S. 240). Singh und Gorey (2018) haben in ihrer Studie die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie mit der reinen wie vorgängig beschrieben kognitiven Verhaltenstherapie verglichen. Sie kommen zum Schluss, dass durch die achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie gleiche Resultate erzielt werden können, wie mit der reinen kognitiven Verhaltenstherapie (S. 245).

Waren bisher psychische Gesundheit und Krankheit beziehungsweise die Diagnosen Depression und Angststörung Thema, sollen nun frauenspezifische Aspekte fokussiert werden.

6 Psychische Störungen bei Frauen

Wenn der Frage nachgegangen werden soll, wie psychische Störungen bei Frauen entstehen und wie Geschlechterunterschiede in der Epidemiologie psychischer Störungen erklärt werden, muss als Grundlage das Forschungsgebiet der Gender-Medizin eingeführt werden.

6.1 Gender-Medizin

Neben den biologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern, im Sinne des englischen Begriffes „Sex“, bezieht die Gender-Medizin die Geschlechterdifferenzen gemäss dem Konstrukt „Gender“ mit ein. Sie versucht also, die sozial konstruierten Geschlechterunterschiede in Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten zu berücksichtigen und fordert eine geschlechterspezifische Herangehensweise in der Medizin.

„Menschen werden weiblich oder männlich geboren, jedoch lernen sie Mädchen oder Junge zu sein, um dann zu Frau oder Mann heranzuwachsen. Gender Studies behandeln die Resultate, die sich aus der gesellschaftlichen Rollenverteilung von Mann und Frau ergeben. Es werden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Lebensgestaltung, Gesundheit und Wohlergehen erörtert. Da in diesem Zusammenhang grösstenteils Frauen durch diese Unterschiede benachteiligt sind, liegt das Hauptaugenmerk von Gender Studies auf der Betrachtung Frauen-spezifischer Problematiken“ (Frauengesundheitszentrum Salzburg, n.d., o.S.).

So fordern Bird und Rieker (1999), dass es notwendig sei, Geschlechterunterschiede im Sinne von Sex *und* Gender zu verstehen, um die Ungleichheiten zwischen Männer- und Frauengesundheit richtig einzuordnen. Ebenfalls sei die Interaktion von Sex mit Gender einzubeziehen und Forscherinnen und Forscher müssten sowohl biologische als auch soziale Faktoren studieren (S. 751).

Gender-Medizin entwickelte sich Ende der 1980er Jahre aus der amerikanischen Kardiologie, wo bedeutsame Unterschiede zwischen Herzpatientinnen und -patienten gefunden wurden (Gadebusch Bondio, 2014, S. 11). Mit Gender-Medizin wird eine Medizin bezeichnet, welche Geschlechterunterschiede bezüglich „Prädisposition, Inzidenz, Entstehung, Symptomatologie, Entwicklung und Behandlungschancen vieler Krankheiten“ (S. 12) erforscht oder mitberücksichtigt. Davon können beide Geschlechter profitieren (S. 16).

Maschewsky-Schneider (2016) zeigt auf, dass sich die Frauengesundheitsforschung an einem „sozialen Konzept von Gesundheit“ orientiert (S. 32). Dieses umfasst gemäss der Autorin unter anderem:

- „einen auf Ressourcen gerichteten Gesundheitsbegriff,
- den Einbezug von sozialen Determinanten bei Gesundheit und Krankheit,
- die Pflicht und die Möglichkeiten von sozialen Systemen, Gesundheit zu gestalten,
- Patientinnen, welche sich einer androzentristischen und paternalistischen Medizin widersetzen,
- die Stärkung der nicht medizinischen Gesundheitsberufe,
- eine feministische Positionierung und
- das Engagement für eine am Kriterium der sozialen Gerechtigkeit orientierten frauen- und geschlechterspezifischen Gesundheitsforschung“ (S. 32).

Die Frauengesundheitsforschung als Grundlage der Gender-Medizin nimmt also eine gesellschaftskritische bis feministische Position ein und hat dadurch auch praktische Auswirkungen. Sie analysiert auch konzeptuelle Fragen zur Bedeutung von Geschlecht in der Medizin.

Bolte (2016) fordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern und biologisch orientierten Forschenden, damit befruchtende Konzepte für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Gesundheit entwickelt werden können (S. 120).

Selbstverständlich gelten die Annahmen und Analysen der Gender-Medizin für den ganzen Gesundheitsbereich, also auch für psychische Krankheit beziehungsweise für die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet. Diese Perspektive soll auch in den folgenden Darlegungen zur Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen mitberücksichtigt werden.

6.2 Geschlechtsspezifische Epidemiologie psychischer Störungen

Die Relevanz psychiatrischer Erkrankungen für eine Bevölkerungsgruppe wird mit Häufigkeitsangaben, sogenannten epidemiologischen Daten, belegt. Immer häufiger wird auch die Krankheitslast in die Statistiken miteinbezogen, wenn es darum geht, die Bedeutung von Erkrankungen für eine Bevölkerung zu erheben (Schuler et al., 2016, S. 11). Die Krankheitslast entspricht der Abweichung des momentanen Gesundheitszustandes von der idealen gesundheitlichen Situation. Die dafür gebräuchliche Masszahl drückt die „Disability-adjusted life years“ (DALYs) aus. Schuler et al. (2016) übersetzen den Begriff mit „behinderungsbereinigte Lebensjahre“, und führen weiter aus, dass es sich dabei um die mögliche Anzahl von gesunden Lebensjahren handle, welche durch Krankheit, Behinderung oder

frühzeitige Sterblichkeit verloren gingen. Bei Frauen werden 15.2% aller DALYs auf psychische Störungen zurückgeführt gegenüber Männern mit einem Wert von 12.0% (S. 12).

Gemäss Schuler et al. (2016) sind Frauen zwei- bis dreimal häufiger von einer psychischen Erkrankung betroffen als Männer (S. 11). Eine Ausnahme bilden die Alkoholkrankheit und die psychotischen Störungen. Hier ist das Geschlechterverhältnis genau umgekehrt, das heisst, es erkranken mehr Männer als Frauen an diesen Störungsbildern. Dies gilt für den gesamten europäischen Raum.

Ernst (2001) vergleicht die Lebenszeitprävalenzen, das heisst die Rate der Männer und Frauen, mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung zu erkranken, aus verschiedenen Studien miteinander (S. 51 ff.). Durchwegs seit den 80er Jahren ist die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Frauen höher als bei Männern. Hier bilden substanzbedingte Störungen, psychotische Störungen und Störungen im Sozialverhalten die Ausnahme: An den genannten Syndromen erkranken mehr Männer als Frauen. Ernst (2001) zeigt durch ihren Vergleich von verschiedenen Studien über Zeit und Raum hinweg, dass Frauen häufiger an Depressionen, Angststörungen, somatoformen Störungen und Essstörungen leiden, Männer jedoch anfälliger sind für substanzbedingte Störungen und Störungen im Sozialverhalten. Die epidemiologischen Zahlen zu psychotischen Erkrankungen hingegen ergeben kein einheitliches Bild bezüglich Geschlechterunterschieden in den Lebenszeitprävalenzen. Besonders eklatant sind die Geschlechterunterschiede bei der Depression und Dysthymie (Verhältnis von Frauen zu Männern 2.3 zu 1), bei den Angststörungen (Verhältnis von Frauen zu Männern 2.88 zu 1) und bei den Essstörungen, wo das Verhältnis von Frauen zu Männern 4.5 zu 1 beträgt (S. 53-54).

Zur Bestimmung des Alters, in welchem die Geschlechterunterschiede in der Prävalenz bei Depressionen erstmals auftraten, zog Ernst (2001) eine Längsschnittstudie aus Neuseeland hinzu, in welcher alle zwei Jahre 1000 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 21 Jahren untersucht wurden: Zwischen 15 und 18 Jahren stieg die Prävalenz von Depression von 1 auf 4% bei den jungen Männern und von 4 auf 23% bei den jungen Frauen. Im Alter zwischen 11 und 15 Jahren hingegen traten depressive Symptome bei Jungen häufiger auf (S. 55).

Für diese Arbeit interessant ist der Befund von Ernst (2001), dass Geschlechterunterschiede bei den Angststörungen bereits im Vorschulalter auftreten: In retrospektiven Untersuchungen aus den USA wurden Schülerinnen und Schüler danach gefragt, wann erste Symptome aufgetreten seien: So waren doppelt so viele Mädchen bereits im Alter von acht Jahren von einer Angststörung betroffen als Jungen (S. 55).

Die WHO (2005) hat die Geschlechterunterschiede in der Prävalenz der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen erhoben: So finden sich durchwegs mehr als dreimal so viele Jungen wie Mädchen, welche in ihrer Kindheit zum Beispiel an Störungen im Sozialverhalten,

Aufmerksamkeitsdefiziten oder Lernstörungen leiden. In der Adoleszenz dreht sich das Geschlechterverhältnis um: Es sind demnach dreimal mehr junge Frauen als Männer von einer Depression, selbstschädigendem Verhalten oder einer Essstörung betroffen. Im Erwachsenenalter zeigt sich der Geschlechterunterschied besonders bei der unipolaren Depression und der Angststörung: Es erkranken zwei- bis dreimal häufiger Frauen als Männer an diesen Störungsbildern. Im höheren Alter sind es Demenz, Depressionen und Psychosen, welche bei Frauen dreimal häufiger auftreten als bei Männern (S. 11).

Ernst (2001) thematisiert auch die Komorbidität von Depression und Angststörungen: Sie findet durch Studien bestätigt, dass die stärkere Anfälligkeit von Frauen für eine Depression oft durch das Vorliegen früher Angststörungen bedingt ist, dass ängstliche Kinder häufig eine Depression im Jugendalter entwickeln und dass bei einer Komorbidität von Depression und Angststörung im Erwachsenenalter häufig die Angststörung vor der Depression auftritt (S. 56).

Psychische Beeinträchtigungen sind für Männer wie für Frauen mit grossem Leid verbunden. Risikofaktoren und Belastungen sind aber für Frauen ausgeprägter (Schuler et al., 2016, S. 5-6, 31ff; Bundesamt für Statistik, 2016a, S. 3). Deshalb soll nun näher auf die frauenspezifischen Aspekte von psychiatrischen Erkrankungen eingegangen werden. Im folgenden Kapitel geht es darum, nach Erklärungen für die gefundenen Geschlechterunterschiede bezüglich der Prävalenz von psychischen Störungen zu suchen. In der Literatur finden sich dazu verschiedene Erklärungsansätze und Begründungen.

6.3 Erklärungsansätze für psychische Krankheiten bei Frauen

Biologische Erklärungsversuche für psychische Gesundheit und Krankheit betonen die physiologischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern, während soziale beziehungsweise soziologische Ansätze untersuchen, wie Geschlecht als ein soziales Konstrukt die Epidemiologie, Prävention, Diagnose, Behandlung und Therapie von psychischen Störungen beeinflussen kann. Bird und Rieker (1999) merken an, dass es wichtig sei, sowohl biologische als auch soziale Perspektiven mit einzubeziehen, um die Komplexität von Geschlechterunterschieden bezüglich der Gesundheit zu verstehen und zu erforschen. Ausserdem postulieren sie komplexe Interaktionen und Wechselwirkungen zwischen sozialen und biologischen Faktoren (S. 750).

Die folgenden Zugänge lassen sich also nicht scharf voneinander trennen und überschneiden oder bedingen sich sogar teilweise. Dennoch sollen nun mögliche Prädiktoren von psychischen Erkrankungen bei Frauen möglichst unabhängig voneinander betrachtet werden.

In der Literatur über psychische Störungen allgemein werden Angststörungen und depressive Störungen oft in einem Atemzug genannt, wohl auch wegen der hohen Komorbidität beider Störungsbilder.

Es kann zwar nicht davon ausgegangen werden, dass Depressionen und Angststörungen die gleichen Ursachen haben, aber ähnliche Entstehungsmuster können vermutet werden. Dies soll legitimeren, weshalb in den folgenden Abschnitten auch Studien zitiert werden, welche ausschliesslich Erklärungsansätze für depressive Störungen liefern.

6.3.1 Biologische Erklärungsansätze

Dorsch und Rohde (2015) behandeln in ihrem Artikel frauenspezifische psychische Störungen. Sie zeigen sensible Lebensphasen auf, in denen Frauen besonders gefährdet sind für die Entwicklung einer psychischen Beeinträchtigung. Die beiden Autorinnen belegen mittels verschiedener Studien, dass es im Verlauf des Menstruationszyklus bei vielen Frauen zu einer deutlichen Veränderung der affektiven Symptomatik kommt. Ausserdem weisen auch sie auf die Komorbidität von Depressionen und Angststörungen hin, welche durch hormonelle Veränderungen erklärt wird.

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung gilt seit kurzem als eigenes Störungsbild und nicht mehr nur als Form einer Depression (Dorsch und Rohde, 2015, S. 3). Damit erhält diese Störung mehr Gewicht und wird eher einer Behandlung zugänglich gemacht. Bei diesem Krankheitsbild steht eine ausgeprägte Irritabilität im Vordergrund. Ausserdem müssen die Symptome für die Diagnose einer Dysphorischen Störung Auswirkungen auf den sozialen Bereich haben, z. B. nennen die Autorinnen Konflikte in Beruf und Familie (S. 4). Weiter werden perimenopausale psychische Störungen im Artikel beschrieben, also psychische Störungen, welche während des Klimakteriums auftreten. Besonders anfällig für diese Syndrome sind Frauen, welche bereits in ihrer Vorgeschichte von einer Depression oder einer Angststörung betroffen waren (S. 7-9). Schliesslich werden psychische Störungen, welche in oder nach einer Schwangerschaft auftreten, von den beiden Autorinnen näher beleuchtet (S. 9 ff.). Dies können depressive oder psychotische Episoden und Posttraumatische Belastungsstörungen sein. Bei allen genannten psychischen Beeinträchtigungen ist eine Differentialdiagnose jeweils sehr schwierig, das heisst, es ist nicht immer klar festzustellen, um welches Krankheitsbild es sich handelt. Als Beispiel sei hierzu die Abgrenzung zwischen der Prämenstruellen Dysphorischen Störung und einer manifesten klinisch relevanten depressiven Episode zu nennen.

Allgemein lässt sich sagen, dass unter einer rein biologisch orientierten Betrachtungsweise weibliche hormonelle Zustände oder Veränderungen für die Entstehung und frauenspezifischen Risikofaktoren psychischer Erkrankungen verantwortlich sein können. So beschreibt Banger (2001) komplexe hormonelle Prozesse und deren Interaktion, welche zur Entwicklung affektiver Störungen während des Klimakteriums führen (S. 34 ff.). Auch Nolen-Hoeksema (1990) nennt die Tage vor der Menstruation, die Geburt oder die Wechseljahre als sensible Phasen eines Frauenlebens für die Entwicklung einer Depression (S. 47).

Ernst (2001) fasst verschiedene Hirnforschungen dahingehend zusammen, dass sich bei Frauen Stress leichter auslösen lässt, dass der Verlauf der Hirnströme unklarer ist und eher Hirnareale aktiv sind, welche für negative Gefühle, Stress und Gefahren verantwortlich sind (S. 58).

Für die These biologischer Risikofaktoren sprechen ausserdem Zwillingsstudien, welche belegen, dass depressive Episoden familiär gehäuft auftreten und damit auf eine starke genetische Komponente dieser Häufung hinweisen (Ebert & Loew, 2011, S. 225).

Irons (2014) geht von abnormen Stoffwechselprozessen zwischen Serotonin, Noradrenalin, Gamma-Aminobuttersäure und Dopamin aus, welche insbesondere eine Depression begünstigen können (S. 42 ff.). Umgekehrt stellt sich der Autor jedoch auch die Frage, ob es nicht die Depression sei, welche zu diesen Veränderungen führe (S. 46).

Diese Überlegung von Irons verweist auf ein allgemeines Problem der Zuschreibung von kausalen Zusammenhängen in diesem Forschungsgebiet: Es muss nicht immer zutreffen, dass biologische Faktoren einseitig auf psychische Zustände wirken. Auch das Gegenteil kann der Fall sein, psychische Faktoren können biologische Prozesse beeinflussen. Darüber hinaus ist selbstverständlich auch eine Wechselwirkung oder eine Interaktion denkbar.

Biologische Erklärungsansätze dürfen zwar nicht vernachlässigt werden, genügen aber nicht für die Diskussion psychischer Beeinträchtigungen bei Frauen. Laut Bird und Rieker (1999) ist es die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, welche aufgrund der Geschlechtersozialisation und rollenbezogener Aktivitäten zu unterschiedlichen Krankheitsrisiken und Schutzfaktoren führe (S. 749). In der Folge sollen deshalb soziale und gesellschaftliche Faktoren hinzugezogen werden, um frauenspezifische Belastungen aufzuzeigen, welche zu einer psychiatrischen Erkrankung führen können. Ganz grundlegend dafür ist das Konzept der Geschlechterstereotypen, welches als Basis für die nachfolgenden Kapitel zunächst diskutiert werden soll.

6.3.2 Geschlechterstereotypen

Die Relevanz der Geschlechterstereotypen für die weiteren Ausführungen wird von Wimmer-Puchinger (2016) bestätigt: Sie geht davon aus, dass „diese einengende Zuschreibung von weiblichen Charakteristika auf Passivität, Ängstlichkeit, Unverständlichkeit und geringe Kreativität auch Konzepte und Modelle sowie Vorstellungen von psychischen und physiologischen Funktionen des weiblichen Geschlechts prägt“ (S. 4). Eckes (2010) bezeichnet Geschlechterstereotypen als „kognitive Strukturen, die sozial geteiltes Wissen über die charakteristischen Merkmale von Frauen und Männern enthalten“. Gemäss dieser Definition handelt es sich dabei also um individuelles Wissen wie auch um sozial und kulturell geteilte Annahmen darüber, wie Männer beziehungsweise Frauen sind (deskriptiv) oder sein sollen (präskriptiv) (S. 178). Diese Annahmen enthalten physische Merkmale, Persönlichkeits-

eigenschaften, Präferenzen und Interessen, Berufe und soziale Rollen (Steffens & Ebert, 2016, S. 14). Unter Einbezug verschiedener Untersuchungen schälen die beiden Autorinnen inhaltlich zwei Dimensionen heraus, welche in Geschlechterstereotypen vorhanden seien: Männer zeigen demnach ein hohes Mass an Handlungsorientierung (also Eigenschaften wie zum Beispiel kompetent, dominant und entscheidungsfreudig), während Frauen in einem hohen Mass Gemeinschaftsorientierung (wie zum Beispiel hilfsbereit, einfühlsam und rücksichtsvoll) zugeschrieben wird (S. 23).

Kasten (2003) beschreibt Geschlechterstereotypen in ihrer semantischen Beschaffenheit: Es seien gegensätzliche Eigenschaftspaare, welche für uns handlungs- und erfahrungsleitend seien (S. 29). Laut Eckes (2010) sind Geschlechterstereotypen äusserst veränderungsresistent über die Zeit hinweg. Er begründet dies damit, dass sich die Stereotypen selber nicht ändern, auch wenn Verletzungen der stereotypen Erwartungen seit geraumer Zeit immer häufiger seien (S. 178). In diesem Zusammenhang ist die Funktion von Stereotypen zu erläutern: Sie helfen den Menschen, Komplexität zu reduzieren und sich dadurch in ihrer Umwelt zurechtzufinden, also Situationen richtig einzuschätzen und adäquat zu reagieren. Allerdings bergen Stereotypen auch die Gefahr, einen Status Quo in einer Gesellschaft aufrechtzuerhalten oder sogar zu legitimieren. Steffens und Ebert (2016) begründen die Änderungsresistenz der Geschlechterstereotypen mit der Existenz von Subtypen der Kategorie Geschlecht. Neben den allgemeinen, breiten Stereotypen „Mann“ und „Frau“ existieren etwa 200 geschlechtsbezogene Subtypen. Als Beispiel nennen die Autorinnen hier die Karrierefrau, welche üblicherweise eher als handlungsorientiert und weniger gemeinschaftsorientiert wahrgenommen werde (S. 22). Dieser Subtypus einer Frau widerspricht also den allgemeinen weiblichen Stereotypen. Er wird aber als Ausnahme betrachtet und trägt deshalb nicht zur Veränderung oder gar Auflösung des Geschlechtsstereotyps „Frau“ bei. Erst eine grosse Anzahl von Frauen, welche den gängigen Geschlechterstereotypen nicht entsprechen beziehungsweise sich diesen widersetzen, können nach längerer Zeit die Geschlechterstereotypen verändern (S. 22). Belz und Riecher-Rössler (2013) setzen für die Veränderung der Geschlechterstereotypen das Verständnis dafür voraus, dass „...für das Überleben von Gesellschaften traditionelle Geschlechtsrollenvorstellungen in modernere überführt werden müssen“ (S. 422), um weiterhin über optimale Überlebensstrategien verfügen zu können.

Besonders deutlich formulieren Strauss, Hartung und Kächele (2002), dass die Geschlechterstereotypen ein gesundheitliches Risiko für beide Geschlechter darstellen können, da sie dahin führen können, sich nicht, beziehungsweise zu spät in Behandlung zu begeben oder aber eigene Bedürfnisse gar nicht erst wahrzunehmen (S. 539).

In der immer noch häufig zitierten Studie von Broverman et al. (1970) wurde der Zusammenhang zwischen Diagnosestellung psychischer Erkrankungen und Geschlechterstereotypen aufgearbeitet. „Männliche“ Attribute, wie zum Beispiel „aktiv, dominant und entscheidungsfreudig“ (S. 3) werden grundsätzlich eher mit psychischer Gesundheit verbunden als deren „weibliche“ Gegenpole.

Ausserdem konnten sie zeigen, dass psychiatrische Fachpersonen bei Männern und Frauen unterschiedliche Charakteristika als psychisch gesund einstufen (S. 5). Die gängige Norm psychischer Gesundheit entspricht also weitgehend den männlichen Geschlechterstereotypen. Dies hat einen Einfluss auf die Diagnose und letztlich auf die Therapie von psychischen Störungen bei beiden Geschlechtern. In einer Replikation der Studie von Broverman et al. (1970) kamen Seem und Clark (2006) zum Schluss, dass sich die Geschlechterstereotypen bei beratenden Fachpersonen im Vergleich zu den 70er Jahren nicht wesentlich verändert hätten (S. 256).

