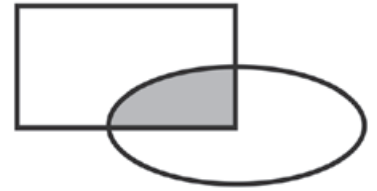


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



22. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2026

Inhalt

Selbsthilfe

- 3 Editorial**
- 4 Selbsthilfe in der Klinischen Sozialarbeit**
Eine multiperspektivische Einführung
Patric Gnau, Susanne Kappesser, Christopher Kofahl,
Johanna Schittkowski und Dietrun Lübeck
- 7 Wege in die Selbsthilfe und die Rolle professioneller Hilfe aus Sicht von Nutzer*innen**
Dietrun Lübeck, Svenja Söhren und Rebekka Streck
- 10 Biografische Perspektiven auf Selbsthilfe im Alltag geflüchteter Frauen aus der Ukraine in Deutschland**
Alla Koval
- 13 Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen: Qualitätsstandards zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von kontaktbasierten Anti-Stigma-Interventionen**
Karsten Giertz
- 2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.
- Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

DVSG
Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA

ECCSW

sa'ges

für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
pour le travail social en lien avec la santé

Autor*innen

Karsten Giertz, Master of Arts Social Work, Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Vorstandsvorsitzender des European Centre for Clinical Social Work e. V., Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Kontakt: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de

Patric Gnau, Sozialarbeiter (B. A.), Mediator, Psychotherapeut für Kinder- und Jugendliche (i. A.).
Kontakt: gnau.patric@outlook.de

Susanne Kappesser, Dr.in, Koordinatorin des ApK Berlin (Angehörige psychisch erkrankter Menschen Landesverband Berlin e. V.).
Kontakt: kappesser@apk-berlin.de

Christopher Kofahl, Dr., UKE, Institut für Medizinische Soziologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg.
Kontakt: kofahl@uke.de

Alla Koval, Prof.in Dr.in, Dipl.-Soz.Päd/Soz.-Arb., Systemische Beraterin, Traumafachberaterin i. A., Professorin für Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: alla.koval@eh-berlin.de

Dietrun Lübeck, Prof.in Dr.in, Professorin für Psychologie, systemische Beraterin und Supervisorin, Online-Beraterin (DGOB), Studiengangsleitung im Studiengang „Beratung in der Sozialen Arbeit“ (M. A.), Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: dietrun.luebeck@eh-berlin.de

Johanna Schittkowski, MPH, Projektkoordination der landesweiten Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle SEKIS Berlin.
Kontakt: schittkowski@sekis-berlin.de

Svenja Söhren, studentische Mitarbeiterin im Studiengang „Beratung in der Sozialen Arbeit“ (M. A.), Juristin (2.Staatsexamen), Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: svenja.soehren@stu.eh-berlin.de

Rebekka Streck, Prof.in Dr.in, Professorin für Sozialpädagogik, Studiengangsleitung im Studiengang „Soziale Arbeit“ (B. A.), Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: rebekka.streck@eh-berlin.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Sina Motzek-Öz, Ostfalia Hochschule Wolfenbüttel

Dipl., M.A. Holger Steckermaier, Hochschule München

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.

SAGES – Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Helfverantwortung: Prof. Dr. Dietrun Lübeck und Karsten Giertz

Mitarbeit: Tom Friedli, Karsten Giertz, Gerhard Klug, Ute Antonia Lammell, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Katarina Prchal
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

2/2026 **Soziale Arbeit und Gesundheit**
(Redaktionsschluss: 15.12.2025)

3/2026 **Care Arbeit als Konzept für die Klinische Sozialarbeit**
(Redaktionsschluss: 15.03.2026)

Informationen und Tagungshinweise

Save-the-Date:

Online-Jahrestagung des ECCSW

Am 12. Mai 2026 findet die kostenlose Online-Jahrestagung „Einsamkeit im Fokus – Einsamkeitsphänomene in der Sozialen Arbeit erkennen und ihnen professionell begegnen“.

Das Programm und weitere Informationen sind voraussichtlich im März 2026 online verfügbar unter:

www.eccsw.eu



DVSG-Bundeskongress 2026

Der DVSG-Bundeskongress 2026 findet am 15. und 16. Oktober 2026 im Congress Center Düsseldorf statt.

Das Programm und weitere Informationen zum Jubiläumskongress sind voraussichtlich im März 2026 online verfügbar unter:

www.dvsg-bundeskongress.de

14. Fachtagung Klinische Sozialarbeit 11. und 12. Juni 2026 in Olten/ Schweiz Begegnungen von analog bis digital

Die 14. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz lädt zum Erfahrungsaustausch und zur gemeinsamen Auseinandersetzung mit bewährten analogen, neuen digitalen oder hybriden Arbeitsweisen ein.

Nähere Informationen und Anmeldung unter:

<https://klinischesozialarbeit.ch>

Am 10. Juni 2026 findet im Vorfeld der Tagung das **Sektionsstreffen Klinische Sozialarbeit** in Olten statt.

Nähere Informationen über:

☞ eva.wunderer@haw-landshut.de und

☞ dieter.roeh@haw-hamburg.de

Workshopreihe „Soziale Diagnostik“

Auch im Jahr 2026 bietet das ECCSW e. V. interessierten Praktiker*innen der Klinischen Sozialarbeit vier Online-Termine zum Thema Soziale Diagnostik an. Wie in den letzten Jahren werden Expert*innen aktuelle Diskurse zu Prozessen und Instrumenten Sozialer Diagnostik vor- und zur Diskussion stellen.

Das Programm und die Anmeldeöglichkeiten werden Anfang 2026 veröffentlicht unter:

www.eccsw.eu

Bei Fragen melden Sie sich gern per Mail:

☞ weiterbildung@eccsw.eu

Kongress Armut und Gesundheit 2026 | „Gesundheit ist politisch!“

Am 16. und 17. März 2026 findet der Kongress Armut und Gesundheit in Berlin statt. Auf dem letzten Kongress wurde die Forderung nach einer armutssensiblen und evidenzbasierten Politikgestaltung laut. Renate Antonie Krause fragte: „Warum geben wir eigentlich so viel Geld für Studien aus, wenn es die Politik – nach Wahrnehmung der meisten Menschen – augenscheinlich nicht interessiert, was kluge Köpfe herausgefunden haben?“ Diese Frage stellen die Organisator*innen ins Zentrum des kommenden Kongresses Armut und Gesundheit und fragen: Was sind uns Chancengerechtigkeit und Gesundheit als Gesellschaft wert?

Nähere Informationen unter:

☞ <https://www.armut-und-gesundheit.de>

Selbsthilfe: Formen der Auseinandersetzung und Bewältigung psychischer und sozialer Problemlagen

Die Unterstützung von Selbsthilfe, Selbsthilfeinitiativen und -strukturen ist ein wichtiger Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit sowie der Versorgung von psychosozial belasteten Menschen im Allgemeinen. Gerade vor dem Hintergrund von Empowerment-, Salutogenese-, Recovery-, Ressourcen- und Stärkenorientierung als grundlegende Gesundheits- und Krankheitsmodelle der Klinischen Sozialarbeit können sich die unterschiedlichen Formen von Selbsthilfe positiv auf die Gesundheits- und Lebenssituationen sowie auf die Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit von psychosozial belasteten Menschen und ihren Zu- und Angehörigen auswirken. Zudem hat in der psychosozialen Versorgung die aktive Einbeziehung von Erfahrungswissen unter anderem durch Selbsthilfeinitiativen, sozialpolitische Reformprozesse, Erkenntnisse aus der nutzer*innen und adressat*innenorientierten Forschung sowie durch die Etablierung von Peer-Support-Ansätzen in der Praxis in den letzten Jahren maßgeblich an Bedeutung gewonnen.

Bis heute wird das Thema Selbsthilfe in der Klinischen Sozialarbeit in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen fachlich, methodisch und praxisbezogen diskutiert. In den professionsbezogenen Diskursen kommt die Selbsthilfe aber bislang immer noch zu kurz. Aus diesem Grund setzt sich das vorliegende Themenheft mit den verschiedenen Formen der Auseinandersetzung und Bewältigung psychischer und sozialer Problemlagen auseinander, bei denen vorrangig keine professionelle Unterstützung umgesetzt wird. Um die Vielfalt der Perspektiven für dieses Themenheft zu veranschaulichen, wurden für den Einstiegsbeitrag verschiedene Akteur*innen aus unterschiedlichen Bereichen der Selbsthilfe zum Thema angefragt und gebeten, ihre Statements zu Selbsthilfe in der Klinischen Sozialarbeit pointiert einzubringen. Dafür gingen **Patric Gnau, Susanne Kappeser, Christopher Kofahl und Johanna**

Schittkowski auf die Bedeutung von Selbsthilfe für Menschen mit psychischen und suchtbezogenen Erkrankungen sowie auf Empfehlungen für Fachkräfte in der Klinischen Sozialarbeit ein.