Allgemein schränken Geschlechterstereotypen also den Handlungsspielraum von Menschen ein und haben damit weitreichende Folgen für die Lebensrealität von Männern und Frauen. So kann das hierarchische Machtgefälle zwischen Frauen und Männern bis zu einem gewissen Grad dadurch erklärt werden, dass Frauen gemäss Stereotyp eine passivere, gefühlsbetonte Rolle zugesprochen wird. Dies hat reale soziale und gesellschaftliche Folgen.

6.3.3 Soziale und gesellschaftliche Faktoren

Klassische geschlechtsspezifische Rollenbilder werden im Alltag nach wie vor transportiert, sei dies in Kinder- und Schulbüchern oder in der (sexistischen) Werbung (Steinbach, 2001, S. 116-117). Durch die Zementierung der Geschlechterstereotypen und der damit verbundenen unterschiedlichen Rollen, welche die beiden Geschlechter in der Gesellschaft innehaben, gelten für Frauen und Männer unterschiedliche Massstäbe in fast allen (Lebens-) Bereichen: Obwohl die Gleichberechtigung von Mann und Frau 1981 in der Schweizerischen Bundesverfassung verankert wurde und 1996 das Gleichstellungsgesetz in Kraft getreten ist, welches insbesondere eine Diskriminierung im Bereich der Erwerbstätigkeit verbietet, beträgt der Lohnunterschied zwischen Männern und Frauen in der Schweiz immer noch, je nach Wirtschaftssektor, zwischen 6 und 25 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2016b, o.S.). Besonders bei Branchen im Hochlohnsektor ist der Unterschied mit 12 bis 30 Prozent sehr hoch. Interessant ist auch, dass lediglich etwa 16 Prozent der Frauen, welche vollzeitlich erwerbstätig sind, mehr als 8000 Franken pro Monat verdienen. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit in Europa an 21. Stelle, zum Beispiel hinter Bulgarien, Rumänien und Polen (Schweizerischer Gewerkschaftsbund, n.d.). Die Lohnunterschiede können jedoch nur zu etwa zwei Dritteln durch harte Kriterien wie zum Beispiel Ausbildungsstand oder berufliche Stellung erklärt werden.

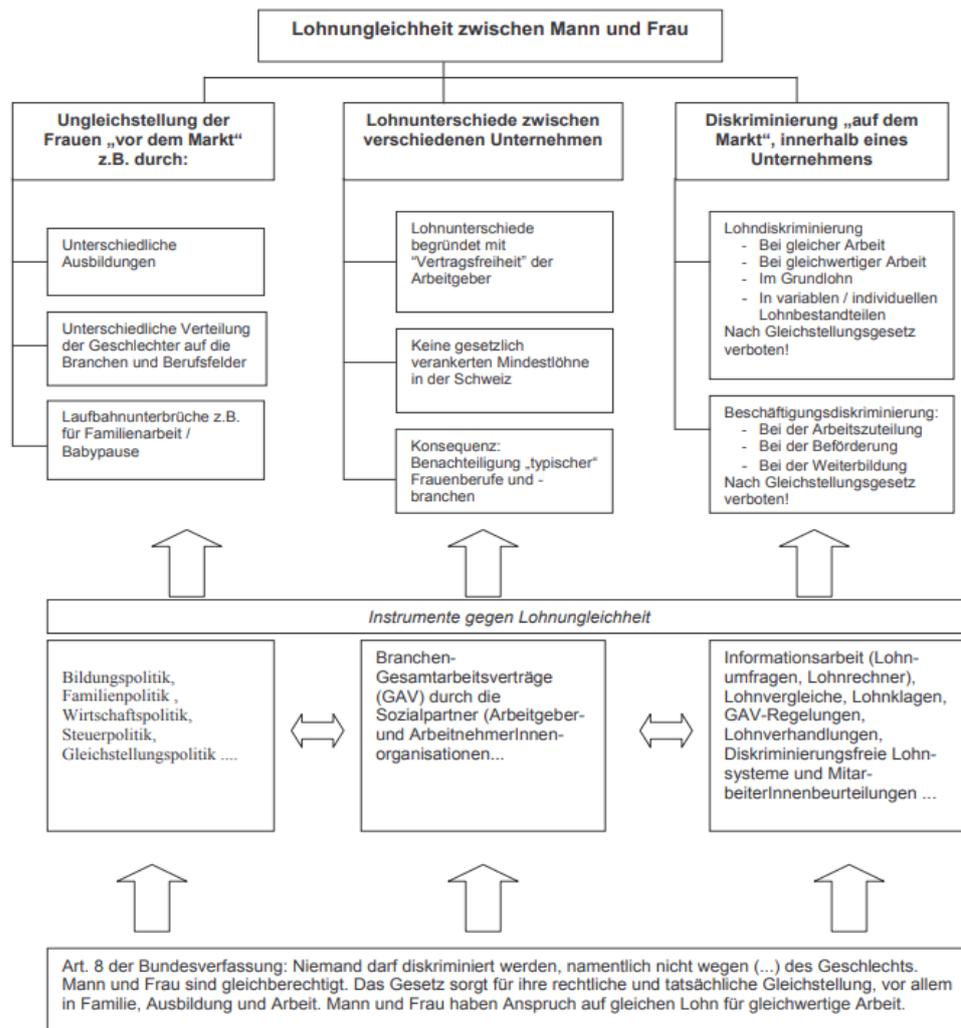


Abbildung 8. Erklärungsansätze der Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern. Nach Schweizerischer Gewerkschaftsbund, n.d.

Die Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern muss also offenbar auch auf impliziten Diskriminierungsprozessen beruhen, welche nicht direkt erklärbar sind (Schweizerischer Gewerkschaftsbund, n.d.). Abbildung 8 zeigt drei Bereiche, in denen Lohnungleichheit entstehen kann: Zum einen kann die Ungleichstellung der Frau, bevor sie auf den Arbeitsmarkt eintritt, das Lohngefälle erklären. Unterschiedliche Ausbildung, Laufbahnunterbrüche oder eine unterschiedliche Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Branchen sind objektiv begründbare Erklärungsansätze. Weiter werden unterschiedliche Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt ersichtlich, welche schliesslich zu einer Benachteiligung typischer Frauenberufe führen können. Als letzter Bereich wird in der Abbildung die Diskriminierung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt aufgezeigt, welche beim Lohn, der Weiterbildung, der Beförderung und bei der Arbeitszuteilung stattfinden kann.

Von Wyl (2016) nennt drei strukturelle Gründe für die Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern:

- Die Segregation nach Geschlecht, einerseits sektoral durch vorwiegend weibliche beziehungsweise männliche Tätigkeitsfelder, andererseits vertikal, indem Frauen weniger Führungspositionen besetzen,
- Erwerbsunterbrüche und Teilzeit-Arbeit aufgrund von Mutterschaft sowie
- die Unterbewertung von frauendominierten Tätigkeiten (S. 23).

Glammeier und Bergenthal (2016) betonen den Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status, insbesondere des oft niedrigeren Prestiges von Frauenberufen, auf die Entstehung von psychischen Störungen (S. 201). Die Entstehung von Angststörungen und Depressionen im Zusammenhang mit dem sozialen Machtgefälle zwischen Männern und Frauen ist besonders gut untersucht. So findet sich zum Beispiel bei Eriksen und Kress (2008) eine recht umfangreiche Zusammenstellung. Sie nennen Lohnungleichheit, ein Mangel an sozialer Unterstützung, Heirat, Scheidung, Stress als Alleinerziehende, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und Armut als mögliche Prädiktoren einer unipolaren Depression. Die Autorinnen fassen diese Faktoren in die Oberbegriffe Entfremdung, Machtlosigkeit und Armut zusammen (S. 156). Gemäss Quindeau (2013) sind psychosoziale Belastung, Geschlechterrollen und Geschlechternormen wichtige frauenspezifische Risikofaktoren (S. 96), Teuber (2011) nennt Diskriminierung, strukturelle Unterdrückung und Gewalt in diesem Zusammenhang (S. 15). Bird und Rieker (1999) sprechen von grundsätzlichen sozialen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, welche sich in einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, unterschiedlichen Bewertungen, Diagnosestellungen und Therapieformen zeigen (S. 749).

Laut Bornschein und Hausteiner-Wiehle (2016) beeinflussen Geschlechterrollen und „damit verbundene Ungleichheiten im Zugang zu Ressourcen, Information und Macht“ (S. 180) die Gesundheit. Die Autorinnen verweisen auf die immer noch weit verbreitete Geringschätzung der Frauen, zum Beispiel das fehlende Recht auf Selbstbestimmung, die finanzielle und soziale Abhängigkeit von Männern und Gewalterfahrungen als Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen (S. 180). Die Autorinnen nennen die Mehrfachbelastung von berufstätigen Frauen, geringeres Ansehen typischer weiblicher Berufe und eine generell fehlende Honorierung von Leistungen, welche von Frauen erbracht werden als negative Stressoren, welche so für Männer nicht gelten (S. 181). Auch Wimmer-Puchinger (2016) postuliert soziale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit, wie zum Beispiel „stärkere Abhängigkeitsverhältnisse, geringerer sozialer Status, geringere soziale Unterstützung, multiple Rollen oder eine höhere Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit für familiäre Belange und Krisen“ (S. 7).

Dagegen ist von Wyl (2016) der Meinung, dass die psychische Vulnerabilität der heutigen Frauen weniger auf Diskriminierung, sondern auf die Individualisierung der Moderne und dem damit verbundenen Konzept der „Multioptionalität der Wohlstandsgesellschaft“ (S. 19) zurückgeführt werden könne.

Frauen und Männer haben zwar grundsätzlich die gleichen Herausforderungen bezüglich der vielen Wahlmöglichkeiten zu bewältigen, wodurch die unterschiedliche Vulnerabilität für (psychische) Erkrankungen nicht zu erklären wäre. Tatsächlich sind aber viele Frauen vor die Wahl zwischen Mutterschaft und Berufstätigkeit gestellt, was alleine bereits eine Belastung sein kann. Oft führt diese Wahl in eine Doppelrolle, welche als Risikofaktor in der Literatur unterschiedlich bewertet wird. Laut Nolen-Hoeksema (1990) birgt ein „role overload“ (S. 98 f.) als berufstätige Mutter ein hohes Depressionsrisiko, allerdings haben Vollzeithausfrauen ein grösseres Krankheitsrisiko als berufstätige Mütter, sofern sie von ihren Männern unterstützt werden (S. 99). Auch Sprock und Yoder (1997) berichten über uneinheitliche Befunde und deuten darauf hin, dass nicht die Doppelrolle an sich ausschlaggebend sei für eine Erkrankung. Erst wenn Belastungen und Stressfaktoren in Familie und Beruf zu gross sind, besteht ein erhöhtes Depressionsrisiko (S. 281).

Nach der Darstellung verschiedener Facetten sozialer und gesellschaftlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, welche die Entstehung und die erhöhten Prävalenzen von depressiven Störungen und Angststörungen bei Frauen erklären können, werden nun zwei spezifische Phänomene diskutiert. In den nächsten beiden Unterkapiteln soll auf Gewalt gegen Frauen und Frauenarmut näher eingegangen werden. Sowohl Gewalt als auch Armut gelten als mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen generell und im Besonderen für depressive Störungen und Angststörungen (zum Beispiel Steinbach, 2001, S. 115; Nolen-Hoeksema, 1990, S. 79; Irons, 2014, S. 101). Als besonders extreme Manifestation des hierarchischen Geschlechterverhältnisses muss zunächst Gewalt gegen Frauen thematisiert werden.

6.3.4 Gewalt gegen Frauen

Gewalt wird in der Literatur ganz unterschiedlich definiert (Lamnek, Luedtke, Ottermann & Vogl, 2013, S. 6), dennoch beschränkt sich diese Arbeit auf einen Gewaltbegriff, wie er von der WHO (2003) bestimmt wurde: „Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (S. 6). In dieser Definition werden also auch Gewalt gegen sich selber und psychische Formen von Gewalt eingeschlossen. Interessant an dieser Begriffsbestimmung ist auch, dass schon eine Androhung von Zwang und Macht als Gewalt bezeichnet wird. Ausserdem werden auch weniger sichtbare Folgen von erlebter Gewalt wie psychische Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation in der Definition erwähnt, was für diese Arbeit im Hinblick auf psychische Störungen besonders relevant ist.

„Gewalt gegen Frauen ist die Manifestation der historisch gewachsenen Machtungleichheit zwischen Männern und Frauen, die zur Dominanz der Männer über Frauen, zur Diskriminierung und Behinderung von Frauen geführt hat. Gewalt ist einer der entscheidenden sozialen Mechanismen, durch den Frauen in einer untergeordneten Position gehalten werden.“ Erdemgil-Brandstätter (2008) zitiert hier wörtlich die Deklaration der Vereinten Nationen (UNO) zur Eliminierung von Gewalt von 1993. Seit diesem Zeitpunkt befasst sich die UNO mit der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, und die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, Massnahmen zur Gewaltprävention oder / und Interventionen gegen Frauengewalt zu erarbeiten.

UNO-Generalsekretär Ban Ki-moon (2007) erklärte Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung: „Gewalt gegen Frauen ist immer ein Verbrechen und niemals akzeptabel. Gewalt gegen Frauen zählt weiterhin zum abscheulichsten, systematischsten und weit verbreiteten Missbrauch der Menschenrechte weltweit. Sie ist eine Gefahr für alle Frauen und behindert unsere Bemühungen für Entwicklung, Frieden und Gleichheit der Geschlechter in allen Gesellschaften“ (o.S.). Ban Ki-Moon spricht sich hier ganz deutlich für eine Verurteilung der Gewalt gegen Frauen aus und benennt auch deren massive Folgen für die Gesundheit und das Geschlechterverhältnis.

In Europa wurden mit der Istanbul-Konvention vom 11. Mai 2011 (Europarat, 2011) Bestimmungen zur Gewaltprävention erlassen. Dieser seit dem 1. August 2014 gültige Massnahmenkatalog soll die Opfer vor Gewalt schützen und die Straflosigkeit der Täter beenden. In den Bereichen Prävention, Betreuung und Hilfe, Rechtsschutz und zivil- sowie strafrechtliche Verfahren wurden länderübergreifende Vereinbarungen getroffen, welche das übergeordnete Ziel verfolgen, Gewalt gegen Frauen zu verhindern. Die Schweiz hat dieses Abkommen zwar mitunterzeichnet, hat es aber brisanterweise erst im Dezember 2017 ratifiziert (Stadt Bern, 2017) und am 1. April 2018 in Kraft gesetzt (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, EBG, 2018b). Es dauerte also in der Schweiz sieben Jahre von der Unterzeichnung bis zur Inkraftsetzung dieses Abkommens.

Nach diesen Ausführungen zu Gewalt allgemein und zu Gewalt gegen Frauen im Spezifischen soll nun die Häusliche Gewalt als spezielle Form erörtert werden. Im Rahmen dieser Arbeit werden ausschliesslich Frauen als Opfer von Häuslicher Gewalt behandelt. Dies wird von Statistiken legitimiert, welche belegen, dass zum Beispiel im Jahre 2016 73% der Opfer weiblich waren und der Anteil von männlichen Tätern 76% betrug (EBG, 2018a, S. 3-4). Weitere interessante Zugänge, wie zum Beispiel Täterarbeit oder Frauen als Täterinnen bleiben im Folgenden unberücksichtigt.

Schwander (2003) versteht unter Häuslicher Gewalt „das Ausüben oder Androhen von physischer, psychischer oder sexueller Gewalt von Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung“ (S. 198). Diese Definition schliesst also auch Gewalt in bereits aufgelösten und eheähnlichen Beziehungen mit ein und es wird zwischen angedrohter und

ausgeübter Gewalt unterschieden. Bovet und Buman (2009) formulierten in ihrer Bachelor-Thesis eine eigene Definition von Häuslicher Gewalt, welche die ökonomische Gewalt mit berücksichtigt und eine mögliche Ursache von Häuslicher Gewalt, nämlich ein ungleiches Machtverhältnis zwischen den Beziehungspartnerinnen und -partnern postuliert: „Gewalt in Ehe und Partnerschaft liegt vor, wenn innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten intimen Partnerschaft, eine Person die seelisch-körperliche Integrität der anderen als Ausdruck des ungleichen Machtverhältnisses durch angedrohte oder ausgeübte psychische, physische, sexuelle oder ökonomische Gewalt schädigt“ (S. 20).

Nyberg und Riecher-Rössler (2013) fassen Studien zusammen, welche das häufige Vorkommen von Häuslicher Gewalt gut dokumentieren. So gaben in einer gross angelegten Studie in Deutschland aus dem Jahre 2004 mit einer Stichprobe von über 10 000 Frauen 37% der Befragten an, mindestens einmal körperliche Gewalt erlebt zu haben. In einer Studie aus Zürich betrug die 12-Monats-Prävalenz für körperliche Gewalt 10%. In einer Untersuchung eines Kriseninterventionszentrums in Zürich betrug die Lebenszeitprävalenz 70% und gut 19% der befragten Frauen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben aufgrund Häuslicher Gewalt in stationärer Behandlung gewesen zu sein (S. 84).

Gemäss Nyberg und Riecher-Rössler (2013) kann Häusliche Gewalt jede Frau treffen, „unabhängig von Alter, Bildungsstand, Einkommen, Religion und ethnischer Zugehörigkeit“ (S. 85). Dennoch zeigte sich, dass Frauen mit folgenden spezifischen Lebensumständen häufiger Häusliche Gewalt erlebt haben, nämlich:

- wenn sie geschieden, getrennt oder verwitwet sind,
- wenn das Kind über vier Jahre alt ist,
- während einer Trennung oder Scheidung,
- wenn sie bereits in der Kindheit Gewalt erlebt haben,
- bei Alkohol- und Drogenmissbrauch
- und bei niedrigem sozioökonomischem Status (S. 85).

Neben diesen individuellen Faktoren müssen aber ebenso gesellschaftliche Bedingungen als mögliche Ursachen für die Entstehung von Häuslicher Gewalt berücksichtigt werden. Gewalt im Geschlechterverhältnis meint die Durchsetzung von Bedürfnissen und Ansprüchen infolge von Dominanz- und Machtungleichheiten. Verschiedene Autoren und Autorinnen nennen das Ungleichgewicht in der Machtverteilung der Geschlechter und eine starre Rollenteilung in der Beziehung als gewaltbegünstigende Faktoren (zum Beispiel Büchele, 2010, S. 75 ff.; Lamnek et al., 2013, S. 23 f.; Ehlert, 2012, S. 83).

Nyberg und Riecher-Rössler (2013) betrachten Häusliche Gewalt als bedeutenden psychosozialen Risikofaktor für psychische Störungen bei Frauen (S. 84) und differenzieren zwischen „...kurz-, mittel- oder langfristigen Auswirkungen“ auf die „...Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die

Gesundheitschancen von Frauen“ (S. 86). Die Autorinnen nennen als direkte körperliche Folgen zum Beispiel Stich- und Hiebverletzungen, Verletzungen am Kopf, Frakturen sowie langfristige funktionelle Beeinträchtigungen. Zu den psychosomatischen Auswirkungen gehören chronische Schmerzsyndrome, Unterleibsbeschwerden und Essstörungen. Als psychische Folgen werden zum Beispiel chronische Anspannung und Verunsicherung, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl, Depression, Angststörungen und Suizidalität genannt (S. 86). Eine Folge von Häuslicher Gewalt kann auch übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum im Sinne einer Copingstrategie sein (S. 87).

Da es für die betroffenen Frauen aufgrund der oft starken (ökonomischen) Abhängigkeit sehr schwierig ist, aus den gewaltvollen Beziehungen auszusteigen, sind sie meistens jahrelanger massiver Gewalt ausgesetzt und erleben damit über eine lange Zeit hinweg Gefühle von absoluter Hilf-, Macht- und Wertlosigkeit. Besonders im Zusammenhang mit Seligmans Konzept der Erlernten Hilflosigkeit und der damit verbundenen depressiven Störungen ist es nicht erstaunlich, dass Häusliche Gewalt als ein wichtiger Prädiktor für die Entwicklung einer depressiven Störung und von Angststörungen genannt wird (Nyberg & Riecher Rössler, 2013, S. 91).

Nicht nur das Abhängigkeitsverhältnis sondern auch die dynamischen Prozesse bei der Häuslichen Gewalt verunmöglichen oder erschweren es für die betroffenen Frauen, die durch Gewalt geprägten Beziehungen aufzulösen. Um diese Prozesse zu illustrieren, wird in Abbildung 9 der Gewaltkreislauf dargestellt.



Abbildung 9. Der Gewaltkreislauf. Nach Gewaltberatung Bremen, n.d., o.S.

Wie in Abbildung 9 ersichtlich wird, entschuldigt sich der Täter typischerweise nach der Gewalttat beim Opfer und verspricht, dass eine solche Tat nie wieder vorkommen werde. Diese Phase wird auch als Honeymoon bezeichnet (EBG, 2012, S. 3), wo Hoffnung auf Besserung der Situation im Zentrum steht. Im weiteren Verlauf rechtfertigt sich der Täter und gibt nach und nach immer mehr Verantwortung an das Opfer ab, indem er ihm die Schuld zuschreibt. Das Opfer fühlt sich dadurch immer hilfloser und hat auch Angst vor dem nächsten Gewaltausbruch. Indem das Opfer die Verantwortung übernimmt, wird der Weg frei für weitere Gewalttaten.

Gemäss des EBG (2012) sind Hilfsangebote und Interventionen besonders wirkungsvoll in der Phase des Spannungsaufbaus und der akuten Gewaltsituation (vgl. in Abbildung 9 die Phase der „Entscheidung zur Gewalt“ und „Gewaltverhalten“). In diesen Phasen des Prozesses seien die Opfer besonders offen für Hilfestellungen von aussen (S. 9). Um gezielt gegen Häusliche Gewalt vorzugehen und die betroffenen Personen zu unterstützen, müssen Fachpersonen gemäss des EBG (2012) über ein spezifisches Wissen bezüglich der Dynamik der Gewalt, das heisst über die einzelnen Phasen des Gewaltkreislaufes verfügen.

Nach diesen Ausführungen zu Gewalt im Allgemeinen und zu Häuslicher Gewalt im Speziellen folgen im nächsten Abschnitt Überlegungen zu Armut als einem weiteren geschlechtsspezifischen Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen und Angststörungen.

6.3.5 Frauenarmut

Das Phänomen der Armut wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Gemäss des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV (2016) werden Lebensbedingungen, -chancen und sozialer Status durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen bestimmt. Die finanzielle Situation von Einzelpersonen oder von Haushalten spiele demnach bei der Erfassung von Armut eine wichtige Rolle. Weiter bestehe bei Armut eine „Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen“ und betroffene Personen könnten „den minimalen Lebensstandard, der in ihrem Land als annehmbar empfunden wird“ nicht erreichen. Darüber hinaus habe Armut aber auch Folgen auf Ausbildungsperspektiven, Sicherheit oder Gesundheit und bedeute oft auch soziale Isolation und den Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben (S. 1).

Im Jahr 2015 betrug die absolute Armutsgrenze in der Schweiz 2239 Franken für eine Einzelperson. Dies entspricht gemäss des Bundesamtes für Statistik BFS dem sozialen Existenzminimum, das heisst, dass Armutsbetroffene nicht über die finanziellen Mittel verfügen, „die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben“ (Bundesamt für Statistik, BFS, n.d.). Laut des BFS waren 2015 7% der Schweizer Bevölkerung von Armut betroffen. Neueste Zahlen

des BFS (2018a) belegen eine steigende Tendenz: 2016 waren bereits 7.5% der Bevölkerung in der Schweiz arm.

Für den internationalen Vergleich eignet sich die Armutsgefährdungsquote, welche auf einer relativen Armutsgrenze basiert, das heisst, dass diejenigen Menschen armutsgefährdet sind, deren Einkommen deutlich unter dem landesüblichen Einkommensniveau liegt. Wer weniger als 60% des Medians² des Äquivalenzeinkommens³ verdient, ist gemäss den Festlegungen der Europäischen Union armutsgefährdet (BFS, 2016a). Diese relative Armutsgrenze betrug 2016 in der Schweiz 2483 Franken für einen Einpersonenhaushalt. Somit waren fast 15% der Schweizer Bevölkerung armutsgefährdet.

Ein weiteres Armutskonzept ist die Quote der materiellen Entbehrung: Wer in mindestens drei von neun gesamteuropäisch festgelegten Kategorien einen Mangel erlebt, befindet sich in einer schlechten materiellen Versorgungslage (BFS, 2016a, S. 1). Zu diesen Kategorien gehören zum Beispiel die Möglichkeit, die Wohnung ausreichend zu heizen, eine Woche pro Jahr in die Ferien zu fahren oder der Besitz eines Autos.

Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und Depression ist gut belegt, es existieren allerdings zwei Theorien zu seiner Erklärung (Irons, 2014):

- Die „social causation hypothesis“ besagt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status und Armut Depressionen verursachen.
- Die „social selection hypothesis“, auch „social drift hypothesis“, drückt aus, dass Depression zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status führt, weil die Symptomatik eine bezahlte Arbeit oft verhindert oder erschwert (S. 99).

Laut Irons (2014) ist nicht geklärt, welche der beiden Hypothesen die Zusammenhänge besser erklärt, vermutlich bestehe eine Wechselwirkung. Irons hält aufgrund bisheriger Studien die „social causation hypothesis“ für wahrscheinlicher (S. 99). Baer (2014) sieht ebenfalls eine Wechselwirkung zwischen Armut und psychischer Erkrankung, geht aber eher davon aus, dass psychisch Kranke weniger Chancen auf eine gute Bildung und ein kontinuierliches Erwerbseinkommen haben (S. 22). Diese Argumentation entspricht der „social selection hypothesis“.

Diese Hypothesen und Zusammenhänge gelten für beide Geschlechter, Frauen (7.6%) sind aber laut Bundesamt für Statistik (BFS, 2016a) signifikant häufiger von Armut betroffen als Männer (5.7%). Dieser Unterschied ist unter anderem auch dadurch erklärbar, dass mehr Frauen (14.1%) als Männer in

² Der Median des Einkommens gibt den Messwert an, an dem die Hälfte der Personen mehr verdient und die Hälfte weniger.

³ Das Äquivalenzeinkommen berücksichtigt die Grösse und Zusammensetzung des Haushaltes durch unterschiedliche Gewichtung und erfasst dadurch Einsparungsmöglichkeiten von grösseren gegenüber kleineren Haushalten (BFS, 2016, S. 2).

Einelternfamilien leben, was besonders häufig mit Armut einher geht (S. 3). Weiter kann die häufigere Armut von Frauen mit der systematischen Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern begründet werden (Wieder, 2008, S. 108). Durch häufige Teilzeitarbeit und schlechter bezahlte Erwerbstätigkeiten haben Frauen ein grösseres Risiko als Männer, in eine Armutsspirale zu geraten (S. 120). Auch Bird und Rieker (1999) erwähnen das geringere Einkommen von Frauen und ihre höhere Wahrscheinlichkeit, alleinerziehend zu sein. Darüber hinaus verweisen sie darauf, dass Frauen sich auch häufiger als Männer um die ältere Generation kümmern und deshalb ihre Erwerbstätigkeit reduzieren (S. 749). Sellach (2000) nennt als geschlechtsspezifische Armutsrisiken „... die Strukturen der geschlechtlichen Arbeitsteilung und die Diskriminierung von Frauen auf dem Erwerbsmarkt und in den Sozialen Sicherungssystemen“ (S. 3). Die Autorin kritisiert jedoch, dass in vielen Studien zu Armut die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und die „strukturell begründete höhere Sozialhilfeabhängigkeit von Frauen vernachlässigt“ werde. Auch werde bei der Datenerhebung und Auswertung die Kategorie Geschlecht neben andere Variablen gestellt, statt ihre Interaktion zu untersuchen (S. 3). Studien, die diese berücksichtigen, können zum Beispiel aufzeigen, dass Frauen in gleichen belastenden Lebenslagen wie Männer noch stärker benachteiligt sind als diese. Auch zeigt sich, dass Häusliche Gewalt für Frauen ein besonderes Armutsrisiko darstellt (S. 2).

Frauenarmut steht also in einem engen Zusammenhang mit den weiter oben geschilderten sozialen und gesellschaftlichen Benachteiligungen sowie mit erlebter Gewalt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Frauen stärker von Armut betroffen sind als Männer, und dass Armut im Zusammenhang steht mit psychischen Erkrankungen, wobei die kausale Richtung des Einflusses nicht geklärt ist und weiter erforscht werden muss.

Nach diesen Ausführungen über gesellschaftlich und sozial bedingte Risikofaktoren soll nun der Frage nachgegangen werden, ob Frauen auch auf der individuellen, also der psychologischen Ebene über Wahrnehmungs-, Interaktions- und Verarbeitungsmuster verfügen, welche für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen mitverantwortlich sein können.

6.3.6 Psychologische Faktoren

Die Psychologie befasst sich seit ihren Anfängen mit der Entstehung psychischer Erkrankungen. Die Psychoanalyse mit Sigmund Freud als ihrem Begründer und berühmtesten Vertreter liefert bis heute gültige Ansätze dafür, wie psychische Störungen aus psychodynamischer Sicht entstehen können (Irons, 2014). Psychoanalytische Zugänge gehen davon aus, dass menschliches Verhalten stark durch unbewusste Prozesse der frühen Kindheit beeinflusst ist (S. 63). Freud war der Überzeugung, dass die Erfahrung von Zorn, Wut und Hass Angst erzeugen kann, wenn solche Gefühle dauerhaft abgelehnt und unterdrückt werden. Die unterdrückten Gefühle werden im Laufe der Zeit gegen sich selbst

gerichtet, was sich in depressiven Zuständen äussern kann (S. 64). Schon Freud postulierte geschlechtsspezifische Unterschiede für die Entstehung psychischer Störungen (Nolen-Hoeksema, 1990), allerdings berücksichtigte er die mächtige Wirkung des gesellschaftlichen Umfelds nicht. Aus heutiger Sicht ist zu kritisieren, dass Freud den Mann als Prototypen des Menschen deklarierte und dies nicht hinterfragte (S. 112). Chodorow (1978/1994) warf Freud Frauenhass und unbegründete Behauptungen vor (S. 185). Sie wies darauf hin, dass die „asymmetrische Organisation der Elternschaft“ (S. 224), also die alleinige Verantwortung der Frauen für die Erziehung der Kinder, in unserer Gesellschaft zu unterschiedlichen weiblichen und männlichen Identifikationsprozessen führe (S. 225). Mädchen identifizieren sich mit ihren Müttern, Jungen müssen sich abgrenzen, um ihre Identität zu finden. Problematisch ist hier unter anderem die Identifikation der Mädchen mit einer Frauenrolle der früheren Generation, die für ihr Leben vielleicht gar nicht mehr adäquat ist (S. 226).

Wünsche, Gedanken, Motivationen, Antrieb, Gefühle und Verhalten sind Konstrukte, welche die Entstehung und den Verlauf von depressiven Störungen aus psychologischer Sicht erklären können (Irons, 2014, S. 62). Tatsächlich finden sich in der Literatur Zusammenhänge zwischen der höheren Vulnerabilität von Frauen für eine Depression und Unterschieden im emotionalen Ausdruck zwischen den beiden Geschlechtern. Wimmer-Puchinger (2016) etwa beschreibt, dass Frauen sich besser an Gefühle erinnern können, andererseits aber auch mehr negativ konnotierte Gefühle wie zum Beispiel Angst, Trauer und Niedergeschlagenheit empfinden (S. 8). Weiter beschreibt Wimmer-Puchinger (2016), dass Frauen sowohl positive als auch negative Emotionen eher verbal ausdrücken als Männer. Frauen scheinen demnach über einen grösseren Wortschatz bezüglich Gefühlen zu verfügen (S. 9). Hier stellt sich die Frage, ob Männer solche Gefühle zwar ebenso empfinden, sie aber aufgrund der männlichen Geschlechterstereotypen weniger ausdrücken als Frauen. Eine Wechselwirkung zwischen sozialen und psychologischen Faktoren wird hier deutlich.

Nolen-Hoeksema (1990) postuliert in ihrer „response styles theory of depression“, deutsch auch „Bewältigungshypothese“, verschiedene Copingmechanismen bei belastenden Ereignissen für die beiden Geschlechter. Frauen tendieren eher dazu, in schwierigen Lebenssituationen zu verharren, sich selbst zu beschuldigen, zu grübeln und niedergeschlagen zu sein (S. 169). Ernst (2001) kritisiert jedoch, dass diese Geschlechtsunterschiede empirisch schlecht abgestützt seien (S. 57).

Im Zusammenhang mit Depressionen soll im Folgenden auf das Konzept des Selbstwertes näher eingegangen werden, da ein niedriger Selbstwert ein Symptom der Depression sein kann. Schütz (2018) definiert Selbstwert als „Bewertung des Bildes von sich selbst“ und damit als „eine grundlegende Einstellung gegenüber der eigenen Person“ (o.S.). Hier fällt auf, dass der Begriff wertneutral bestimmt wird. Im Gegensatz dazu geht Wimmer-Puchinger (2016) von einem bereits positiv konnotierten Begriff aus, also von Selbstwert als einem positiven Verhältnis zur eigenen Person und dem Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten (S. 5). Die Autorin beschreibt den Zusammenhang

zwischen dem Selbstwert und den Gefühlen und Einstellungen dem eigenen Körper gegenüber: Bereits sechsjährige Mädchen seien mit ihrem Körper unzufrieden und hätten Bedenken bezüglich ihres Gewichtes, was massive negative Auswirkungen auf deren Selbstwert haben könne. Gemäss Wimmer-Puchinger (2016) werde der Wert einer Frau also am Aussehen gemessen und das Schönheitsideal sei vor allem von männlichen Vorstellungen von Schönheit geprägt (S. 16).

Als Basis psychologischer Erklärungsansätze für die Entstehung einer Depression gilt nach wie vor Seligmans berühmte Theorie der „Erlernenen Hilflosigkeit“ (Irons, 2014). Wer wiederholt einen Stressor oder eine widrige Situation nicht kontrollieren kann, trotz hohem energetischen Aufwand, resigniert immer mehr, und das Risiko an einer Depression zu erkranken steigt (S. 107). Eng mit dieser Theorie verbunden ist der sogenannte „Depressive Attributionsstil“ (Irons, 2014). Menschen mit diesem Attributionsstil erklären sich negative Lebensereignisse intern, global und stabil. Intern meint, sie geben sich alleine die Schuld, global heisst, ihrer Meinung nach ist es in allen Situationen so und stabil bedeutet, die Menschen glauben, dass keine Änderungen möglich sind (S. 108). Bereits der Begriff „Erlernete Hilflosigkeit“ deutet darauf hin, dass unterschiedliche individuelle Wahrnehmungs-, Interaktions- und Verarbeitungsstile immer durch das soziale und gesellschaftliche Umfeld geprägt und in diesem entstanden sind. Also liegt den gefundenen Geschlechterunterschieden einerseits die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen zugrunde, andererseits sind sie geprägt durch geschlechtsspezifische kritische Lebensereignisse.

Kritische Lebensereignisse werden als direkte Risikofaktoren für Angststörungen oder Depressionen beschrieben. So werden zum Beispiel „unkontrollierbare, unerwünschte Ereignisse“ im Vorfeld von Agoraphobien oder Panikstörungen beobachtet (Schiepek, Kronberger & Aichhorn, 2013, S. 106-107). Irons (2014) nennt den Verlust einer nahen Bezugsperson durch Scheidung, Trennung oder Tod, allgemein „loss“, als einen möglichen Prädiktor für eine Depression (S. 85). Darüber hinaus nennen Cattapan-Ludewig und Seifritz (2010) auch andauernde Konfliktsituationen und Veränderungen der Lebensumstände, das heisst zum Beispiel Umzug, Entlassung oder Pensionierung, als Risikofaktoren für Depressionen (S. 567). Dies gilt für Männer wie für Frauen, allerdings hat der Verlust des Partners für Frauen zusätzlich oft schwerwiegende ökonomische Folgen, vor allem wenn sie für Kinder verantwortlich sind.

Darüber hinaus vermag die Psychologie auch zu erklären, wie empirische Befunde durch mögliche falsche Messmethoden oder aufgrund von Fehlinterpretationen verfälscht werden können. So soll im nächsten Abschnitt auf Messfehler, welche die epidemiologischen Resultate beeinflussen können, näher eingegangen werden.

6.3.7 Messfehler

Bolte (2016) weist auf einen Gender Bias in der Epidemiologie verschiedener Krankheiten hin. Laut der Autorin ist mit dem Begriff Gender Bias das „Auftreten systematischer Fehler durch unzureichende Berücksichtigung von Geschlecht in der epidemiologischen Gesundheitsforschung“ gemeint (S. 110). Einerseits werde die Kategorie Geschlecht ignoriert, das heisst, bei Krankheitsrisiken, Diagnose und Behandlung werde fälschlicherweise eine Gleichheit bei beiden Geschlechtern angenommen. Andererseits kann ein Gender Bias darin bestehen, dass Geschlechterunterschiede dort propagiert werden, wo eigentlich gar keine bestehen. Die Autorin fordert eine geschlechtersensible Herangehensweise in allen Phasen des Forschungsprozesses, ausgehend vom Studiendesign und der Hypothesenformulierung bis hin zur Interpretation der Ergebnisse (S. 110). „Geschlechtersensibel“ meint hier eine adäquate Berücksichtigung von Sex und Gender sowie ihrer Interaktion in der epidemiologischen Forschung.

Bornschein und Hausteiner-Wiehle (2016) beschreiben, dass die Prävalenzunterschiede von Erkrankungen zwischen den Geschlechtern „artifizuell“ (S. 185) bedingt seien, da Frauen eher über Symptome berichten und schneller Hilfe aufsuchen. Auch Riecher-Rössler und Rohde (2001) sind der Meinung, dass solche Prävalenzunterschiede durch eine unterschiedliche Inanspruchnahme der Geschlechter von Hilfsangeboten erklärt werden können (S. VII-VIII). Dies führt zu einer möglichen Überrepräsentation von Frauen in epidemiologischen Daten.

Bornschein und Hausteiner-Wiehle (2016) führen weiter aus, dass bei der Diagnosevergabe und der Interpretation von Daten geschlechtsspezifische Verzerrungen vermutet werden müssen: So wird bei identischen Symptomen bei Frauen schneller eine Depression diagnostiziert als bei Männern (S. 185). Ausserdem schätzen männliche und weibliche Fachpersonen ihre Patientinnen durchgängig als kränker beziehungsweise als weniger gesund ein als ihre männlichen Patienten (S. 187). Ernst (2001) fasst diesen Erklärungsansatz unter dem Begriff „Artefakthypothese“ (S. 56) zusammen. Gansefort und Jahn (2014) sprechen von einem „doppelten Bewertungsmaassstab“, indem gleiche Symptome bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich bewertet werden (S. 55). Auch Caplan (1992) verweist auf die unterschiedlichen Diagnosen bei Männern und bei Frauen als Folge der Geschlechterstereotypen (S. 278).

Riecher-Rössler (2008) kritisiert darüber hinaus die oft nicht geschlechtsneutralen Erhebungs- und Diagnoseinstrumente (S. 560). Der mögliche Einfluss gängiger Geschlechterstereotypen auf epidemiologische Befunde darf keinesfalls unberücksichtigt bleiben und muss in die Interpretation von Untersuchungen zur geschlechtsspezifischen Epidemiologie von (psychischen) Erkrankungen einfließen.

Mit der Darstellung eines möglichen Messfehlers in der Diagnose psychischer Erkrankungen stellt sich die Frage, ob die Prävalenzunterschiede für beide Geschlechter demnach weiter diskutiert werden

sollen oder ob sie zu vernachlässigen sind. Dies lässt sich aus der Literatur nicht grundsätzlich beantworten, aber es ist sicher davon auszugehen, dass die Prävalenzen sich weniger unterscheiden würden, wenn die dargestellten Messfehler eliminiert werden könnten. Allerdings wurde in den vorangehenden Kapiteln aufgezeigt, dass unabhängig eines solchen Gender Bias soziale und gesellschaftliche Mechanismen dazu führen, dass Frauen ökonomisch schlechter gestellt sind und gegenüber Männern unter vielfältigen realen Benachteiligungen zu leiden haben. Es scheint kaum zu widerlegen zu sein, dass sich diese Benachteiligungen negativ auf die psychische Gesundheit von Frauen auswirken.

Nach der Erörterung der vielfältigen frauenspezifischen Risikofaktoren für psychische Störungen inklusive der Diskussion von möglichen Erhebungsfehlern kann eine tabellarische Übersicht hilfreich sein. In Tabelle 4 wird die Bedeutung der sozial und gesellschaftlich begründeten strukturellen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern für die psychische Gesundheit und Krankheit von Frauen deutlich. Besonders hervorzuheben sind die Geschlechterstereotypen: Präskriptive und deskriptive Annahmen darüber, wie Männer und Frauen sind, sich fühlen und sich verhalten, ermöglichen und perpetuieren die strukturelle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern mit ihren konkreten Auswirkungen.

Tabelle 4

Übersicht über Erklärungsansätze für eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen

Erklärungsansatz	Zentrale Aussagen	Einflüsse auf unterschiedliche Prävalenzen
Biologische Erklärungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> - Komplexe hormonelle Prozesse und deren Interaktion erklären Unterschiede. - Hirnforschungen zeigen unterschiedliche Anfälligkeiten der beiden Geschlechter für Stress. - Bei Frauen sind eher Hirnareale aktiv, welche für negative Gefühle, Stress und Gefahren verantwortlich sind. - Zwillingsstudien belegen einen genetischen Zusammenhang. 	<ul style="list-style-type: none"> - In sensiblen Lebensphasen (z. B. bei Schwangerschaft, Menstruation oder Menopause) sind Frauen besonders anfällig für Depressionen und Angststörungen.
Geschlechterstereotypen (GS)	<ul style="list-style-type: none"> - GS sind prägend für normative und deskriptive Annahmen bzgl. beiden Geschlechtern. - GS sind Annahmen zu physischen Merkmalen, Persönlichkeitseigenschaften, Präferenzen und Interessen, Berufen und sozialen Rollen. 	<ul style="list-style-type: none"> - GS beeinflussen die Diagnose und Therapie von psychischen Störungen: Frauen wird zu schnell eine Depression diagnostiziert. Männer begeben sich zu spät in ärztliche Behandlung. - „Männliche“ Attribute werden grundsätzlich als gesünder eingestuft als „weibliche“.
Soziale und gesellschaftliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Faktoren bewirken eine strukturelle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. - Frauen haben einen geringeren sozialen Status, grössere Abhängigkeit, multiple Rollen und sind (Lohn-) Diskriminierungen unterworfen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faktoren führen zu einem höheren Krankheitsrisiko der Frauen. - Faktoren bewirken eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, unterschiedliche Bewertungen, Diagnosestellungen und Therapieformen.
Gewalt gegen Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Gewalt ist das Resultat der historisch gewachsenen Machtungleichheit zwischen Frauen und Männern. - Ein dynamischer Prozess und (ökonomische) Abhängigkeit verhindern einen Ausstieg aus der gewaltvollen Beziehung (Gewaltkreislauf). 	<ul style="list-style-type: none"> - Gewalt hat zahlreiche sichtbare, aber auch unsichtbare Folgen für die betroffenen Frauen. - Frauen sind oft jahrelanger (Häuslicher) Gewalt ausgesetzt und erleben dadurch grosse Hilf- und Machtlosigkeit.
Frauenarmut	<ul style="list-style-type: none"> - Es sind deutlich mehr Frauen von Armut betroffen als Männer. - Armut ist ein Resultat der geschlechtlichen Arbeitsteilung und der Diskriminierung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Armut steht in einem wechselseitigen Zusammenhang mit psychischer Störung, die Richtung des Zusammenhangs und die Interaktion beider Faktoren werden kontrovers diskutiert.
Psychologische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Wurzeln liegen in der Psychoanalyse. - Bei beiden Geschlechtern finden sich unterschiedliche Formen des emotionalen Ausdrucks und unterschiedliche Coping-Mechanismen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterdrückte Gefühle von Wut und Hass begünstigen Depressionen. - Erlernte Hilflosigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit Depressionen. - Kritische Lebensereignisse haben für Frauen andere Folgen als für Männer.
Messfehler	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kategorie Geschlecht wird nicht oder falsch berücksichtigt. - Es gilt ein doppelter Bewertungsmassstab. - Diagnose- und Erhebungsinstrumente sind häufig nicht geschlechtsneutral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Messfehler führen zu falschen epidemiologischen Resultaten. - Gleiche Symptome bei den Geschlechtern werden unterschiedlich beurteilt.