In einem zweiten Beitrag beleuchten **Dietrun Lübeck, Svenja Söhren und Rebekka Streck** von der Evangelischen Hochschule Berlin das Potenzial der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen. Hierzu werden die Ergebnisse eines nutzer*innenorientierten Lehrforschungsprojekts vorgestellt, in dem Menschen mit psychischen und Suchtproblemen zu ihrem Einstieg in Selbsthilfegruppen sowie zum Verhältnis von Selbsthilfe und professioneller Hilfe befragt wurden. Viele der Befragten betonten die Bedeutung der Ermutigung und Unterstützung durch professionell Helfende für ihren Weg in Selbsthilfegruppen. Neben Vorteilen wie einem Gemeinschaftsgefühl, der reziproken Begegnung mit anderen Betroffenen sowie umfassenderer zeitlicher Verfügbarkeit würden durch die Selbsthilfe größere Handlungsspielräume und Erfahrung von Selbstwirksamkeit im Alltag ermöglicht. Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit in ambulanten Arbeitskontexten sollten sich daher stärker für selbsthilfefreundliche Strukturen und Kooperationen mit Selbsthilfeangeboten einsetzen.

Alla Koval geht in ihrem Beitrag auf die Bedeutung von biographisch verankerten Selbsthilfepotenzialen ein. Ausgehend von den Ergebnissen einer qualitativen Befragung zu den Lebensrealitäten und Bewältigungsstrategien von Frauen aus der Ukraine, die infolge des russischen Angriffskriegs 2022 nach Deutschland geflüchtet sind, wird der Frage nachgegangen, welche biographisch verankerten Selbsthilfepotenziale die Interviewten aktivieren, um ihren Alltag in Deutschland trotz vielfältiger (potenziell) traumatischer Erfahrungen wie Krieg, Flucht und Diskriminierung zu bewältigen und persönliche

Entwicklungs- und Wandlungsprozesse in Gang zu setzen. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse werden im Anschluss Implikationen für eine ressourcenorientierte Ausrichtung der Sozialen Arbeit abgeleitet und diskutiert.

In der psychosozialen Praxis haben sich in den letzten Jahren verschiedene Beratungs- und Unterstützungsformen etabliert, deren Ursprünge im Bereich der Selbsthilfe zu finden sind. Insbesondere als Antwort auf die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden ausgehend von der Selbsthilfe in vielen Ländern verschiedene Interventionen zur Entstigmatisierung aber auch zur Bewältigung von eigenen Ausgrenzungserfahrungen. Dabei haben sich kontaktbasierte Interventionen, bei denen der Abbau von Vorurteilen durch die Begegnung und den direkten Austausch mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert wird, bisher als effektivste Interventionsform erwiesen. In Deutschland setzt der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. seit vielen Jahren gemeinsam in Kooperation mit Akteur*innen aus der Selbsthilfe und aus dem Bereich des Peer-Support kontaktbasierte Anti-Stigma-Interventionen um. Im trialogischen Austausch mit den beteiligten Erfahrungsexpert*innen und in Anlehnung an die Erkenntnisse aus dem Bereich der psychiatrischen Stigmaforschung wurden fachliche Qualitätsstandards entwickelt und frei zugänglich veröffentlicht, die dabei unterstützen sollen, wirksame und nachhaltige kontaktbasierte Anti-Stigma-Interventionen in der psychosozialen Praxis umzusetzen. Die Qualitätsstandards werden von **Karsten Giertz** zum Abschluss des Heftes vorgestellt.

Wir wünschen allen Leser*innen eine anregende Lektüre.