Nach der Diskussion der frauenspezifischen Risikofaktoren für die Entstehung von psychischen Störungen allgemein und für Depressionen und Angststörungen im Speziellen ist davon auszugehen, dass betroffene Frauen Bedürfnisse haben, welche im praktischen Feld der Sozialhilfe einen geeigneten Beratungsansatz erforderlich machen. Deshalb wird die frauenspezifische Beratung im nächsten Abschnitt ins Zentrum gerückt.

6.4 Frauenspezifische Beratung

Die historischen Wurzeln der feministischen Beratung sind gemäss Grossmass (2010) in der zweiten Frauenbewegung der 1970er Jahre zu verorten. Die feministische Kritik der patriarchalen Gesellschaftsstruktur, das Infragestellen der gängigen Geschlechterstereotypen und deren Einbezug in Beratungssituationen bilden das Fundament dieses Beratungsansatzes. Parallel dazu entwickelte sich auch die feministische Psychotherapie, welche vor allem das phallozentristische Welt- und Menschenbild der Psychoanalyse kritisierte (S. 63 ff.).

Besonders im Zusammenhang mit der Beratung von Frauen, welche Häusliche Gewalt erlebt haben, ist der feministische Ansatz gut dokumentiert. Büchele (2010) postuliert verschiedene Voraussetzungen für eine frauenspezifische Beratung beim Vorliegen von Häuslicher Gewalt: Sie fordert besonderes Fachwissen im Hinblick auf den Gewaltkreislauf und die Gewaltdynamik in Paaren oder Familien. Ausserdem sei den betroffenen Frauen vorbehaltlos Glauben zu schenken und ihre Gefühle sollen respektiert werden, auch wenn diese bezüglich der Beziehung zum Täter von grosser Ambivalenz geprägt seien. Als dritte Forderung nennt Büchele die Notwendigkeit, dass Beratende ihre eigenen Geschlechterstereotypen und -bilder reflektieren und hinterfragen müssten (S. 83). Schigl (2012) präzisiert diese Grundhaltung und nennt darüber hinaus unter anderem die Notwendigkeit einer gendersensiblen Sprache und des direkten Ansprechens des Machtgefälles in der Beratungsbeziehung. Ausserdem orientiere sich der Beratungsprozess an weiblichen Entwicklungsaufgaben und an den Herausforderungen des weiblichen Lebenszusammenhanges. Schliesslich fordert Schigl nicht nur eine individualisierende Sicht auf eine psychische Störung, sondern das Verständnis dafür, dass psychische Störungen bei Frauen aufgrund gesellschaftlicher Machtungleichheit und realer Benachteiligungen entstehen können. Im Hinblick auf psychische Störungen besonders relevant ist schliesslich die Forderung, dass Symptome als momentan bestmögliche Art zu interpretieren seien, mit „krankmachenden mikro- und meso-gesellschaftlichen Strukturen fertig zu werden“ (S. 86 f.).

Scheffler (2013) grenzt die feministisch orientierte Beratung von anderen Beratungsansätzen ab, indem sie deren „Nähe zur Theorie der Geschlechterverhältnisse“ (S. 387) hervorhebt. Weiter beschreibt sie wichtige Merkmale von frauenspezifischer Beratung: Es sei vor allem die kritische Haltung

anderen, scheinbar geschlechtslosen Beratungsmethoden gegenüber, welche die feministische Beratung auszeichne. Die Auswirkungen des Geschlechts und insbesondere der Geschlechterstereotypen gehören ins Bewusstsein der professionell beratenden Person. Scheffler (2013) ist weiter der Auffassung, dass für eine adäquate Beratung geschützte Räume notwendig seien und dass Symptome nicht per se als pathologisch zu betrachten seien. Es seien „normale Reaktionen auf anormale Situationen“ (S. 387). Dies ermögliche „die Gestaltbarkeit von Selbstverständnis und Lebenschancen“ (S. 387) für die Klientel. Als besonderes Merkmal der frauenspezifischen Beratung bezeichnet Scheffler (2013) ihre soziale und politische Verortung. Eine Arbeit in diesem Bereich muss einerseits politisches Sprachrohr für die Vertretung der Frauenrechte in der Öffentlichkeit sein und andererseits ist sie ein individuelles Unterstützungsangebot (S. 387). Auch Dietz (2000) fordert, dass Sozialarbeitende die eigene Haltung zu Macht und Unterdrückung kritisch analysieren und gleichzeitig politisch aktiv sind (S. 385).

Allgemein gelten gemäss Scheffler (2013, S. 388) folgende Prinzipien für die frauenspezifische Beratung:

- Parteilichkeit, im Sinne eines anwaltschaftlichen Eintretens auf die Bedürfnisse von Frauen und eines vorbehaltlosen Vertrauens.
- Ergebnisoffenheit, das heisst, die individuelle Situation der betroffenen Frau zu berücksichtigen, ohne bestimmte, bereits im Voraus gesetzte Ziele.
- Freiwilligkeit
- Offenheit
- Abgrenzung von administrativen Massnahmen
- geschützter Rahmen

Die formulierten Beratungsprinzipien scheinen in einem Widerspruch zu sein mit den verwaltungs- und zielorientierten Abläufen, wie sie auf der Sozialhilfe zu finden sind. Es stellt sich also die Frage, ob es auch in der Arbeit auf einem Sozialdienst möglich ist, Ansätze dieser Beratungsprinzipien umzusetzen und anzuwenden.

Die feministische Beratung nutzt den Ansatz des Empowerments. Das Konzept entstand in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung und in der Gemeinwesenarbeit (socialnet, 2017). „Ziel der Empowerment-Praxis ist es, die vorhandenen (wenn auch vielfach verschütteten) Fähigkeiten der Menschen zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können.“ Empowerment wird als eine Form der professionellen Unterstützung bezeichnet, welche Ressourcen bereitstellt, um die Autonomie von Menschen zu stärken. Es geht letztlich also darum, benachteiligte oder gesellschaftlich ausgegrenzte Menschen zu ermutigen, „ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen“ und ihnen ihre Fähigkeiten bewusst zu machen

(S. 1). Empowerment ist eng verknüpft mit einem Engagement für soziale Gerechtigkeit und gegen Strukturen sozialer Ungleichheit (S. 2). In Bezug auf Depression und Angststörungen bei Frauen ist Empowerment besonders sinnvoll, da es darum geht „der betroffenen Person Auswege aus erlernter Hilflosigkeit zu erschliessen“ (S. 4).

Bisher wurden das Feld der Sozialhilfe, das Thema psychische Gesundheit und Krankheit allgemein, die Diagnosen Unipolare Depression und Angststörungen sowie psychische Krankheit bei Frauen aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert. Daran anschliessend und mit Bezug auf alle diese thematischen Stränge wird im Folgenden das Phänomen der Stigmatisierung dargestellt.

7 Stigmatisierung

Stigmatisierung wird von Martino et al. (2012) definiert als: „Ein körperliches, psychisches, soziales oder verhaltensbezogenes Merkmal einer Person, das ihr von anderen zugeschrieben wird und das die Person in Folge von anderen unterscheidet, herabsetzt oder ausgrenzt sowie der Person weitere (Verhaltens-) Regeln zuschreibt“ (S. 3). Diese Definition beschreibt mögliche Bereiche, in denen Stigmatisierung stattfinden kann. Ausserdem zeigt sie die negativen Folgen, die sich aufgrund der Stigmatisierung für die betroffenen Personen ergeben können und thematisiert auch die normativen Verhaltenszuschreibungen als Merkmal der Stigmatisierung.

Ähnlich versteht Hillmann (2007) unter einem Stigma „ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe oder der Gesellschaft unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung droht“ (S. 864). Interessanterweise fehlt bei dieser begrifflichen Bestimmung der Verhaltensaspekt, der insbesondere bei der Stigmatisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen eine zentrale Rolle spielt.

Mit dem Begriff der Stigmatisierung eng verbunden und in der Literatur oft gleichgesetzt ist die Diskriminierung: Diskriminierung bedeutet gemäss der WHO und der World Psychiatric Association WPA (2002) „jegliche Unterscheidung, Ausgrenzung oder Bevorzugung, die den Verlust oder die Beeinträchtigung gleicher Rechte zur Folge hat“ (S. 7). Gemäss Hillmann (2007) ist Diskriminierung die „Ungleichbehandlung, im soziologischen Sinne ungleiche, herabsetzende Behandlung anderer Menschen nach Massgabe bestimmter Wertvorstellungen oder aufgrund unreflektierter, zum Teil auch unbewusster Einstellungen, Vorurteile und Gefühlslagen. Der Begriff Diskriminierung erhält seine soziale Relevanz erst unter Bezug auf die in einer Gesellschaft postulierten spezifischen Gleichheits- bzw. Gleichbehandlungsgrundsätze“ (S. 155). Diskriminierung meint also eine Herabsetzung und

Abwertung des Gegenübers aufgrund bestehender Normen und Werte. Sie kommt oft durch unbewusste negative Einstellungen und Vorurteile bestimmter Personen oder Personengruppen zustande. Abbildung 10 zeigt den Stigmatisierungsprozess und den Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und Diskriminierung.

Der Stigmatisierungsprozess

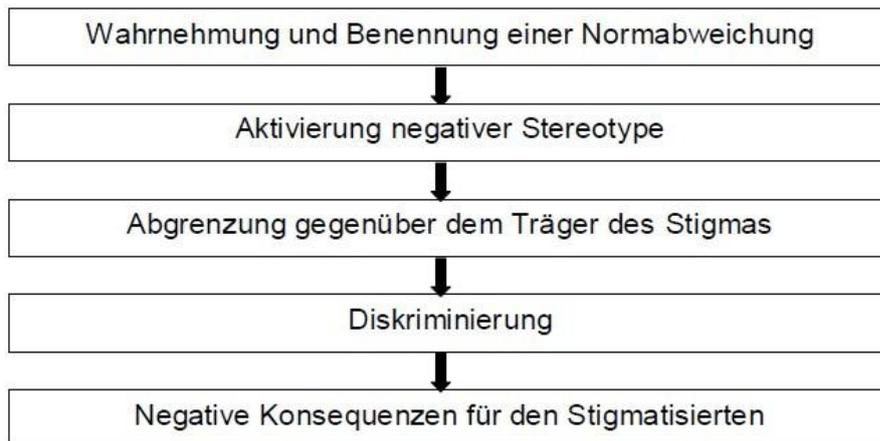


Abbildung 10. Der Prozess der Stigmatisierung. Nach Schulze, 2005, S. 122.

Im Prozess der Stigmatisierung (Abbildung 10) kommt es zuerst zu einer Feststellung einer Normabweichung. Diese wird benannt und aktiviert negative Stereotypen. Als Folge davon grenzt man sich von der Person ab, welche Trägerin des Stigmas ist. Diskriminierung ist gemäss dieser Darstellung ein Bestandteil der Stigmatisierung und kann als Folge davon interpretiert werden. Das Resultat des ganzen Prozesses sind schliesslich die negativen Konsequenzen für die betroffenen Personen. Finzen (2013b) bezeichnet die Diskriminierung jedoch nicht als Folge, sondern als „Vorstufe der Stigmatisierung“ (S. 27). Gemäss des Autors ist Diskriminierung „...die Umsetzung abwertender Vorurteile in Handlungen“ (S. 26). Sicher ist, dass Stigmatisierung und Diskriminierung in einem engen Zusammenhang stehen.

Nach diesen einführenden Erläuterungen zum Phänomen der Stigmatisierung allgemein, folgt nun in den nächsten Unterkapiteln eine differenziertere Betrachtung der Stigmatisierung von Sozialhilfe-Empfängerinnen und -Empfängern sowie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

7.1 Stigmatisierung von Sozialhilfe-Empfängerinnen und -Empfängern

Sozialhilfe-Empfängerinnen und -Empfänger befürchten eine Stigmatisierung durch Personen in ihrem Umfeld und stigmatisieren sich selber, wie im Folgenden aufgezeigt werden soll. Aus den Überlegungen zum Leistungs- und Gegenleistungsprinzip in der Sozialhilfe ging hervor, dass die Geltendmachung von Sozialhilfeleistung eine gesellschaftlich institutionalisierte Herabsetzung des Sozialstatus nach sich zieht. Gemäss der oben erwähnten Definition nach Hillmann (2007) ist soziale Deklassierung eine drohende Folge der Stigmatisierung (S. 864). Maeder und Nadai (2004) sind der Ansicht, dass der Statusverlust mit der Verletzung der Reziprozitätsnorm begründet werden kann, da Sozialhilfebeziehende keine sozial anerkannte Gegenleistung für die Gesellschaft erbringen können (S. 136). Unsere Normvorstellung geht davon aus, dass jede Leistung auf einer Gegenleistung beruht. Aufgrund ihrer Sozialisation in dieser Gesellschaft ist diese Vorstellung in der Regel auch bei unterstützungsbedürftigen Personen stark verankert. Sozialhilfebeziehende selber haben wenig Achtung gegenüber Personen, die eine Leistung ohne Gegenleistung beanspruchen und erwarten in sozialen Kontakten entsprechende Verhaltensweisen. Deshalb gehen unterstützungsbedürftige Personen beim Gang auf das Sozialamt bereits vorher davon aus, eine erniedrigende und abweisende Behandlung zu erfahren (Maeder & Nadai, 2004, S. 138). Es sei jedoch so, dass unterstützungsbedürftige Personen beim Sozialamt eher auf Anteilnahme und Verständnis stossen, insbesondere wenn der Professionalisierungsgrad der Organisation hoch sei (S. 138). Doch mögliche positive Erfahrungen beim Sozialamt können betroffenen Personen die Angst vor Stigmatisierung im eigenen Umfeld nicht nehmen. In der Studie von Neuenschwander, Hümbelin, Kalbermatter und Ruder (2012) haben sich die meisten der Befragten dahingehend geäussert, dass sie nicht möchten, dass andere von ihrem Sozialhilfebezug erfahren. Mehr als die Hälfte dieser selbst betroffenen Studienteilnehmenden geht davon aus, dass Sozialhilfe häufig unrechtmässig bezogen werde. Die Autoren und die Autorin vermuten, dass dies eine Wirkung der öffentlichen Missbrauchsdebatte sei, welche die Stereotypen über Sozialhilfebeziehende verfestigt habe, so dass die Stigmatisierungsängste der Betroffenen stark oder sogar sehr stark ausgeprägt seien (S. 122). Im Sinne des bereits aufgezeigten Stigmatisierungsprozesses werden mit den entsprechenden Medienberichten Normabweichungen benannt und negative Stereotypen aktiviert. Die Mehrheitsbevölkerung grenzt sich in der Folge von den Trägern des Stigmas ab. Für Personen, die sich aufgrund ihrer aktuellen Situation plötzlich in der Rolle der Stigmaträger wiederfinden, bedeutet dies eine grosse Verunsicherung. Maeder und Nadai (2004) schreiben, die Befürchtung einer Stigmatisierung in persönlichen Beziehungen gründe nicht zuletzt darauf, dass betroffene Personen vielleicht selbst Sozialhilfebezügern gegenüber die gleichen Vorurteile hegten, mit denen sie nun konfrontiert werden (S. 141). Allerdings habe keine der befragten Personen über direkte Ausgrenzung berichtet, jedoch über das unangenehme Gefühl, wenn ihr Umfeld mit einer spürbaren Unsicherheit auf ihre

Armut und Situation als Sozialhilfebeziehende reagierte (S. 142). Eine direkte Stigmatisierung durch das Umfeld kann offenbar nicht klar festgestellt werden. Daher ist ein zentraler Aspekt für Sozialhilfebeziehende, wie sie mit ihrer Situation umgehen, welche individuellen Strategien sie zur Bearbeitung zur Verfügung haben. Maeder und Nadai (2004) beschreiben drei idealtypische Verläufe der Interaktion zwischen Klientinnen und Klienten und dem Sozialamt:

- „Sozialhilfe als Repressionsapparat“: Sozialhilfebeziehende sehen sich als Opfer der Verhältnisse, sie resignieren und verweigern die Kooperation. Sie akzeptieren, dass ihre Reintegration schwierig ist und versuchen, so viel wie möglich aus dem System der Sozialen Sicherung herauszuholen, ohne aktiv an der Überwindung der Notlage mitzuwirken (S. 118-123).
- „Sozialhilfe als Gnade“: Sozialhilfebeziehende verstehen sich meist als „würdige“ Klientinnen und Klienten, die es verdient haben, unterstützt zu werden. Sie empfinden die Sozialhilfe als „Atempause im Lebenskampf“ und als vorübergehenden Zustand im Hinblick auf die Zukunft. Sie setzen sich selbst unter Druck, möglichst schnell wieder Selbständigkeit zu erreichen und der Norm der autonomen Lebensführung (wieder) zu entsprechen (S. 124-129).
- „Sozialhilfe als Vertrag“: Sozialhilfebeziehende sehen in der Unterstützung bei der Reintegration einen Rechtsanspruch. Auch sie beurteilen sich selbst als unterstützungswürdig, da sie sich das Recht auf Sozialhilfe als Steuerzahler oder durch nützliche Arbeit für die Gesellschaft erworben haben. Aufgrund der Rückzahlungspflicht ist die Sozialhilfe für sie zudem nur ein Kredit. Sie empfinden die Sozialhilfe nicht als Atempause, da diese ausdrücklich Arbeitsbereitschaft voraussetzt und entsprechende Bemühungen zu leisten sind (S. 130-135).

Die drei Beispiele zeigen, wie Sozialhilfebeziehende versuchen können, mit ihrer Haltung zum Sozialhilfebezug die eigene Situation zu beurteilen. Auf ihre jeweilige Art grenzen sie sich von anderen Sozialhilfebeziehenden ab, die aus ihrer Perspektive nicht Opfer der Verhältnisse sind, die nicht würdig sind oder die keinen Rechtsanspruch erheben können. Maeder und Nadai (2004) führen aus, dass insbesondere die persönliche Abgrenzung zu den „unwürdigen“ Sozialhilfebeziehenden für die jeweilige Person ein geeignetes Mittel sein könne, mit dem drohenden Stigma umzugehen. Dies sei jedoch für die ganze Gruppe der Sozialhilfebeziehenden eine fatale Strategie, da sie „die Verknüpfung des Etiketts Fürsorgebezieher mit negativen Stereotypen reproduziert.“ (S. 146)

Es kann davon ausgegangen werden, dass zwischen den tief verankerten Vorurteilen gegenüber Sozialhilfebeziehenden und der aktivierenden Sozialpolitik ein Zusammenhang besteht. Galuske und Rietzke (2008) beschreiben die stigmatisierende Wirkung der Hartz IV-Politik, welche die Umsetzung der aktivierenden Sozialpolitik in Deutschland verkörpert. Die Autoren legen dar, dass Hartz IV Beziehende nicht nur materiell an der Armutsgrenze stehen, sondern durch Äusserungen von Politikerinnen und Politikern auch als Schuldige für die steigenden Sozialausgaben ausgemacht wurden (S. 406).

Gorz (2000) geht noch weiter, indem er ausführt, dass alle Formen von Workfare die Arbeitslosen als Faulenzer und Versager stigmatisieren, da sie nach dieser Deutung weder die Qualifikationen, noch die sozialen Kompetenzen, noch den notwendigen Willen besitzen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten (S. 114). Da jedoch die moderne Arbeitsgesellschaft zu erfolgreich ist, um noch genügend existenzsichernde Lohnarbeit zur Verfügung stellen zu können, werden nach Ansicht von Galuske und Rietzke (2008) viele Menschen gar nicht mehr benötigt (S. 408). Daraus lässt sich schliessen, dass Sozialhilfebeziehende vielleicht nicht unter direkter Stigmatisierung durch ihr Umfeld leiden, dass jedoch das Gefühl, überflüssig zu sein und für eine Leistung keine Gegenleistung erbringen zu können, eine tiefe Kränkung und Resignation nach sich zieht.

Während für Sozialhilfebeziehende Ausschluss- und Stigmatisierungstendenzen eher vermutet werden können, ist die Stigmatisierung von psychischer Krankheit durch zahlreiche Untersuchungen gut belegt, wie in der Folge aufgezeigt wird.

7.2 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Wie bereits ausführlich dargelegt, erkranken jährlich bis zu 38% der Bevölkerung an einer psychischen Störung. Das Thema psychische Krankheit erhält in der Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit, wie selbst ein kurzer Blick auf Mediens Schlagzeilen der letzten Monate ergeben (z. B. NZZ, Der Bund, Blick etc.). Diese Tatsache verleitet zu der Annahme, das Wissen über psychische Erkrankung und psychische Störungen in der Allgemeinheit sei grösser geworden und die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen entsprechend geringer. Weshalb dies nur sehr bedingt Gültigkeit hat, macht ein zweiter Blick auf die Schlagzeilen klar: Medienberichte, die über psychische Störungen im Sinne einer Aufklärungsberichterstattung schreiben, sind deutlich in der Minderzahl. Viel häufiger werden psychische Störungen im Zusammenhang mit Überfällen, Tötungsdelikten und anderen Straftaten erwähnt. Obwohl das Wissen über psychische Störungen gestiegen ist und psychische Störungen häufig thematisiert werden, bestehen betroffenen Personen gegenüber nach wie vor Vorurteile und Vorbehalte. Dass diese nicht zuletzt auch durch die Medien aufrechterhalten werden, bestätigen auch Aydin und Fritsch (2015). Entgegen der Annahme, die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen habe sich reduziert, sei eine Verstärkung zu beobachten (S. 249). Für die Arbeit in der Sozialhilfe mit Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, ist die Stigmatisierung ein wichtiger Teilaspekt, den es zu berücksichtigen gilt.

Wie bereits erwähnt, bestehen zahlreiche Arbeiten zum Thema Stigmatisierung von psychischer Krankheit. Der hier bearbeiteten Literatur gemeinsam ist, dass sich alle auf das Stigmakonzept von Goffman beziehen. Seine 1963 erstmals veröffentlichte Arbeit „Stigma. Über Techniken der

Bewältigung beschädigter Identität“ bildet auch heute noch eine wichtige Grundlage für die Stigmaforschung. Finzen (2013b) übernimmt die Unterscheidung von Stigmamerkmalen von Goffman und nennt das angeborene Stigma, das Stigma durch Krankheit und das Stigma der Minderheitenzugehörigkeit (S. 44). Piontek (2009) verortet demgemäss die psychische Krankheit in der zweiten Kategorie (S. 12). Finzen (2013b) führt weiter die Differenzierung von „diskreditiert“ und „diskreditierbar“ ein (S. 46). Die Reaktion des Umfelds auf Personen mit einem äusserlich feststellbaren Makel erfolgt unmittelbar unter Berücksichtigung dieses Makels, diese Personen werden diskreditiert. Im Gegensatz dazu werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft nicht auf den ersten Blick als solche erkannt. Sie sind diskreditierbar und werden deshalb versuchen, ihre Krankheit möglichst nicht zu offenbaren. Dies führt dazu, dass sie unter dauernder Anspannung und in der Sorge leben, dass ihre Krankheit bekannt wird (S. 47). Piontek (2009) hält dazu fest, dass dies im Vergleich zum angeborenen Stigma Schwierigkeiten berge, „weil die Betroffenen selbst mit bestimmten Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und einem Verständnis vom „Normal-sein“ sozialisiert wurden.“ (S. 12) Auch Finzen (2013b) nimmt das Thema auf und hält fest, dass die übernommenen Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen dazu führen, dass Betroffene eine Missbilligung sich selbst gegenüber entwickeln (S. 45). Das Stigma wird zur „zweiten Krankheit“ (Finzen, 2013b, S. 45) und wie die Anstrengung, die eigene Krankheit dem sozialen Umfeld gegenüber geheim zu halten, zu einem zentralen Hindernis im Genesungsprozess.

Ein weiterer Aspekt der Stigmatisierung von psychischen Störungen wird im Zusammenhang mit der Diagnosestellung diskutiert. Wie bereits erwähnt, wird das Bild von Menschen mit psychischen Störungen in der Bevölkerung vor allem auch durch mediale Berichterstattung geprägt. Damit einher geht die Verstärkung des Vorurteils, psychisch Kranke seien gefährlich und unberechenbar. Hoff (2005) hält fest, dass die Diagnose die Grundlage für eine sorgfältige Behandlungsplanung in der Psychiatrie bildet (S. 11). Er geht davon aus, dass nicht die Diagnose an sich eine stigmatisierende Wirkung hat, sondern die Einstellung der Gesellschaft gegenüber psychischer Krankheit (S. 9). Finzen (2013a) dagegen schreibt der Diagnosestellung zumindest eine Mitbeteiligung an Stigmatisierungsprozessen zu (S. 25). Allerdings ist hier festzuhalten, dass nicht jede psychiatrische Diagnose über das gleich starke Stigmatisierungspotential verfügt. Personen mit Schizophrenie leiden gemäss Aydin und Fritsch (2015) am stärksten unter Stigmatisierung. Ihr Verhalten kann auf Aussenstehende beängstigend wirken und sie in der Annahme bestärken, dass psychisch Kranke gefährlich sind (S. 249). Demgegenüber kann angenommen werden, dass in der Allgemeinbevölkerung Personen mit einer Depression oder einer Angststörung vor allem Willensschwäche zugeschrieben wird, was in der aktuellen Leistungsgesellschaft nicht toleriert werden kann. Finzen (2013a) nennt in diesem Zusammenhang das Burn-out-Syndrom. Dass Burn-out keinen Eintrag in die aktuell gültigen Ausgaben der Klassifikationssysteme gefunden hat, findet der Autor korrekt. Es sei ohne Schwierigkeit möglich, die Symptome

von Burn-out mit den Diagnosen von depressiven oder Angststörungen zu belegen, im Gegensatz zu diesen beiden Erkrankungen ermöglicht jedoch die Bezeichnung Burn-out, die Ursachen ausserhalb der betroffenen Person auszumachen, was das Stigmatisierungspotential verringert (S. 26). Finzen (2013a) stellt jedoch weiter die Frage, ob es ein sinnvoller Umgang mit dem Problem Stigmatisierung sei, neue Namen für alte Erkrankungen zu schaffen, in der Hoffnung, so der Stigmatisierung entkommen zu können (S. 26). Aufgrund der Überlegungen von Hoff (2005) und Finzen (2013a) lässt sich der Schluss ziehen, dass Diagnosen nicht per se eine stigmatisierende Wirkung haben, jedoch einen Einfluss auf die Stigmatisierungsprozesse ausüben.

Bisher wurde die Stigmatisierung von Sozialhilfeabhängigen und von psychisch Beeinträchtigten je einzeln behandelt. Frauen als Gesamtgruppe werden nicht aufgrund ihres Geschlechts per se stigmatisiert, jedoch sind sie von unterschiedlichen Formen von Diskriminierung betroffen, welche sich nachteilig auf ihre psychische Gesundheit auswirken können. Für eine Betrachtung aus frauenspezifischer Sicht muss deshalb das Phänomen der Diskriminierung weiter analysiert und differenziert werden.

7.3 Frauenspezifische Aspekte der Stigmatisierung

Stigmatisierung und Diskriminierung lassen sich, wie eingangs dieses Kapitels beschrieben, nur schwer voneinander abgrenzen. Im Zusammenhang mit der Benachteiligung von Frauen wird in der Regel von Diskriminierung, nicht von Stigmatisierung gesprochen. Die UNO (n.d.) hat bereits 1979 in der Frauenrechtskonvention, dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), ein Diskriminierungsverbot von Frauen verabschiedet. Darin wird Diskriminierung in verschiedenen Bereichen, so zum Beispiel im Bildungsbereich, im Berufsleben, im Gesundheitswesen oder im wirtschaftlichen und sozialen Leben ausdrücklich verboten und verurteilt. Diskriminierung der Frau wird von der UNO (n.d.) folgendermassen definiert: „Jede mit dem Geschlecht begründete Unterscheidung, Ausschliessung oder Beschränkung, die zur Folge oder zum Ziel hat, dass die auf die Gleichberechtigung von Mann und Frau gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch die Frau – ungeachtet ihres Familienstands – im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem sonstigen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird“. Auch in dieser begrifflichen Bestimmung wird der Ausschluss oder die ungleiche Behandlung thematisiert. Zusätzlich werden die Menschenrechte, die Grundfreiheiten und die jeweiligen Bereiche, in welchen sich Diskriminierungen ereignen können, eingeschlossen.

Bielefeldt (2010) unterscheidet drei Formen von Diskriminierung. In der *direkten* Diskriminierung findet eine Ungleichbehandlung unmittelbar aufgrund des Geschlechts statt. Als Beispiel dafür sei hier

die Lohnungleichheit zwischen Männern und Frauen genannt. Als weitere Form wird die *indirekte* Diskriminierung postuliert, wo die Benachteiligung nicht unmittelbar aufgrund des Geschlechts zustande kommt. Ein Beispiel dafür ist die Schlechterstellung der Teilzeitarbeit bezüglich sozialer Sicherung und Pensionskasse. Da hauptsächlich Frauen einer teilzeitlichen Beschäftigung nachgehen, findet hier eine indirekte Diskriminierung statt. Diese Art der Diskriminierung ist schwierig zu erkennen. Vordergründig und formal werden die geltenden Vorschriften und Gesetze des Diskriminierungsverbotes aufgrund des Geschlechts zwar eingehalten, aber Ungleichstellungen und ungleiche Behandlung ergeben sich dennoch oder können nach wie vor aufrechterhalten werden. Bielefeldt (2010) nennt schliesslich als letzte Form noch die *strukturelle* Diskriminierung, welche aus „existierenden gesellschaftlichen Strukturen“ resultiert (S. 30). Ein hier passendes Beispiel ist die Unterrepräsentation von Frauen in Kaderpositionen.

Es wurde bereits erwähnt, dass Frauen nicht per se stigmatisiert werden, hingegen werden sie direkt, indirekt und strukturell diskriminiert. In Abbildung 10 wurde Diskriminierung als Bestandteil der Stigmatisierung eingeordnet. Im Stigmatisierungsprozess ist Diskriminierung als konkrete Handlung zu betrachten.

Wie bereits erläutert wurde, wird eine psychisch kranke Frau schon aufgrund ihrer Krankheit stigmatisiert. Wenn sie dazu noch arm ist und ihre Grundsicherung durch die Sozialhilfe erfolgt, führt das zu einer doppelten Stigmatisierung. Diskriminierungen von Frauen in verschiedenen Bereichen kommen vorwiegend aufgrund der gängigen Geschlechterstereotypen zustande. Wenn Diskriminierung als Vorstufe oder als Bestandteil von Stigmatisierung betrachtet wird, können wir von einer dreifachen Stigmatisierung von sozialhilfeabhängigen psychisch beeinträchtigten Frauen sprechen, welche die betroffenen Frauen zusätzlich belastet.

Bis hier wurden nun alle relevanten Bereiche dargestellt, welche zur Frage hinführen sollen, mit welchen Herausforderungen Sozialarbeitende in der Sozialhilfe konfrontiert sind im Umgang mit Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung. Aus den bisherigen Ausführungen sollen ausserdem Strategien und Lösungsansätze für die Soziale Arbeit in diesem Feld und adäquate Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen Frauen abgeleitet werden.

8 Herausforderungen und Empfehlungen für die Praxis

Sozialhilfe, psychische Störungen allgemein, unipolare Depression und Angststörungen, frauenspezifische Ansätze und Stigmatisierung wurden bis hier als einzelne Themen aufgearbeitet. Mittels Synthese der wesentlichen Erkenntnisse aus den behandelten Gebieten folgen nun Rückschlüsse auf die

Herausforderungen, welche sich Sozialarbeitenden in der Arbeit mit Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung stellen. Zur Beantwortung der Fragestellung werden Empfehlungen dazu ausgearbeitet, welche Strategien und Handlungsmöglichkeiten Sozialarbeitende in der Sozialhilfe verfolgen können, um in den komplexen Problemlagen adäquate Unterstützung zu bieten. Das professionelle Handeln, basierend auf den theoretischen Grundlagen und den ethischen Richtlinien der Sozialen Arbeit, bildet hier den zentralen Aspekt und den Rahmen des Vorgehens. Zuerst ist die direkte Interaktion zwischen Klientinnen und Sozialarbeitenden zu betrachten. Auf diesem Hintergrund folgen Rückschlüsse darüber, wie die organisatorischen Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen, damit Klientinnen eine umfassende und angemessene Unterstützung erhalten. Welche gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen dazu nötig oder hilfreich wären, wird im dritten Teil beantwortet. Die genannten Ebenen werden jeweils aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Zunächst beeinflusst die Grundhaltung der jeweils Beteiligten die Wahrnehmung der individuellen und sozialen Problemlagen und die Einstellung dazu. Weiter ist ein ausreichendes und breites Fachwissen eine zentrale Bedingung, um die Situation von Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe zu erfassen. Daraus folgen schliesslich die konkreten Handlungen, mit welchen die Klientinnen unterstützt und begleitet werden können.

8.1 Individuelle Ebene in der Beratungs-Situation

Die Herausforderungen, welche sich in der Beratungssituation von Klientinnen mit einer Depression oder einer Angststörung ergeben, werden in drei verschiedenen Bereichen dargestellt. Gleichzeitig werden Empfehlungen oder Lösungsansätze präsentiert, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter diesen Schwierigkeiten begegnen können, um schliesslich ihre Klientel professionell unterstützen zu können. Zunächst soll die Grundhaltung thematisiert werden, da diese die Beratungsqualität wesentlich beeinflusst.

8.1.1 Grundhaltungen

Eine grundlegende Herausforderung in der Sozialhilfe ist das Machtgefälle zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen und Klienten. Wie von Kutzner (2009a) beschrieben, herrscht in der Sozialhilfe häufig ein paternalistisches Menschenbild, indem Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügler als Schüler mit zurzeit eingeschränkter Autonomiefähigkeit betrachtet werden (S. 46). Eng mit diesem Menschenbild verbunden ist auch das häufige Misstrauen der Klientel gegenüber. Oft wird davon ausgegangen, dass die Klientel die geforderte Mitwirkungspflicht nicht erfüllen will, sei es aufgrund von Faulheit oder von einer grundsätzlichen Verweigerung. Dieses grundlegende Misstrauen wird gefördert durch

Medienberichte, in denen oft Sozialhilfemissbrauch, also der unrechtmässige Bezug von Sozialhilfegeldern, thematisiert wird. Diese Haltung ist stigmatisierend und steht in einem Widerspruch zum Berufskodex von Avenir Social und auch zur Definition von Sozialer Arbeit der IFSW. Sie führt schliesslich zusammen mit dem Dossierdruck zu einer ungenügenden Beratungs- und Unterstützungsqualität auf Sozialdiensten, wie sie von Armutsbetroffenen wahrgenommen wird (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 134). Deshalb muss eine solche Haltung als unprofessionell betrachtet werden.

Dem gegenüber steht die Forderung nach einer empathischen, humanistischen, von einer grundsätzlichen Wertschätzung geprägten Grundhaltung. Diese Haltung sollte allgemein für eine Tätigkeit in der Sozialhilfe beziehungsweise in der Sozialen Arbeit gelten. Ganz besonders zentral ist jedoch eine wertschätzende Haltung für Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung. Aufgrund ihrer Symptomatik haben die betroffenen Frauen oft einen niedrigen Selbstwert, werten sich selber zusätzlich ab und haben wenig Ressourcen, um sich gegenüber Misstrauen und Vorwürfen abzugrenzen. Gegenüber Frauen mit Gewalterfahrung oder in Abhängigkeitsverhältnissen ist eine feministische Grundhaltung hilfreich. Diese ist bestimmt durch Parteilichkeit für die Frau mit vollumfänglichem Vertrauen ihr gegenüber. Parteilichkeit meint auch, dass psychische Störungen verstanden werden können als Folge von Benachteiligungen und ungleichen Machtverhältnissen zwischen den Geschlechtern. Damit geht die Notwendigkeit einher, sich der eigenen Stereotypisierungen bewusst zu sein, und zwar gegenüber den Geschlechtern wie auch gegenüber psychisch beeinträchtigten Menschen.

Es ist zu empfehlen, die eigene Haltung als Sozialarbeitende immer wieder zu hinterfragen, zu überprüfen und mit den eigenen Grundwerten abzugleichen. Gerade in der Sozialhilfe, einem Arbeitsfeld mit engen Rahmenbedingungen und hoher Arbeitsbelastung, ist diese Selbstreflexion besonders wichtig.

Eine Grundvoraussetzung für die selbstkritische Hinterfragung der eigenen Werte und Haltungen ist spezifisches Fachwissen, welches im nächsten Abschnitt thematisiert wird.

8.1.2 Spezifische Fachkenntnisse

Eine grosse Herausforderung in der Sozialen Arbeit ist eine professionelle Interaktion mit unterschiedlichsten Klientinnen und Klienten mit ihren jeweils individuellen Grenzen und Bedürfnissen. Wenn das Wissen darüber fehlt, welche Einschränkungen eine psychische Krankheit mit sich bringt und welche Folgen und Auswirkungen die Symptome haben können (Deisenhammer, 2012a; Wittchen und Jacobi, 2010), droht die Gefahr, diese Klientinnen und Klienten zu überfordern. Wer nichts darüber weiss, dass eine Depression oder eine Angststörung frauenspezifische Gründe haben kann (Bornschein & Hausteiner-Wiehle, 2016; Glammerer & Bergenthal, 2016; Wimmer-Puchinger, 2016), wird der betroffenen Klientin nicht gerecht. Fehlendes Fachwissen kann negative Konsequenzen haben für die

Klientin. Es kann zu zusätzlicher Stigmatisierung und damit zur Abwertung der Betroffenen führen. Dies erschwert ein professionelles Arbeitsbündnis oder verhindert es sogar. Wenn die Klientinnen nicht die Hilfe erhalten, die sie benötigen, kann dies die Sozialhilfeabhängigkeit wesentlich verlängern. Die Herausforderung in der Sozialhilfe ist es, sowohl die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen als auch die Möglichkeiten und Grenzen der Klientinnen zu kennen und beides ausgewogen zu berücksichtigen. Um den Ermessensspielraum im Sinne der betroffenen Klientinnen auszuschöpfen, ist eine genaue Kenntnis der gesetzlichen Möglichkeiten nötig.

Für eine professionelle Beratung von Klientinnen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung ist es zentral, sich spezifisches Fachwissen anzueignen. Dieses beinhaltet Kenntnisse über die Symptomatik dieser Störungsbilder, Nebenwirkungen der Medikamente und deren Auswirkungen auf den Lebensalltag der betroffenen Frauen. Insbesondere ist eine depressionsbedingte Hemmung in der Aktivität als ein „Nicht Können“ zu interpretieren und keinesfalls als ein „Nicht Wollen“ (Deisenhammer, 2012b, S. 163). Was Harkness (2011) für die Klinische Sozialarbeit fordert, ist auch hilfreich für die Arbeit in der Sozialhilfe. So ist es wichtig, etwas über die Lebensgeschichte der Klientin zu erfahren, also über ihre Entwicklung, ihre Ausbildung und Arbeitserfahrungen wie auch über die aktuelle Lebenssituation (S. 225).

Ebenso wichtig ist es, frauenspezifische Benachteiligungen und Risikofaktoren sowie die Bedeutung der erlernten Hilflosigkeit für Depressionen oder Angststörungen zu kennen. Besonders muss eine Sensibilisierung für das Erkennen von Gewalterfahrungen und für die Dynamik des Gewaltkreislaufes entwickelt werden, um geeignete Fachpersonen beiziehen zu können. Kenntnisse über die Auswirkungen der Geschlechterstereotypen auf die Situation der Frauen und den Beratungskontext sind Voraussetzung für eine reflektierte Grundhaltung wie auch für ein professionelles Handeln.

Wer Klientinnen mit einer Depression oder Angststörung gerecht werden will, muss sich bezüglich psychischer Störungen und genderspezifischer Aspekte psychischer Gesundheit und Krankheit permanent weiterbilden. Zentral wichtig ist, bei Bedarf Supervision oder Intervision mit Fachpersonen aus der Psychiatrie in Anspruch zu nehmen. Wünschenswert ist, dass die Themen psychische Gesundheit und Krankheit bereits in der Grundausbildung für Sozialarbeitende vermehrt angeboten werden.

Mit einem fundierten Fachwissen der Fachpersonen wird Unterstützung möglich über die materielle Grundsicherung hinaus, welche eine positive Entwicklung fördern kann, ohne die betroffenen Frauen zu überfordern. Im nächsten Abschnitt wird aufgezeigt, welche konkreten Prinzipien und Handlungen es für eine solche Unterstützung braucht.

8.1.3 Konkretes Handeln

Eine von Wertschätzung geprägte Grundhaltung und fachspezifisches Wissen in den Bereichen psychische Störungen und geschlechtsspezifische Risikofaktoren sind zwar wichtige Voraussetzungen für eine professionelle Beratung. Angesichts von knappen Ressourcen, hoher Arbeitsbelastung und einem immer enger werdenden Spielraum für die Entrichtung von Sozialhilfegeldern ist die Herausforderung jedoch gross, den betroffenen Frauen gerecht zu werden. Ein weiterer zentraler Widerspruch wurde bereits mehrfach genannt: Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung sind nur beschränkt in der Lage, der Mitwirkungspflicht nachzukommen. Die Schwierigkeit besteht darin, die Pflichten der betroffenen Klientinnen gemäss Sozialhilfegesetz so zu interpretieren oder festzulegen, dass sie ihren gesundheitsbedingt eingeschränkten Möglichkeiten entsprechen.

Im Dilemma zwischen Anforderungen und Möglichkeiten der Klientel und vorgegebenen Rahmenbedingungen der Sozialhilfe ist eine bewusste persönliche Orientierung an oben beschriebenen Grundhaltungen wie der Parteilichkeit hilfreich, um handlungsfähig zu bleiben. Besonders zu erwähnen ist hier das Empowerment-Konzept, das Strategien vermittelt und Ressourcen stärken will, um ein möglichst eigenverantwortliches Leben zu führen. Wichtig ist dabei, stets auch die Beschränkungen der betroffenen Klientinnen aufgrund ihrer Symptomatik im Auge zu behalten und sie nicht zu überfordern. Moser und Lüthy (2012) fordern eine echte Ressourcenorientierung: „Als Fachperson verlange ich jeweils nur so viel von meinen Klienten, wie sie sich selbst zutrauen“ (S. 24). Der Begriff Mitwirkungspflicht ist angemessen und damit alternativ zu definieren. Das heisst, das Schwergewicht der Mitwirkung gemäss Sozialhilfegesetz darf nicht darauf gelegt werden, „eine zumutbare Arbeit anzunehmen“, sondern es muss die Teilnahme an einer „geeigneten Integrationsmassnahme“ ermöglicht werden. Ob eine Integrationsmassnahme geeignet ist, muss gemeinsam mit der Klientin besprochen werden. Aus Betroffenenensicht weisen Moser und Lüthy (2012) darauf hin, dass bereits das Ausfüllen eines Formulars oder das Zusammenstellen von Unterlagen eine Überforderung sein können (S. 24). Entsprechend niedrig muss die Schwelle angesetzt werden, wann die Mitwirkungspflicht als erfüllt betrachtet werden soll.

Mit anderen Worten: Zur Etablierung einer konstruktiven und professionellen Arbeitsbeziehung muss ein Gleichgewicht hergestellt werden zwischen Anforderungen und Möglichkeiten der Klientel. Damit wird die Krankheit ernst genommen statt bagatellisiert und die individuelle Situation der betroffenen Frauen wird berücksichtigt. Konkret kann dies dazu führen, dass ein Termin bewusst auf den Nachmittag gelegt wird, weil die Symptome einer Depression morgens oft stärker auftreten. Oder es ist sinnvoll, eine Beratung auf einem Spaziergang durchzuführen, wenn eine Klientin in geschlossenen Räumen unter Angstzuständen leidet. Auch kann es je nach Störungsbild wichtig sein für eine Klientin, dass sie eine Anreise in der Stosszeit des öffentlichen Verkehrs vermeiden kann. Generell ist darauf zu

achten, kleine positive Veränderungen zu benennen, statt eine Klientin aufzufordern, sich zusammenzureissen (Deisenhammer, 2012a, S. 180).

Schliesslich stellt sich die Frage, wie die knappen Ressourcen in der Sozialhilfe eingesetzt werden sollen. Es kann eine bewusste Entscheidung sein, mehr Unterstützung anzubieten und weniger Kontrolle auszuüben. In Akutsituationen müsste es möglich sein, dass betroffene Klientinnen mehrmals pro Monat Beratungstermine erhalten. Das heisst, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind aufgefordert, Prioritäten zugunsten der Bedürfnisse der Klientinnen zu setzen, die ihre Unterstützung am dringendsten benötigen.