Für die Redaktion,
Karsten Giertz und Dietrun Lübeck

Selbsthilfe in der Klinischen Sozialarbeit

Eine multiperspektivische Einführung

Patric Gnau, Susanne Kappesser, Christopher Kofahl, Johanna Schittkowski und Dietrun Lübeck

Selbsthilfe in der Klinischen Sozialarbeit wird in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen fachlich, methodisch und praxisbezogen diskutiert, kommt aber insgesamt im professionsbezogenen Diskurs bislang zu kurz. Selbsthilfe (SH) umfasst verschiedene Formen von Auseinandersetzung und Bewältigung mit psychischen und sozialen Problemlagen vorrangig ohne professionelle Unterstützung. Häufig wird dabei Selbsthilfe gleichgestellt mit gegenseitiger Unterstützung in Selbsthilfegruppen (SHG) (Matzat 2019). Das birgt mitunter die Gefahr, weitere Formen von SH zu übersehen, wie beispielsweise individuelle Selbstfürsorgestrategien, bürgerschaftliches Engagement oder betroffenenkontrollierte Ansätze (Gebrande et al. 2024).

Um die Vielfalt an Zugängen und Perspektiven auf Soziale Arbeit für dieses Themenheft zu veranschaulichen, wurden unterschiedliche Akteur*innen und Zielgruppen angefragt, ihre Statements zu SH in der Klinischen Sozialarbeit pointiert einzubringen. Dafür gingen sie auf zwei Schlüsselfragen ein, die die beiden folgenden Unterkapitel bestimmen.

1. Warum ist SH gerade für Menschen mit psychischen Problemen, Krisen, Störungen ein essentielles Thema, das professionelle Fachkräfte stärker beachten sollten? Aus Sicht eines Sozialarbeiters mit Erfahrungsexpertise:

Als Sozialpädagoge und zugleich Betroffener erlebe ich das psychiatrische Versorgungssystem in zentralen Bereichen als unzureichend – insbesondere beim Übergang von einer stationären Entgiftung und/oder Therapie in die ambulante Nachsorge. Gerade in dieser sensiblen Phase fehlt es häufig an kontinuierlicher sozial-therapeutischer Begleitung, die entscheidend wäre, um

Rückfälle zu vermeiden und eine stabile Lebensführung zu ermöglichen. Hierzu ein Beispiel: Die stationäre Therapie bei Alkoholabhängigkeit ist auf maximal 15 Wochen begrenzt. Danach wird erwartet, dass der*die ehemals Abhängige bereit für ein abstinentes Leben ist. Doch wer selbst abhängig war, weiß: Genau jetzt beginnt die eigentliche Arbeit. Verdrängte Themen und unverarbeitete Erlebnisse drängen ins Bewusstsein – ohne Halt droht Rückfall. Genau hier leisten SHG wie beispielsweise die Narcotics Anonymous (NA) einen unschätzbaren Beitrag. Mehrmals täglich bieten sie einen geschützten Raum für Begegnung, Austausch und gegenseitige Unterstützung. Niedrigschwellig, kostenfrei und ohne zeitliche Begrenzung ermöglichen sie langfristige Stabilisierung. Wir, die dort nüchtern sitzen, haben die Krankheit nicht studiert – wir haben sie überlebt. Wir kennen die Abgründe ebenso wie die Schritte aus dem Kreislauf der Sucht. SH bedeutet für mich Lernen am Modell – direkt, ehrlich und erfahrungsbasiert. Das schafft echte Verbundenheit, die viele von uns als zentrale Kraft für Genesung erleben – auch im spirituellen Sinne. Diese Form der Unterstützung ist für viele Betroffene mehr als ein ergänzendes Angebot: Sie ist unverzichtbarer Teil eines drogenfreien und guten Lebens.

Aus Sicht einer Angehörigen eines psychisch erkrankten Menschen und des ApK Berlin:

In der SH begegnen sich Menschen auf Augenhöhe. Alle haben ähnliche Erfahrungshintergründe, wodurch sich Schuld- und Schamgefühle schnell abbauen. Das Erfahrungs- und Alltagswissen von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen sowie Beziehungs-Ebenen und -Dynamiken stehen im Mittelpunkt des Austauschs. Daher erleben Angehörige keine Machtasymmetrien, wie oftmals im Versor-

gungssystem, wo das Wissen durch Studium als höhere Kompetenz gilt und das (Alltags-)Wissen der Angehörigen selten eine Rolle spielt. Angehörige werden nicht als Problem wahrgenommen, sondern als Ressource für ein gelingendes, langfristiges Zusammenleben, auch mit Krisen. Für diese selbstreflexiven Prozesse gibt die SH einen sicheren Rahmen, auch, um wieder Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit zu erfahren. Fachkräfte sollten demnach das Erfahrungs- und Alltagswissen von Angehörigen als wertvolles und konstruktives Wissen wahrnehmen, diesem mehr Raum geben und vor allem auf die Beziehungsgestaltung im Alltag eingehen.