Solche Fragen wie jene der Prioritätensetzung können Sozialarbeitende in der Regel nicht eigenmächtig entscheiden. Umso wichtiger ist es, nachfolgend Herausforderungen und Empfehlungen auf der Ebene der Organisation zu formulieren.

8.2 Ebene der Organisation

Die Verantwortung für die Unterstützung bedürftiger Personen liegt in der Schweiz bei den kantonalen und kommunalen Gesetzgebern. Im Kanton Bern sind die Gemeinden mit dem Vollzug der individuellen Sozialhilfe beauftragt (Art. 15, SHG, BSG 860.1). Für die Beantwortung der Fragestellung ist die Organisation der Sozialhilfe auf kommunaler Ebene zentral. Hier findet der direkte Kontakt zwischen Klientinnen und Klienten und Sozialarbeitenden statt, hier ermöglichen oder behindern Strukturen oder Rahmenbedingungen eine umfassende und angemessene Unterstützung.

8.2.1 Grundhaltungen

Avenir Social (2010) hält im Berufskodex Soziale Arbeit als ein Grundsatz fest, dass alle Menschen ein Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld haben und verpflichtet gleichzeitig alle Menschen dazu, andere bei der Verwirklichung dieses Anrechts zu unterstützen (S. 6). Daraus lässt sich die Folgerung ziehen, dass die Haltung der Organisation in zwei zentrale Aspekte differenziert werden muss: zum einen die Haltung gegenüber den begleiteten Klientinnen und zum anderen die Haltung gegenüber den Sozialarbeitenden.

Die Haltung der Organisation gegenüber ihren Klientinnen kommt insbesondere bei der Wahrung der Integrität und bei der Unterstützung zur Integration in ein soziales Umfeld zum Tragen. Die Integrität der Klientinnen zu wahren, bedeutet, ihre Mitwirkung im Unterstützungsprozess zu würdigen, auch wenn sie im Sinne der Mitwirkungspflicht nur Bruchstücke davon beitragen können. Die Organisation kann sich hier anwaltschaftlich vor die Klientinnen stellen, indem sie sich daran orientiert, welche

Möglichkeiten der Mitwirkung einer Frau mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung offen stehen. Konkrete Beispiele aus dem Alltag können die Direktiven zu Sanktionsverhängungen sein. Stellt sich die Organisation auf den Standpunkt, dass selbst kleinere Verstöße, wie ein zu spätes Erscheinen zu einem Termin oder ein nicht termingerechtes Einreichen von benötigten Unterlagen unmittelbar zu einer Sanktionsverfügung führen, unterstellt sie ihren Klientinnen vertrauensunwürdig zu sein, verletzt somit ihre Integrität und misst dem Umstand ihrer Erkrankung keine Bedeutung zu. Eine würdigende und anwaltschaftliche Haltung kommt dagegen zum Ausdruck, wenn die Organisation das Ausschöpfen des Ermessenspielraums durch die Sozialarbeitenden ermöglicht. Durch Sanktionen kommt nicht nur das Misstrauen der Organisation gegenüber den Klientinnen zum Ausdruck, auch das Anrecht auf die Integration in ein soziales Umfeld sowie die Befriedigung der existentiellen Bedürfnisse wird durch die Kürzung der bereits knappen finanziellen Mittel weiter erschwert. Dies widerspricht dem im Ethikkodex formulierten und eingangs erwähnten Grundsatz.

Die Haltung der Organisation gegenüber den Mitarbeitenden muss auf den gleichen Voraussetzungen basieren wie gegenüber den Klientinnen. Der Auftrag, Menschen bei der Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen, ihre Integrität und soziale Integration zu wahren und zu fördern, kann nur umgesetzt werden, wenn die Sozialarbeitenden die gleichen Erfahrungen in der Organisation machen. Soziale Arbeit im Rahmen eines Sozialdienstes heisst, den Ansprüchen einer professionellen Sozialen Arbeit entsprechende ethische und theoretische Grundsätze umsetzen zu können. Wie bereits ausgeführt, lassen die Anzahl der Dossiers und der Druck, unterstützte Personen möglichst schnell in den Arbeitsmarkt zu integrieren, ein professionelles Handeln kaum noch zu. Hier liegt die Verantwortung bei der Organisation, mit entsprechenden Massnahmen die Voraussetzungen dazu wieder herzustellen.

8.2.2 Spezifisches Fachwissen

Wie beschrieben, bringen unterstützungsbedürftige Personen auf einem Sozialdienst ein breites Spektrum an Problemlagen mit. Es kann davon ausgegangen werden, dass auf der anderen Seite auch eine breite Palette aus spezifischem Grundlagenwissen unter den Sozialarbeitenden besteht. Es ist zu empfehlen, diesen Ausgangslagen mit einem ausführlichen und gut strukturierten Aufnahmeverfahren Rechnung zu tragen. Die genaue Erfassung und Analyse der bestehenden Problemlagen benötigt einerseits mehr zeitliche und personelle Ressourcen, führt andererseits jedoch dazu, dass bereits zu Beginn einer Unterstützung ein genaueres Bild über die nötige Unterstützung erstellt werden kann. Mittels einer sinnvollen Dossierzuteilung kann das unter den Sozialarbeitenden vorhandene Wissen von Anfang an ausgeschöpft werden. Damit profitieren die Klientinnen von einer Beratung, in der sie in ihrer Situation verstanden und ernstgenommen werden. Die konkrete Umsetzung bedeutet, dass bei der Aufnahme einer Frau mit unipolarer Depression oder einer Angststörung im Team besprochen wird, wer über ein breites Wissen zu psychischen Störungen, ihrer Symptomatik und deren Auswirkungen

und insbesondere auch über frauenspezifische Themenbereiche wie Gewalterfahrungen, Geschlechter- und Machtdifferenz verfügt. Es ist denkbar, dass trotz breitem Wissensstand innerhalb des Teams der Sozialarbeitenden nicht alle Problembereiche genügend abgedeckt werden können. Hier muss die Organisation dafür sorgen, dass die Lücken mittels Weiterbildung und Supervision geschlossen werden können. Andererseits besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass das Wissen vorhanden, die entsprechenden Personen jedoch nicht über die Kapazitäten für eine Neuaufnahme verfügen. Hier kann die Organisation Gefässe schaffen, damit innerhalb des Teams Unterstützung angeboten werden kann. Einerseits ist hier vor allem an eine regelmässig durchgeführte Intervision zu denken. Andererseits kann auch die Möglichkeit geschaffen werden, bilateral eine direkte partnerschaftliche Beratung unter den Sozialarbeitenden einzurichten.

Das vorhandene Wissen in der Organisation soll für alle beteiligten Personen nutzbringend eingesetzt werden. Dabei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass es sich in der Regel um Grundlagenwissen handelt und für eine angemessene Unterstützung weiterführendes Spezialwissen nötig ist. Es ist deshalb zu empfehlen, die Zusammenarbeit mit weiteren spezialisierten Einrichtungen zu fördern. Im Bereich der Arbeitsintegration ist die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) gesetzlich geregelt (Art. 19b, SHG, BSG 860.1). Die Fachstelle IIZ (n.d., o.S.) des Kantons Bern hält auf ihrer Website die Vision fest, dass die Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf allen Ebenen der beteiligten Institutionen eine Selbstverständlichkeit sei und in der täglichen Arbeit umgesetzt werde. Als erstes Ziel wird die Förderung der Integration der Einzelnen in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt genannt. Zu den angeschlossenen Institutionen gehören beispielsweise das beco Berner Wirtschaft, der Geschäftsbereich Arbeitsvermittlung des beco Berner Wirtschaft, die IV-Stelle Kanton Bern, das Sozialamt des Kantons Bern usw. Die Aufzählung der beteiligten Institutionen verdeutlicht die starke Orientierung an der Arbeitsintegration. Es ist anzunehmen, dass der Förderung der sozialen Integration weniger Gewicht beigemessen wird und dass die entsprechenden Stellen für die Situation von Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung zu wenig spezialisiert sind. Sozialarbeitende in der Sozialhilfe müssen demnach die Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen suchen. Zugunsten von Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung ist beispielsweise eine enge Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Psychiatrie und Psychotherapie zu empfehlen, wie sich dies Heise (2008) im Interview mit der Zeitschrift für Sozialhilfe (ZESO) wünscht (S. 6). Wie im Kapitel „Psychische Krankheit bei Frauen“ aufgezeigt, tragen zudem unter Umständen frauenspezifische Risikofaktoren zu einer Erkrankung oder zu deren Verstärkung bei. Auch diesem Aspekt muss bei der Beratung ein grosses Gewicht zukommen. Zu denken ist hier insbesondere an eine Zusammenarbeit mit Frauenberatungsstellen im Hinblick auf rechtliche Fragen, insbesondere zum Thema Häusliche Gewalt oder Selbsthilfegruppen zur Förderung des Selbstbewusstseins. Die Sozialhilfeorganisationen sind aufgefordert, diesen Umständen Rechnung zu tragen und die IIZ nicht nur auf die involvierten Stellen zur

Arbeitsintegration zu beschränken, sondern auf weitere Gebiete auszuweiten. Damit steigen die Chancen, in einem ersten Schritt den Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung die (Re-)Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

8.2.3 Konkretes Handeln

Für die Schaffung einer wohlwollenden Haltung und den optimalen Einsatz des vorhandenen Fachwissens in Organisationen können konkrete Massnahmen ergriffen werden. Die folgenden Empfehlungen berücksichtigen sowohl die Situation von Klientinnen der Sozialhilfe, die an einer Depression oder einer Angststörung erkrankt sind, wie auch die Situation der Sozialarbeitenden, die den Betroffenen professionelle Unterstützung bieten sollen.

Auf die hohe Dossierbelastung der Sozialarbeitenden auf Sozialdiensten und deren negative Folgen für die Klientinnen und Klienten wurde bereits mehrfach hingewiesen. In einem ersten Schritt muss die Organisation die Strukturen so verändern, dass diese Situation verbessert werden kann. Ein entsprechendes Pilotprojekt wurde 2015 in Winterthur gestartet. Durch eine klare Aufteilung zwischen administrativer und beraterischer Tätigkeit und dank zusätzlicher Stellenprozent in der Sozialhilfe konnte für drei Personen eine Reduktion von vorher rund 140 zu bearbeitenden Dossiers auf noch 75 vorgenommen werden. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet durch Mitarbeitende des Departements Soziale Arbeit der Zürcher Fachhochschule. In ihrem Abschlussbericht stellen Eser Davolio, Strohmeier Navarro, Zwicky, Gehrig und Steiner (2017) fest, die dadurch mögliche engere Begleitung der Sozialhilfebeziehenden habe die Mitwirkung der betroffenen Personen erhöht, mehr Erfolge bei der beruflichen Integration erzielt, somit die Anzahl der Ablösungen von der Sozialhilfe gesteigert und in der Gesamtrechnung sogar zu finanziellen Einsparungen geführt (S. 27). Wenn mehr Zeit für die direkte Arbeit mit den Klientinnen zur Verfügung steht, vergrössert sich auch der Spielraum für die Sozialarbeitenden, wie die Beratung gestaltet werden soll. Dadurch kann vermehrt auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen und, wie auf der Ebene der direkten Klientinnenarbeit erwähnt, kreative Lösungen können in der Beratungsgestaltung umgesetzt werden.

Wie ausgeführt, muss die Haltung der Organisation auch gegenüber den Sozialarbeitenden von Wertschätzung und Vertrauen geprägt sein, was durch günstige Rahmenbedingungen beeinflusst werden kann. Die Auswertung des Pilotprojekts in Winterthur hat auch in Bezug auf die Sozialarbeitenden positive Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit gezeigt und es könne davon ausgegangen werden, dass sich dies durch eine tiefere Fluktuationsrate und weniger krankheitsbedingte Ausfälle auszeichne (Eser Davolio et al., 2017, S. 27). Das Sozialamt Winterthur ist mit dem Projekt einen neuen Weg gegangen, der der aktuellen Sparpolitik in der Sozialhilfe auf den ersten Blick diametral widerspricht. Das Resultat zeigt, dass schlussendlich nur die Schwerpunkte neu gesetzt wurden und sowohl für

Klientinnen und Klienten, die wieder ein selbständiges Leben führen können, als auch für Sozialarbeitende, die ihre Tätigkeit professionell ausführen können, eine positive Bilanz gezogen werden kann. In diesem Sinne sollen weitere Organisationen in der Sozialhilfe dazu aufgefordert werden, zunächst unrealistisch erscheinende Projekte umzusetzen und sich so sowohl für die Sozialhilfebeziehenden als auch für die Mitarbeitenden einzusetzen.

Professionelles Handeln ist jedoch nicht nur innerhalb der Organisation umsetzbar. Im Sinne einer anwaltschaftlichen Vertretung der Klientinnen müssen auch über die eigenen Organisationsgrenzen hinaus Veränderungen angeregt werden. Insbesondere stellt sich die Frage, ob genügend spezifische Arbeitsintegrationsprojekte für Frauen bereitstehen oder ob hier eine Angebotslücke besteht. Im zweiten Fall ist es die Aufgabe von Organisationen der Sozialhilfe, im Sinne der IIZ entsprechende Anstöße an andere Institutionen weiterzugeben. Einerseits verfügen sie durch die Erfahrungen der Sozialarbeitenden über spezifische Informationen zu den Bedürfnissen der begleiteten Klientinnen. Andererseits bestehen aufgrund der Vernetzung mit weiteren Anbietern von sozialen Dienstleistungen die nötigen Kontakte. Den Organisationen wird deshalb empfohlen, Anregungen bei der Neu- oder Umgestaltung von Integrationsprojekten einzubringen. Dies bedeutet beispielsweise die Schaffung eines ausreichenden Angebotes an Arbeitsintegrationsprojekten, die ausschliesslich durch Frauen besucht und begleitet werden. Weiter denkbar sind Projekte, in denen die Erkrankung an einer unipolaren Depression oder einer Angststörung als spezifisches Merkmal der Teilnehmenden festgelegt wird und durch eine Peerbegleitung auf die entsprechenden Herausforderungen und Auswirkungen für die Teilnehmenden angemessen reagiert werden kann.

Die Organisationen der Sozialhilfe unterstehen aufgrund ihres öffentlich-rechtlichen Status den politischen Behörden. Welche Herausforderungen dies mit sich bringt und welche möglichen Strategien zugunsten von Klientinnen mit einer Depression oder einer Angststörung auf politischer Ebene umgesetzt werden könnten, ist Thema des nächsten Kapitels.

8.3 Ebene der Gesellschaft und der Politik

Die Grundlage für eine umfassende und unterstützende Begleitung von Sozialhilfebeziehenden bildet vor allem auch die Bereitstellung von ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen durch die politischen Gremien. Politische Entscheide wiederum sind stark von gesellschaftlich verankerten Normen und Wissensbeständen abhängig. Deshalb werden Haltungen und Wissen sowohl auf politischer wie auch auf gesellschaftlicher Ebene betrachtet. Abschliessend wird eine Auswahl an Möglichkeiten aufgezeigt, die Sozialarbeitenden eine Einflussnahme bieten.

8.3.1 Grundhaltungen

Es wurde dargelegt, dass mehrere Faktoren zu einer höheren Prävalenz von psychischen Krankheiten bei Frauen führen können. Dabei fällt auf, dass herkömmliche Geschlechterstereotypen in den Erklärungsansätzen eine zentrale Rolle spielen und in der Gesellschaft nach wie vor stark verankert sind. Die bei der Einführung der Sozialversicherungen vorherrschende Norm des „Ernährermodells“, einer ununterbrochenen Berufslaufbahn durch den Mann und der Erziehungs- und Familienarbeit durch die Frauen, wurde in den bisherigen Reformen der Sozialversicherungen mit wenigen Anpassungen übernommen. Weiter wurde aufgezeigt, dass sowohl eine psychische Erkrankung als auch der Sozialhilfebezug nach wie vor Stigmatisierungsprozessen unterliegen. Die Norm des gesunden Menschen, der einer Erwerbsarbeit nachgeht und so seinen Lebensunterhalt aus eigener Kraft bestreiten kann, ist in Politik und Gesellschaft vorherrschend.

Gemäss der Definition der IFSW (2018, o.S.) ist der Auftrag der Profession Soziale Arbeit die Förderung des sozialen Wandels, die Problemlösung in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um Wohlbefinden zu erreichen. Die Soziale Arbeit ist demnach verpflichtet, Missstände zu benennen und zu deren Behebung beizutragen. Nach Staub-Bernasconi (2018) besteht die Herausforderung für Sozialarbeitende darin, sich die theoretischen Kenntnisse zu den entsprechenden Problemlagen und Strategien für deren Überwindung anzueignen (S. 122). Nur so kann jedoch ein Beitrag geleistet werden, um an den Veränderungen in der Haltung von Gesellschaft und Politik mitzuwirken.

8.3.2 Spezifisches Fachwissen

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sowohl Gesellschaft wie auch Politik Zugang zu den Wissensbeständen über Ursachen und Folgen von psychischen Krankheiten, die Auswirkungen der Diskriminierungen von Frauen und über Gründe und Folgen des Sozialhilfebezuges verfügen könnten. Entsprechende Statistiken und Studien sind frei zugänglich. Wie im Kapitel zur Stigmatisierung dargelegt, finden insbesondere zu den Themen psychische Krankheit und Sozialhilfebezug jedoch negativ konnotierte Veröffentlichungen in den Medien stärkere Beachtung als die Darstellung von durchschnittlichen („normalen“) Phänomenen. Genau wie in Bezug zu den Haltungen wird Sozialarbeitenden empfohlen, ihren Beitrag zu leisten, um den Wissensstand zu den entsprechenden Themen in Gesellschaft und Politik zu erhöhen.

8.3.3 Konkretes Handeln

Sowohl aktuell vorherrschende Grundhaltungen wie auch bestehende Wissenslücken stellen Frauen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind und an einer Depression oder einer Angststörung erkrankt sind, vor grosse Herausforderungen. Staub-Bernasconi (2018) fordert die Profession Soziale Arbeit dazu auf, diese nicht untätig hinzunehmen, sondern dem Auftrag der Profession gemäss für soziale Gerechtigkeit und Menschenrechte aktiv zu werden (S. 452). Im Folgenden werden konkrete, aber teilweise auch utopische politische Vorschläge formuliert. Sie sollen als Denkanstösse dienen und aufzeigen, in welchen zum Teil bereits bestehenden Initiativen sich Sozialarbeitende engagieren und damit dazu beitragen können, insbesondere die Situation für Frauen mit einer Depression oder Angststörung in der Sozialhilfe zu verbessern.

Schaffung einer Allgemeinen Erwerbsversicherung (AEV)

Das Denknetz Schweiz hat 2009 unter dem Titel „Die grosse Reform. Die Schaffung einer Allgemeinen Erwerbsversicherung AEV“ erstmals seine Überlegungen zur Neuorganisation des Systems zur sozialen Sicherung in der Schweiz veröffentlicht. Anstelle der zahlreichen Institutionen der sozialen Sicherung soll die AEV als einheitliche Sozialversicherung alle Einkommensausfälle im Erwerbsalter abdecken. Zudem sollen Lücken im bestehenden System geschlossen werden. Für Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung bedeutet dies beispielsweise, dass die Verschiebung zwischen den verschiedenen Versicherungsinstitutionen wegfallen würde. Im aktuellen System werden von den einzelnen Versicherungen jeweils eigene Abklärungen getroffen, was lange Wartezeiten bis zu einer abschliessenden Entscheidung nach sich zieht. Es ist anzunehmen, dass die Zeit verkürzt werden kann, wenn nur eine Versicherung involviert ist und damit früher mit einer gezielten Unterstützung gestartet werden kann. Zudem sieht die AEV für Personen, die eine langdauernde oder bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer oder körperlicher Erkrankung erleiden, einen unbeschränkten Taggeldbezug vor. Wofür die AEV keine Lösung bietet, ist die Loslösung von Versicherungsleistungen von der bezahlten Erwerbsarbeit. Sie basiert, wie die aktuellen Sozialversicherungen, auf dem Versicherungsprinzip. Die Soziale Arbeit muss sich deshalb aktiv in den weiteren Denkprozess einbringen, damit auch Menschen, die bereits beim Erreichen des Erwerbsalters durch eine psychische Krankheit arbeitsunfähig sind, von einer Reform des Systems zur sozialen Sicherung profitieren können.

Ausbau des Einarbeitungszuschusses der IV

Die IV kennt bereits den Einarbeitungszuschuss. Damit werden während maximal 180 Tagen die Bruttolohnkosten getragen (Informationsstelle AHV/IV, 2018, S. 9). Nach längerer Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit ist es aber in der Regel nicht möglich, mit einem 100% Arbeitspensum einzusteigen. Mit 40% oder 50% Arbeitstätigkeit wiederum können in einem halben Jahr möglicherweise nicht alle

anfallenden Arbeiten eingearbeitet werden. Die sechs Monate können also für eine Person mit psychischer Störung eine zu kurze Einarbeitungszeit bedeuten. Die Einarbeitungszuschüsse müssen deshalb während mindestens 12 Monaten geleistet werden.

Weitere Verbreitung des „Supported Employment“

Es besteht Grund zur Annahme, dass die Arbeit in einem grossen Unternehmen oder einem grossen Team sowohl auf Frauen mit einer unipolaren Depression wie auch auf Frauen mit einer Angststörung beängstigend wirken kann. Deshalb muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass auch kleine Betriebe entsprechende Stellen anbieten können. Der bereits bestehende Ansatz des „Supported Employment“ hat sich laut Baer (2013) in den vergangenen Jahren in der Schweiz stark verbreitet (S. 341). Dabei geht es darum, dass psychisch kranke Personen am Arbeitsplatz eng begleitet werden. Kleine Unternehmen, die eine zusätzliche Unterstützung von psychisch erkrankten Mitarbeitenden nicht leisten können, könnten so entlastet werden. Brieger und Hofmann (2012) nennen als zentrale Aspekte für eine nachhaltige Arbeitsintegration einerseits die Unbefristetheit der Arbeitsstelle und andererseits die unbefristete Begleitung der psychisch kranken Arbeitnehmenden und ihrer Vorgesetzten (S. 842). Mit der Aussicht auf eine langfristige Begleitung durch eine Fachperson kann es auch kleinen Unternehmen möglich sein, eine Arbeitnehmerin mit einer psychischen Erkrankung einzustellen.

Diskussion über die Neudefinition von Arbeit

Der aktivierende Sozialstaat orientiert sich ausschliesslich an der Erwerbsarbeit. Der Zugang dazu ist sowohl für Männer wie auch für Frauen mit einer psychischen Erkrankung aufgrund der Symptomatik erschwert. Bei Frauen spitzt sich die Situation durch mögliche Tätigkeitsunterbrüche aufgrund von Betreuungsarbeit und durch die Benachteiligung bei der Stellensuche weiter zu. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht müssen jedoch Frauen in der Sozialhilfe eine zumutbare Arbeit annehmen. Ein Problem stellt beispielsweise das Arbeitspensum dar, wenn eine Person aufgrund der psychischen Erkrankung nur kurze Einsätze leisten kann. Wird der Begriff „Arbeit“ von der Koppelung mit dem Begriff „Erwerbsarbeit“ losgelöst, würde dies bedeuten, dass Sozialhilfeempfängerinnen ein viel breiteres Spektrum an Tätigkeiten eröffnet würde. Ein Beispiel wäre die Nachbarschaftshilfe, bei der beispielsweise Familien mit kleinen Kindern oder betagte Menschen punktuell unterstützt werden könnten. Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung müssen dabei selbst bestimmen, wo und wie häufig sie einen Einsatz leisten können, sich jedoch auch während eines bestimmten Zeitraums dazu verpflichten. Damit erhalten sie nicht nur die Möglichkeit, soziale Kontakte aufzubauen und zu pflegen, die Verpflichtung führt auch zu einer minimalen Strukturierung der Woche oder bei einer höheren Leistungsfähigkeit zu einer Tagesstruktur. In der Sozialhilfe mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung muss die Freiwilligenarbeit der Aufnahme einer Erwerbsarbeit gleichgesetzt werden und zu einem entsprechend höheren Sozialhilfebudget führen.

Gesetzliche Verpflichtung von Unternehmen, Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen

Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung können den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes oft nicht genügen, da ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Einer Arbeit nachzugehen, ist jedoch ein zentraler Aspekt unseres Lebens. Die Aktion Psychisch Kranke (2004) hält fest, dass dies gerade für Personen mit einer psychischen Krankheit gelte, da Arbeit Möglichkeiten schafft

- durch gelungene Bewältigung von äusseren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer, ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit zu erhalten
- eine normale soziale Rolle einzunehmen und somit einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken
- die Genesung leicht erkennbar zu machen
- den sozialen Status und die Identität zu fühlen
- soziale Kontakte und Unterstützung zu erleben
- eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten (S. 23).

Dies zeigt auf, dass Arbeit nicht nur einen krankmachenden Anteil besitzen kann, sondern auch einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat. Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten aufgrund von Befürchtungen, ihre Einstellung führe zwangsläufig zu einem Mehraufwand für das Unternehmen, jedoch kaum Arbeitsstellen. Deshalb sind rechtliche Grundlagen nötig, die die Unternehmen dazu verpflichten, ihre soziale Verantwortung wahrzunehmen und entsprechende Stellen zu schaffen.

Entstigmatisierung von psychischer Krankheit und Sozialhilfe

Sowohl psychische Krankheit wie auch Sozialhilfebezug werden von der Mehrheitsbevölkerung negativ bewertet und stigmatisiert. Ausgelöst werden die Prozesse unter anderem auch durch Medienberichterstattung über Gewalttaten, verübt durch psychisch kranke Menschen oder über Fälle von Sozialhilfemissbrauch. Damit werden die Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen und Sozialhilfebeziehenden weiter gefestigt. Als Gegenmassnahme veröffentlichen Sozialarbeitende ihrerseits regelmässig populärwissenschaftliche Beiträge zu den Ursachen von psychischer Krankheit und Sozialhilfeabhängigkeit. Die Grundlagen für die Berichte liefern Forschung und Statistik.

Beseitigung geschlechtsspezifischer Ungleichheit und Diskriminierung

Seit der ersten Frauenbewegung zu Beginn des 20. Jahrhunderts sind grosse und kleine Fortschritte in der Gleichberechtigung der Geschlechter zu verzeichnen, aber immer wieder müssen auch Rückschritte konstatiert werden. Eine ethische Verpflichtung gegenüber Klientinnen und Klienten muss auch eine nicht-diskriminierende Haltung und entsprechendes Handeln einschliessen. Auf politischer Ebene ist darauf hin zu arbeiten, dass Klientinnen in ihrer spezifischen Situation als Frauen ernst

genommen werden, dass Sozialarbeiterinnen ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt und entlohnt werden und dass Frauen in der Gesellschaft generell die gleichen Rechte erhalten wie Männer.

Die Begleitung und Unterstützung von Frauen mit Depression oder einer Angststörung stellt Sozialarbeitende in der Sozialhilfe vor grosse Herausforderungen. Wie aufgezeigt, können jedoch auch zahlreiche Strategien und Empfehlungen erarbeitet werden, wie diesen zu begegnen ist. Sozialarbeitende müssen insbesondere auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene aktiv sein. Die Aufzählung einiger möglicher Bereiche für ein Engagement vermag bereits zu verdeutlichen, wie breit das Spektrum der zu bearbeitenden Themen ist. Jede Sozialarbeiterin und jeder Sozialarbeiter kann sich deshalb genau zu diesen Themen äussern, denen sie oder er eine besondere Bedeutung zumisst. Schlussendlich geht es darum, dass Sozialarbeitende im Rahmen des dritten Mandates nach Staub-Bernasconi (2018) verpflichtet sind, Aufträge, die fachliche und ethische Standards verletzen, einen diskriminierenden, entwürdigenden, die Klientinnen oder ihr Umfeld schädigenden Umgang zur Folge haben, an die Vorgesetzten, Träger und/oder an die Politik zurückzugeben mit der Forderung, die Verantwortung dafür zu übernehmen (S. 118).

Diese Arbeit soll abgeschlossen werden mit einer Zusammenfassung der Erkenntnisse, welche auf verschiedenen Ebenen eine adäquate Unterstützung von Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung ermöglichen. Mit einem Blick über die Soziale Arbeit hinaus wird ausserdem der weitere Forschungsbedarf eruiert und das Thema wird in einen allgemeinen Kontext gesetzt.

9 Fazit und Ausblick

Die Arbeit hat aufgezeigt, dass die Realitäten im Arbeitsfeld der Sozialhilfe nicht abgestimmt sind auf die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit einer Depression oder Angststörung. Allerdings zeigt sich auch, dass die Grundsätze der Sozialhilfe durchaus so interpretiert werden können, dass es möglich ist, den betroffenen Frauen gerecht zu werden und ihnen eine Unterstützung zukommen zu lassen, welche über die materielle Grundsicherung hinausgeht.

Auf allen Ebenen und in allen Bereichen zeigt sich die Erkenntnis, dass Frauen mit einer unipolaren Depression oder Angststörung von Menschen in ihrem Umfeld Verständnis, Vertrauen in ihre Fähigkeiten und Wertschätzung nötig haben. Andererseits ist auch immer wieder zu betonen, dass eine reine Ressourcenorientierung bei dieser Klientel nicht zielführend ist, sondern dass es ebenso wichtig ist, eine Überforderung zu vermeiden. Wer die Aussage von Moser und Lüthy (2012) ernst nimmt, dass sie nur so viel von den Klientinnen und Klienten verlangen, „wie sie sich selbst zutrauen“ (S. 24), stellt sich die Frage, wie dies erreicht werden kann. Darauf gibt es keine allgemein gültige Antwort,

sondern es muss mit der einzelnen Frau in ihrer Situation nach individuellen Lösungen gesucht werden. Dies braucht genügend Zeit und eine intensive Auseinandersetzung.

Haltungen, Fachwissen und Handlungen von Fachpersonen, Entscheidungsträgern und -trägerinnen und letztlich auch von der Bevölkerung prägen den Umgang mit den Betroffenen. Nicht nur im direkten Kontakt, auch in der Führung einer Organisation, auf politischer Ebene, in Medien und in Abstimmungen entscheidet sich, wie Frauen mit einer Depression oder einer Angststörung in der Sozialhilfe begegnet wird.

Konkret gilt es auch, die Vorgaben der Sozialhilfe ernst zu nehmen, dass die Unterstützung unabhängig vom Grund der Situation als letzte Absicherung gewährt wird – im Fall von psychisch kranken Frauen und Männern ist erst recht ein vorbehaltloses Gegenübertreten wichtig. Damit geht die Forderung nach einer alternativen Definition von Arbeit einher. Tätigkeiten, welche die Betroffenen bewältigen können, sind auszuhandeln und im Sozialhilfesystem zu honorieren. Dazu gehört auch das ausdrückliche Einverständnis der Leitenden, dass die Mitarbeitenden in der Sozialhilfe die Spielräume nützen dürfen als Rahmenbedingung für den individuellen Umgang mit den Betroffenen. Hilfreich ist dazu sicher eine Spezialisierung einzelner Teammitglieder, so dass Klientinnen mit Depressionen oder Angststörungen professionell von Fachpersonen beraten werden können.

Bereits in der Ausbildung von Sozialarbeitenden muss aber das Vermitteln von Grundwissen zu psychischen Störungen ein fester und für alle obligatorischer Bestandteil sein. Wer mit einer Klientin mit einer bestimmten Diagnose arbeitet, muss wissen, was das für ihren Alltag bedeutet. Und wer bestimmte Symptome bei einer Klientin beobachtet, muss daran denken und sensibilisiert sein dafür, dass dies mit einer psychiatrischen Diagnose in Verbindung stehen könnte. Damit ist nicht gemeint, dass Sozialarbeitende selber Diagnosen stellen sollen, sondern dass sie gut vernetzt sein müssen mit spezialisierten Stellen wie zum Beispiel psychiatrischen Institutionen. Um die Sensibilität für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu entwickeln, sind regelmässige persönliche Weiterbildungen und institutionalisierte Austauschgefässe wie Intervision oder Supervision mit externen Fachpersonen nötig.

Es muss eine breitere Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten angestrebt werden, zum Beispiel im Sinne der Entstigmatisierungskampagne „Wie geht es dir?“ (Pro Mente Sana, n.d., o.S.). Die Kampagne wurde von der Stiftung Pro Mente Sana entwickelt und wird von mehreren Kantonen getragen. Auch die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH unterstützen die Kampagne. Solche Aktionen führen zu einer besseren Akzeptanz von Menschen mit psychischen Störungen. Das spezifische Wissen über die Symptomatik und ihre Auswirkungen auf die Lebensführung und den Alltag von

Betroffenen kann einer Stigmatisierung entgegenwirken. Ebenso wichtig ist eine solche Kampagne für die Betroffenen selber, um damit eine Selbststigmatisierung zu verhindern oder zu verringern.

Eine weitere grundlegende Voraussetzung ist die Reflexion von Sozialarbeitenden, Fachpersonen auf allen Ebenen und in der Bevölkerung zum Thema Geschlechterstereotypen und geschlechtsspezifischen Machtverhältnissen. Es muss verhindert werden, dass Frauen mit Gewalterfahrung oder mit psychischen Problemen aufgrund von langjähriger Diskriminierung implizit eine Mitverantwortung unterstellt wird.

In dieser Arbeit wurden Frauen mit einer unipolaren Depression oder einer Angststörung als Klientinnen der Sozialhilfe ins Zentrum gestellt. Die Forderung nach einer wertschätzenden und auf Vertrauen basierenden Interaktion gilt selbstverständlich generell für alle Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. Sie gilt auch für beide Geschlechter und ist nicht auf die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen oder auf bestimmte Störungsbilder zu beschränken.

Auch nach den Erkenntnissen dieser Arbeit bleiben viele Fragen unbeantwortet und es ist weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung und Forschung nötig. Es müsste mit Hilfe von Befragungen direkt Betroffener eruiert werden, welche konkreten Bedürfnisse sie haben und wie sie sich am besten unterstützt fühlen. Interessant wäre auch eine Bedarfserhebung beziehungsweise die Entwicklung und Evaluation alternativer Arbeitsintegrationsprojekte für Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe mit psychischen Erkrankungen. Analog dazu könnte ein solches Projekt mit einem Arbeitsangebot speziell für Frauen ausgearbeitet und überprüft werden. Es wäre auch interessant und wichtig zu untersuchen, wie Sozialarbeitende Klientinnen begegnen, die (noch) keine psychiatrische Diagnose haben, aber durch ihr Verhalten auffallen. Es wäre auszuarbeiten, welche Hilfestellungen Sozialarbeitende für eine professionelle Arbeit in einer solchen Situation unterstützen könnten.

Mit einem Blick über die Soziale Arbeit hinaus ist als Vision anzustreben, geschlechtsspezifische Ungleichheit und Diskriminierung zu überwinden. Damit „Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Lebenszufriedenheit, Optimismus und soziale Unterstützung“ (Lee et. al., 2013, S. 274) als Schutzfaktoren vor psychischen Erkrankungen greifen können, müssen auch Männer in die Bemühungen und Prozesse der Gleichstellung zwischen den Geschlechtern mit einbezogen werden. Die Politik ist dazu aufgefordert, durch klare Leitlinien und gesetzliche Verankerungen gegen Diskriminierung, Benachteiligung und ungleiche Behandlung aufgrund des Geschlechts gezielt vorzugehen. Letztlich können alle Menschen dazu beitragen, die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu thematisieren, zu verhindern und abzubauen und so eine gesellschaftliche Veränderung herbei zu führen. Wie Bohnet (2017) auf der Titelseite ihres Bestsellers fordert: „Nicht die Frauen müssen sich ändern, sondern die Spielregeln“.

10 Literatur

- Aktion Psychisch Kranke. (2004). *Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“* [PDF]. Abgerufen von <http://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/themenspezifische-veroeffentlichungen/>
- Avenir Social. (2010). *Berufkodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/berufsethik>
- Aydin, Nilüfer & Fritsch, Katrin. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut* 60, 245-257. doi: 10.1007/s00278-015-0024-9
- Baer, Niklas. (2013). Arbeitsintegration und Arbeitsplatzverlust bei psychisch kranken Menschen. In Anna Maria Riedi, Michael Zwilling, Marcel Meier Kressig, Petra Benz Bartoletta & Doris Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S. 336-344). Bern: Haupt.
- Baer, Niklas. (2014). Psychische Probleme und Armut sind eng miteinander verbunden. *Zeitschrift für Sozialhilfe*, 1 (22-23). Abgerufen von <http://www.skos.ch>
- Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bandelow, Borwin, Lichte, Thomas, Rudolf, Sebastian, Wiltink, Jörg & Beutel, Manfred. (2015). *S3-Leitlinie Angststörungen*. doi: 10.1007/978-3-662-44136-7
- Ban Ki-moon. (2007). „Gewalt gegen Frauen ist immer ein Verbrechen“. *Erklärung zum Internationalen Tag für die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen, 25. November 2007* [Website]. Abgerufen von <https://www.unric.org/de/pressemitteilungen/13617>
- Banger, Markus. (2001). Affektive Störungen im Klimakterium. In Anita Riecher-Rössler & Anke Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 34-46). Basel: Karger.
- Barz, Helmut. (1997). *Psychopathologie und ihre psychologischen Grundlagen* (4. ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Becker, Eni S. (2011). Spezifische Phobien. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 972-982). Berlin: Springer.
- Belz, Martina & Riecher-Rössler, Anita. (2013). Welcher Psychotherapiebedarf für wen? Geschlechtsspezifische Aspekte. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. (2013). *Frauen in*

- Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 419-432). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 6, 5-178. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz (BKSE). (2018). *Handbuch Sozialhilfe* [Website]. Abgerufen von <http://handbuch.bernerkonferenz.ch/home/>
- Bielefeldt, Heiner. (2010). Das Diskriminierungsverbot als Menschenrechtsprinzip. In Ulrike Hormel & Albert Scherr. (Hrsg.). *Diskriminierung* (S. 21-34). Wiesbaden: Springer VS.
- Bird, Chloe E. & Rieker, Patricia P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Journal of Social Science and Medicine*, 48, 745-755.
- Blair, Karina S., Otero, Marcela, Teng, Cindy, Geraci, Marilla, Lewis, Elisabeth, Hollon, Nick, Blair, James R., Ernst, Monique, Grillon, Christian & Pine, Daniel S. (2016). Learning from other people's fear: amygdala-based social reference learning in social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 46, 2943-2953. doi: 10.1017/S0033291716001537
- Bohnet, Iris. (2017). *What works. Wie Verhaltensdesign die Gleichstellung revolutionieren kann*. München: C. H. Beck.
- Bolte, Gabriele. (2016). Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In Claudia Hornberg, Andrea Pauli & Birgitta Wrede. (Hrsg.). *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 103-125). Wiesbaden: Springer VS.
- Bornschein, Susanne & Hausteiner-Wiehle, Constanze. (2016). Besondere Aspekte einer geschlechtersensiblen Behandlung in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. In Claudia Hornberg, Andrea Pauli, & Birgitta Wrede (Hrsg.), *Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 177-195). Wiesbaden: Springer VS
- Bovet, Sabine & Buman, Jessica. (2009). *Erfahrungen von Fachpersonen aus ambulanten Institutionen aus dem Gesundheits- und psychosozialen Bereich im Umgang mit Opfern von Gewalt in Ehe und Partnerschaft*. Bachelor-Thesis an der HES-SO Wallis Bereich Gesundheit & Soziale Arbeit.
- Brakemeier, Eva-Lotta & Schramm, Elisabeth. (2013). Interpersonelle Psychotherapie (IPT). In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. (2013). *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen;*

- Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 302-313). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Brieger, Peter & Hoffmann, Holger. (2012). Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? „Supported employment“ vs. „pre-vocational training“ [PDF]. *Nervenarzt*, 83, 840-846.
doi: 10.1007/s00115-011-3470-9
- Broverman, Inge K., Broverman, Donald M., Clarkson, Frank E., Rosenkrantz, Paul S. & Vogel, Susan R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 34(1), 1-7.
- Büchle, Agnes. (2010). Gewalt gegen Frauen: Viel erreicht! Wenig verändert? Von der Veröffentlichung der Gewalt gegen Frauen bis zum unterstützenden Beratungskonzept. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie* (S. 75-85). Giessen: Psychosozial.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (Hrsg.). (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch>
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). (2016). *Faktenblatt Armut in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.admin.ch>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2016a). *Armut und materielle Entbehrung. Ergebnisse 2007 bis 2014* [PDF]. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350084/master>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2016b). *Löhne in ausgewählten Wirtschaftsbranchen* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-frau-mann/loehne/ausgewaehlte-wirtschaftsbranchen.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2017). *Sozialhilfebeziehende in der Schweiz 2016* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2018a). *Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2016. Armut in der Schweiz. Armut ist in der Schweiz meist von kurzer Dauer* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.4966931.html>

- Bundesamt für Statistik (BFS). (2018b). *Gesundheit. Taschenstatistik 2017* [PDF], Neuchâtel. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.4342091.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2018c). *Instrumente zur medizinischen Kodierung* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (n.d.). *Armut* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armut.html>
- Butcher, James N., Mineka, Susan & Hooley, Jill M. (2009). *Klinische Psychologie* (13. aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Caplan, Paula J. (1992). Gender Issues in the Diagnosis of Mental Disorder. *Women & Therapy*, 12(4), 71-82. doi: 10.1300/J015v12n04_07
- Cattapan-Ludewig, Katja & Seifritz, Erich. (2010). Ätiologie von depressiven Störungen – das „biopsychosoziale Modell“. *Therapeutische Umschau*, 67(11), 566-570. doi: 10.1024/0040-5930/a000096
- Chodorow, Nancy. (1994). *Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter*. München: Verlag Frauenoffensive. (Original 1978).
- Comer, Ronald J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.
- Dahme, Heinz-Jürgen. (2008). Krisen der öffentlichen Kassen und des Sozialstaats [PDF]. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 12-13/2008. Abgerufen von <http://www.bpb.de>
- Deisenhammer, Eberhard A. (2012a). Antidepressive Akuttherapie: Pharmako- und Psychotherapie. In Wolfgang W. Fleischhacker & Hartmann Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 175-180). Wien: Springer. doi: 10.1007/978-3-211-89865-9
- Deisenhammer, Eberhard A. (2012b). Depressive Episode F32. In Wolfgang W. Fleischhacker & Hartmann Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 161-167). Wien: Springer. doi: 10.1007/978-3-211-89865-9
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN, Bundesärztekammer BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF. (2017). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. Berlin: Springer.

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2017). *ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO* [Website]. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-11/index.htm>
- Dietz, Christine A. (2000). Responding to Oppression and Abuse: A Feminist Challenge to Clinical Social Work. *Affilia*, 15(3), 369-389.
- Dilling, Horst, Mombur, Werner, Schmidt Martin H.& Schulte-Markwort, Elisabeth. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (6. überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM). Bern: Hogrefe.
- Dingeldey, Irene. (2006). Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. In Frank Oschmianski. Aktivierender Staat und aktivierende Arbeitsmarktpolitik. *Aus Politik und Zeitgeschichte* [Website]. Abgerufen von <http://www.bpb.de>
- Domschke, Katharina, Kapfhammer, Hans-Peter & Deckert, Jürgen. (2017). Angststörungen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: allgemeine Psychiatrie. Band 2: spezielle Psychiatrie* (4. erw. und vollst. neu überarb. Aufl., S. 1857-1892). doi: 10.1007/978-3-662-49295-6_69
- Dorsch, Valenka M. & Rohde, Anke. (2015). Frauenspezifische psychische Störungen in der Psychiatrie. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-45028-0_89-1
- Ebert, Dieter & Loew, Thomas. (2011). *Psychiatrie systematisch* (Klinische Lehrbuchreihe, 8. Aufl.). Bremen: UNI-MED Verlag.
- Eckes, Thomas. (2010). Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In Ruth Becker & Beate Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. (S. 178-189). Wiesbaden: Springer VS.
- Ehlert, Gudrun. (2012). *Gender in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Perspektiven, Basiswissen*. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, EBG. (2012). *Informationsblatt 3: Gewaltspirale, Täter/-innen- und Opfertypologien: Konsequenzen für Beratung und Intervention* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/dokumentation/publikationen/publikationen-zu-gewalt/informationsblaetter-haesuliche-gewalt.html>

- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, EBG. (2018a). *Informationsblatt 9: Zahlen zu Häuslicher Gewalt in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/themen/haeusliche-gewalt/statistik.html>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, EBG. (2018b). *Istanbul-Konvention zum Schutz von Gewalt gegen Frauen tritt in Kraft* [Website]. Abgerufen von https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/das-ebg/nsb-news_list.msg-id-70247.html
- Erdemgil-Brandstätter, Anneliese (2008). „Macht – Gewalt – Krank?“ *Festveranstaltung 10 Jahre Frauenhaus Pinzgau* [PDF]. Abgerufen von <https://www.salzburg.gv.at>
- Eriksen, Karen & Kress, Victoria E. (2008). Gender and Diagnosis: Struggles and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling and Development*, Spring 2008(86), 152-162.
- Ernst, Cécile. (2001). Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht. In Anita Riecher-Rössler & Anke Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 47-61). Basel: Karger.
- Eser Davolio, Miryam, Strohmeier Navarro, Rahel, Zwicky, Heinrich, Gehrig, Milena & Steiner, Isabelle. (2017). *Falllast in der Sozialhilfe und deren Auswirkung auf die Ablösequote und Fallkosten. Wissenschaftliche Begleitung eines Pilotprojekts in der Langzeitunterstützung der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur (1.9.2015 – 28.2.2017). Schlussbericht* [PDF]. Abgerufen von https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Forschung/Vielfalt_gesellschaftliche_Teilhabe/Community_Development/
- Europarat. (2011). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht* [PDF]. Abgerufen von <https://rm.coe.int>
- Fachstelle Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ). (n.d.). *Strategie für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit* [Website]. Abgerufen von http://www.iiz.sites.be.ch/iiz_sites/de/index/navi/index/strategie.html
- Fehm, Lydia & Knappe, Susanne. (2011). Soziale Phobie. In Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 954-967). Berlin: Springer.
- Finzen, Asmus. (2013a). Psychische Erkrankungen im öffentlichen Diskurs. Anmerkungen zur aktuellen Diskussion. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* (31)3, S. 24-27. Abgerufen von <http://www.kerbe.info>

- Finzen, Asmus. (2013b). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Frances, Allen. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12(2), 111-112. doi: 10.1002/wps.20027
- Frances, Allen. (2014). Lehren, die aus den Fehlern im DSM 5 zu ziehen sind. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 38(1), 111-126 [PDF]. Abgerufen von <https://www.wiso-net.de>
- Frauengesundheitszentrum Salzburg. (n.d.). *Gender-Medizin und der kleine Unterschied* [Website]. Abgerufen von <http://www.frauengesundheitszentrum-salzburg.at>
- Freyberger, Harald J. (2016). Moderne operationalisierte Klassifikationssysteme psychischer Störungen. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 517-531). Berlin: Springer.
- Freyberger, Harald J. & Stieglitz, Rolf-Dieter. (Hrsg.). (1996). *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (10. vollst. neu bearb. und erw. Aufl.). Basel: Karger.
- Gadebusch Bondio, Mariacarla. (2014). Mann und Frau, ganz individuell. In Mariacarla Gadebusch & Elpiniki Katsari (Hrsg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. (S. 9-16). Bielefeld: transcript-Verlag.
- Galuske, Michael. (2007). „Wenn Soziale Arbeit zum Management wird...“ Anmerkungen zum aktivierenden Umbau der Sozialen Arbeit und seinen Niederschlägen in der Methodendebatte. In Jürgen E. Krauss, Michael Möller & Richard Münchmeier (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung*. (S. 333-376). Kassel: university press.
- Galuske, Michael & Rietzke, Tim. (2008). Aktivierung und Ausgrenzung – Aktivierender Sozialstaat, Hartz-Reformen und die Folgen für Soziale Arbeit und Jugendberufshilfe. In Roland Anhorn, Frank Bettinger & Johannes Stehr. (Hrsg.). *Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 399-416). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gansefort, Dirk & Jahn, Ingeborg. (2014). Mehr als „broken down by sex...“. Geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie. In Mariacarla Gadebusch & Elpiniki Katsari (Hrsg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. (S. 9-16). Bielefeld: transcript-Verlag.
- Generaal, Ellen, Timmermans, Erik J., Dekkers, Jasper E. C., Smit, Johannes H. & Penninx, Brenda W. J. H. (2018). Not urbanization level but socioeconomic, physical and social neighbourhood

- characteristics are associated with presence and severity of depressive and anxiety disorders. *Psychological Medicine*. doi: 10.1017/S0033291718000612
- Gewaltberatung Bremen. (n.d.). *Gewaltkreislauf* [Website]. Abgerufen von <https://gewaltberatung-bremen.de/blog/die-bedeutung-des-gewaltkreislaufs.html>
- Glammeier, Sandra & Bergenthal, Sonja. (2016). Lebenslagen, Diskriminierung und Empowerment psychisch erkrankter Frauen. In Claudia Hornberg, Andrea Pauli & Birgitta Wrede (Hrsg.), *Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 197-220). Wiesbaden: Springer VS.
- Gorz, André. (2000). *Arbeit zwischen Misere und Utopie* (Vom Autor für die deutsche Ausg. erw. und autorisierte Übers.) Frankfurt: Suhrkamp.
- Grossmass, Ruth. (2010). Frauenberatung im Spiegel von Beratungstheorie und Gender-Diskursen. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie*. (S. 61-73). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Grüne Partei der Schweiz. (n.d.). *Sozialpolitik. Grüne Position zu Arbeit und sozialer Sicherheit. Umbau statt Abbau* [Website]. Abgerufen von http://www.gruene.ch/gruene/de/positionen/soziales/soziale_sicherheit/positionsapiere/gruene_position_zu_arbeit_und_sozialer_sicherheit.html
- Häfeli, Christoph. (2008). Prinzipien der Sozialhilfe. In Christoph Häfeli (Hrsg.), Karin Anderer, Cornelia Breitschmid, Claudia Hänzi, Peter Mösch Payot, Christoph Rüegg, Urs Vogel und Peter Voll. *Das Schweizerische Sozialhilferecht. Rechtsgrundlagen und Rechtssprechung*. (S. 65-86). Luzern: interact.
- Harkness, Daniel. (2011). The Diagnosis of Mental Disorders in Clinical Social Work: A Review of Standards of Care. *Clinical Social Work Journal*, 39, (223-231). doi: 10.1007/s10615-010-0263-8
- Haug, Achim. (2017). *Psychiatrische Untersuchung. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in Praxis und Klinik* (8. vollst. überarb. Aufl.). doi: 10.1007_978-3-662-54666-6
- Hausmann, Armand. (2012a). Ätiologie und Pathogenese affektiver Erkrankungen. In Wolfgang W. Fleischhacker & Hartmann Hinterhuber. *Lehrbuch Psychiatrie*. (S. 155-161). Wien: Springer-Verlag.
- Hausmann, Armand. (2012b). Differenzialdiagnose affektiver Störungen. In Wolfgang W. Fleischhacker & Hartmann Hinterhuber. *Lehrbuch Psychiatrie*. (S. 174). Wien: Springer-Verlag.
- Heise, Herbert. (2008). Das ist in einem gewissen Sinne ein trauriges Leben. *Zeitschrift für Sozialhilfe*, 4/2008, 4-6.

- Heusser, Pierre. (2015). Wo brennt es heute in der Sozialhilfe? Eine Viertelmillion Sozialhilfebezieher leben heute in der Schweiz – ein Blick auf ein Abhängigkeitsverhältnis mit besonderen Herausforderungen [PDF]. *Sozialaktuell*, 7-8/2015, 24-25. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Hillmann, Karl-Heinz. (2007). *Wörterbuch der Soziologie* (5. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kröner.
- Hoff, Paul. (2005). Psychiatrische Diagnose heute – notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett?. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* (156)1, S. 4-12. doi: 10.4414/sanp.2005.01562
- Hoyer, Jürgen & Beesdo-Baum, Katja. (2011). Generalisierte Angststörung. In Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 938-951). Berlin: Springer.
- Huf, Patrycja & Kasper, Siegfried. (2016). Geschlechterspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In Claudia Hornberg, Andrea Pauli & Birgitta Wrede (Hrsg.), *Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 157-176). Wiesbaden: Springer VS.
- In-Albon, Tina & Margraf, Jürgen. (2011). Panik und Agoraphobie. In Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 916-933). Berlin: Springer.
- Informationsstelle AHV/IV. (2018). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkblätter-Formulare/Merkblätter/Leistungen-der-IV>
- International Federation of Social Workers (IFSW). (2018). *Global Definition of the Social Work Profession* [Website]. Abgerufen von <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Irons, Chris. (2014). *Depression*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- Iseli, Daniel & Schneider, Philipp. (2013). Die Qualitätsfrage in der Sozialen Arbeit. Qualitätsmanagement zwischen Anspruch der KlientInnen und Orientierung an gesellschaftlichen und sozialpolitischen Aufträgen [PDF]. *Sozialaktuell*, 3/2013, 10-13. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Jacobi, Frank, Wittchen, Hans-Ulrich, Höltling, Christoph, Höfler, Michael, Müller, Nina & Lieb, Roselind. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611. doi: 10.1017/S0033291703001399
- Kasten, Hartmut. (2003). *Weiblich – männlich. Geschlechterrollen durchschauen* (2., überarb. Aufl.). München: Reinhardt.

- Kaufmann, Franz-Xaver. (2005). *Sozialpolitik und Sozialstaat. Soziologische Analysen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klesse, Christian, Baumeister, Harald, Bengel, Jürgen & Härter, Martin. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53, 49-62. doi: 10.1007/s00278-007-0580-8
- Knöpfel, Carlo. (2016). Die Zukunft der Sozialhilfe. Balanceakt zwischen Auftrag, finanziellen Ressourcen und Personal [PDF]. *Sozialaktuell*, 7-8/2016, 11-13. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Kühner, Christine. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. (2013). *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 289-301). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Kutzner, Stefan. (2009a). Die Hilfe der Sozialhilfe: integrierend oder exkludierend? Menschenwürde und Autonomie im Sozialhilfewesen. In Stefan Kutzner, Ueli Mäder, Carlo Knöpfel, Claudia Heinzmann & Daniel Pakoci (Hrsg.), *Sozialhilfe in der Schweiz. Klassifikation, Integration und Ausschluss von Klienten*. (S. 25-59). Zürich: Rüegger.
- Kutzner, Stefan. (2009b). Kann Sozialhilfe aktivieren? Über die Grenzen eines neuen sozialstaatlichen Paradigmas [PDF]. *Sozialaktuell*, 6/2009, 16-18. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Lamnek, Siegfried, Luedtke, Jens, Ottermann, Ralf & Vogl, Susanne. (2013). *Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Lee, Ji Hee et al. (2013). Resilience: A Metaanalytic Approach. *Journal of Counseling & Development*, July 2013, 91, 269-279.
- Lieb, Roselind, Schreier, Andrea & Müller, Nina. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie* 8(1) [PDF]. 86-102. Abgerufen von <https://cip-medien.com>
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang. (2010). „Wenn Sie nicht selber etwas wollen, dann passiert gar nichts“. Aktivierende Arbeitsmarktpolitik und die Grenzen der „Individualisierung“ von Arbeitslosigkeit. *Zeitschrift für Rechtssoziologie* 31(1/2010), 21-28.
- Maeder, Christoph & Nadai, Eva. (2004). *Organisierte Armut. Sozialhilfe aus wissenssoziologischer Sicht*. Konstanz: UVK.
- Martino, Heloisa, Rabenschlag, Franziska, Koch, Ursula et al. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen*

- Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit*. Public Health Schweiz. Abgerufen von <https://public-health.ch/de/aktivitäten/fachgruppen/mentalhealth>
- Maschewsky-Schneider, Ulrike. (2016). Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In Claudia Hornberg, Andrea Pauli & Birgitta Wrede. (Hrsg). *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 25-47). Wiesbaden: Springer VS.
- Möller, Hans-Jürgen, Laux, Gerd & Deister, Arno (1996). *Psychiatrie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Moser, Elsi B. & Lüthy, Christoph. (2012). Die Kunst der Integration. Sozialhilfe und psychische Beeinträchtigung: Ansichten aus der Perspektive von Betroffenen. *SozialAktuell*, 4, 24-25.
- Müller de Menezes, Rahel. (2012). *Soziale Arbeit in der Sozialhilfe. Eine qualitative Analyse von Fallbearbeitungen*. doi: 10.1007/978-3-531-94338-1
- Nadai, Eva. (2009). Aktiv ins Abseits. Aktivierende Sozialhilfe und die Produktion von Unsicherheit [PDF]. *Sozialaktuell*, 6/2009, 12-15. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Neuenschwander, Peter, Hümbelin, Oliver, Kalbermatter, Marc & Ruder, Rosmarie. (2012). *Der Schwere Gang zum Sozialdienst. Wie Betroffene das Aufnahmeverfahren der Sozialhilfe erleben*. Zürich: Seismo.
- Nolen-Hoeksema, Susan. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Nyberg, Elisabeth & Riecher-Rössler, Anita. (2013). Psychische Belastung durch häusliche Gewalt. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen-Störungsbilder-Behandlungskonzepte. Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie). (S. 83-92). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Olesen, Jes, Gustavsson, Anders, Svensson, Mikael, Wittchen, Hans-Ulrich & Jönsson, Bengt. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.
- Payk, Theo R. (2010). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose* (3. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Piontek, Tobias. (2009). *Stigmatisierung im Erleben von Jugendlichen mit Erfahrungen in der Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung*. Hannover: Blumhardt.
- Portmann, Darius. (2009). Das Recht auf Teilhabe. Soziale Gerechtigkeit im aktivierenden Saal. *Sozial Aktuell*, 6/2009, 24-25. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>

- Pro Mente Sana (n.d.). *Wie geht's Dir? Wir reden über psychische Gesundheit und Krankheiten*.
[Website]. Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/>
- Quindeau, Ilka. (2013). Depression. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. (Hrsg.) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 95-104). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Rachman, Stanley. (2000). *Angst. Diagnose, Klassifikation und Therapie*. Bern: Huber.
- Riecher-Rössler, Anita. (2008). Depressionen bei Frauen: Warum sind Frauen häufiger betroffen als Männer? *Ars Medici*, 13, 560-562.
- Riecher-Rössler, Anita & Rohde, Anke. (Hrsg.). (2001). *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger.
- Salzgeber, Renate. (2012). Auswirkungen der 4. AVIG-Revision auf die Sozialhilfe. *Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik*, 9, 62-66. Abgerufen von <https://dievolkswirtschaft.ch>
- Scheffler, Sabine. (2013). Frauenspezifische Behandlungsangebote – Psychotherapie, Beratung und Selbsthilfe. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 381-394). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Schiepek, Günter, Kronberger, Helmut & Aichhorn, Wolfgang. (2013). Angststörungen. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 105-123). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Schigl, Brigitte. (2012). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmid, Walter. (2009). „Anreizsysteme dürfen nicht zu etwas Absolutem erklärt werden.“ Chancen und Grenzen der aktivierenden Sozialhilfe aus Sicht der SKOS [PDF]. *Sozialaktuell*, 6/2009, 19-21. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Schneider, Wolfgang & Freyberger, Harald J. (2014). Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 59, 439-447. doi: 10.1007/s00278-014-1080-2
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Natalie & Camenzind, Paul. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Schulze, Beate. (2005). Praxiserfahrungen. In Wolfgang Gaebel, Hans-Jürgen Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. (S. 122-154). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schütz, Astrid. (2018). *Selbstwert* [Website]. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/selbstwert/>
- Schuwey, Claudia & Knöpfel, Carlo. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Luzern: Caritas.
- Schwander, Marianne. (2003). Interventionsprojekte gegen Häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, Heft 2*, 195-215.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2005). *Richtlinien für die Ausgestaltung der Sozialhilfe* [PDF] (4. überarb. Ausg.). Abgerufen von <https://www.skos.ch>
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2012). *Rahmengesetz Sozialhilfe. Worum es uns geht*. [PDF]. Abgerufen von <https://www.skos.ch>
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2016). *Häufig gestellte Fragen*. [PDF]. Abgerufen von <https://www.skos.ch>
- Schweizerischer Gewerkschaftsbund. (n.d.). *Zahlen und Fakten. Fairpay – Ein Projekt des SGB* [Website]. Abgerufen von <https://www.lohngleichheit.ch/dt/zahlen-d.php>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (Hrsg.). (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* [PDF]. Abgerufen von <https://www.obsan.ch>
- Seem, Susan Rachael & Clark, M. Diane. (2006). Healthy Women, Healthy Men, and Healthy Adults. An Evaluation of Gender Role Stereotypes in the Twenty-first Century. *Sex Roles*, 55(3-4), 247-258. doi: 10.1007/s11199-006-9077-0
- Seithe, Mechthild. (2012). *Schwarzbuch Soziale Arbeit*. (2. durchges. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Sellach, Brigitte. (2000). *Ursache und Umfang von Frauenarmut. Gutachten*. [PDF]. Frankfurt: Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. Abgerufen von <http://www.gsfev.de/armut.html>
- Singh, Samina K. & Gorey, Kevin M. (2018). Relative effectiveness of mindfulness and cognitive behavioral interventions for anxiety disorders: Meta-analytic review. *Social Work in Mental Health* (16)2, 238-251. doi: 10.1080/15332985.2017.1373266
- socialnet GmbH. (2017). *Grundlagentext Empowerment* (S. 1-9). Abgerufen von <http://www.empowerment.de>

- Sowa, Frank & Zapfel, Stefan. (2015). Aktivierung als globales Modell der Weltpolitik? Konzeptionelle Überlegungen zum Wandel der Arbeitsmarktpolitik in europäischen Wohlfahrtsstaaten. *Sozialer Fortschritt*, 64(3), 47-54. doi: 10.3790/sfo.64.3.47
- Sprock, June & Yoder, Carol Y. (1997). Women and Depression: An Update on the Report of the APA Task Force. *Sex Roles*, 36(5-6), 269-303. doi: 10.1007/BF02766649
- Stadt Bern. (2017). *Die Schweiz ratifiziert Istanbul-Konvention*. [Website]. Abgerufen von <http://www.bern.ch>
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität*. (2. vollst. überarb. und aktual. Aufl.). Opladen: Budrich.
- Steffens, Melanie Caroline & Ebert, Irena Dorothee. (2016). *Frauen – Männer – Karrieren. Eine sozialpsychologische Perspektive auf Frauen in männlich geprägten Arbeitskontexten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Steinbach, Bettina. (2001). Sexuelle Gewalt gegen Frauen – Risikofaktor für psychische Krankheiten. In Anita Riecher-Rössler & Anke Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 115-123). Basel: Karger.
- Strauss, Bernhard, Hartung, Johanna & Kächele, Horst. (2002). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In Klaus Hurrelmann & Petra Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 533-547). Göttingen: Huber.
- Teuber, Nadine. (2011). *Das Geschlecht der Depression. Weiblichkeit und Männlichkeit in der Konzeptualisierung depressiver Störungen* (Gender Studies). Bielefeld: transcript Verlag.
- UNO. (n.d.). *Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW)*. [Website]. Abgerufen von <https://www.frauenrechtskonvention.de>
- von Wyl, Agnes. (2016). Neue Sozialisationsmuster – neue Bindungsmuster – neue Karrieren. In Brigitte Boothe & Anita Riecher-Rössler. (Hrsg.) *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (Psychotherapie, S. 19-28). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [PDF]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung* [PDF]. Kopenhagen: Regionalbüro WHO für Europa. Abgerufen von: <http://www.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2004). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report* [PDF]. Geneva: WHO Press. Abgerufen von: <http://www.who.int>

- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2005). *Gender in Mental Health Research* [PDF]. Geneva: WHO Press. Abgerufen von: <http://www.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa. Abgerufen von <http://www.euro.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2012). *Depression: A Global Crisis* [PDF]. Abgerufen von <http://www.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* [PDF]. (Original 1946). Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates* [PDF]. Abgerufen von <http://www.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) & World Psychiatric Association (WPA). (2002). *Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Technical Consensus Statement* [PDF]. Genf: WHO Press. Abgerufen von <http://www.who.int>
- Wieder, Romana. (2008). Einkommen & Geschlecht. Strukturanalyse hinsichtlich sozialer Ungleichheit im Bereich der Einkommensgerechtigkeit. In Andrea Bramberger (Hrsg.), *Geschlechtersensible Soziale Arbeit*. (S. 107-123). Wien: Lit-Verlag.
- Wild-Näf, Martin, Steger, Simon, Iseli, Daniel & Grieb, Manuela. (2017). *Wirkungen von Anreizleistungen in der Sozialhilfe* [PDF]. Abgerufen von https://www.soziale-arbeit.bfh.ch/de/forschung/publikationen/soziale_organisation.html
- Wimmer-Puchinger, Beate. (2016). Weiblicher Selbstwert auf dem gesellschaftlichen Prüfstand. In Beate Wimmer-Puchinger, Karin Gutiérrez-Lobos & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), (2016). *Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben*. (S. 4-18). *Hilfestellung für die Praxis*. Berlin: Springer Verlag.
- Winkelmann, Ulrike. (2010). Zur Gruppendynamik der Angst. *Dynamic Psychiatry. International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, Psychiatry*, 43(1-2), 98-106.
- Wisler Albrecht, Anette. (2016). *Rechtliche Aspekte Lerneinheit 2, Kapitel 4-6*. Abgerufen von <https://moodle.bfh.ch/mod/folder/view.php?id=404490>
- Wittchen, Hans-Ulrich. (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 28-55). Berlin: Springer.

- Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Wittchen, Hans-Ulrich, Hoyer, Jürgen, Rehm, Jürgen, Gustavsson, Anders, Svensson M., Jönsson, Bengt, Olesen, Jes, Allgulander, Christer, Alonso, Jordi, Faravelli, Carlo, Fratiglioni, Laura, Jennum, Poul, Lieb, Roselind, Maercker, Andreas, van Os, Jim, Preisig, Martin, Salvador-Carulla, Luis, Simon, Roland & Steinhausen, Hans-Christoph. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21, 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wittchen, Hans-Ulrich & Jacobi, Frank. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21. Angststörungen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.rki.de>
- Wittchen, Hans-Ulrich & Jacobi, Frank. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. überarb. und erw. Aufl., S. 57-90). Berlin: Springer.
- Wittchen, Hans-Ulrich, Jacobi, Frank, Klose, Michael & Ryl, Livia. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen von <http://www.gbe-bund.de>
- Wolffers, Felix. (2013). Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ. In Anna Maria Riedi, Michael Zwilling, Marcel Meier Kressig, Petra Benz Bartoletta & Doris Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz*. (S. 294-303). Bern: Haupt.