Was sagt „die Empirie“ zu SHG? – Ergebnisse aus der SHILD-Studie:

Eine SHG ersetzt bei gravierenden psychischen Krisen keine professionelle Krisenintervention oder professionelle Psychotherapie!

SHG können bei psychischen Problemen eine hervorragende Ergänzung und Erweiterung von professionellen Angeboten sein. In vielen Bereichen sind SHG sogar systematisch in die professionelle Versorgung integriert, insbesondere in der Suchtselbsthilfe. Hier haben SHG im Unterschied zu den meisten anderen SHG, die sich vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen mit Krankheitsbewältigung befassen, sogar eine Heilungsoption: die Abstinenz!

SH kann für Menschen mit psychischen Problemen eine einzigartige und vielschichtige Form der Unterstützung bieten. Ihr Grundprinzip ist der gleichberechtigte Austausch auf Augenhöhe. Ihr Potenzial ist das kollektive Erfahrungswissen der (Gleich-)Betroffenen. In Abgrenzung zur „Fachkompetenz“ der Profis (Ärzt*innen, Therapeut*innen, etc.) steht hier die „Sachkompetenz“ im Vordergrund, weshalb Patient*in-

nen und Angehörige in diesem Kontext auch als „Expert*innen in eigener Sache“ bezeichnet werden.

Das Gefühl, mit seinem Problem nicht allein zu sein, sowie unmittelbar verstanden zu werden, sich nicht begründen oder rechtfertigen zu müssen und soziale Teilhabe zu erfahren, sind die am häufigsten von SHG-Mitgliedern genannten Wirkungen. Das starke Gemeinschaftsgefühl in diesen Gruppen reduziert auch die oft empfundene Isolation, die (nicht nur) bei psychischen Erkrankungen häufig auftritt. Weitere wissenschaftlich belegte Wirkungen der SHG sind die Stärkung der Eigenverantwortung, des Selbstmanagements, der Selbstwirksamkeit und der Gesundheitskompetenz (Kofahl 2022). Auch ihre Wirksamkeit in (Tertiär-)Prävention und Rückfallprophylaxe gilt als erwiesen. Darüber hinaus ist die Selbsthilfe ein aktiver Motor für die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, d. h. sie fördert die gesellschaftliche Akzeptanz und steigert das Bewusstsein und die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen.

Aus der Sicht der landesweiten Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle – SEKIS Berlin mit besonderem Bezug auf Migration und psychische Gesundheit:

„Nachdem wir uns kennengelernt hatten, war das Vertrauen da und ich konnte mich öffnen. Die Gruppe ist ein geschützter Rahmen. Ich fühle mich dort verstanden.“

Was eine Gruppen-Teilnehmerin hier beschreibt, ist das Herzstück der SH, besonders für Menschen mit Migrationsgeschichte: ein Raum, in dem sich Vertrauen entwickeln darf, in dem Offenheit möglich wird und echtes Verständnis durch die geteilte Betroffenheit aller Teilnehmenden stattfindet.

Psychische Krisen sind für viele Betroffene mit Migrationserfahrung eng verknüpft mit Erfahrungen von Isolation, Sprachbarrieren, Fremdheitsgefühlen oder Traumata. Gleichzeitig ist der Zugang zu professioneller Hilfe oft erschwert: durch strukturelle Hürden, kulturelle Tabus, eingeschränkte Informationen oder Unsicherheit im Umgang mit dem Hilfesystem. Viele Men-

schen bleiben mit ihren psychischen Belastungen allein. Nicht aus Desinteresse, sondern weil ihnen der Zugang fehlt. Selbsthilfegruppen können hier eine wertvolle Brücke sein. Sie bieten nicht nur emotionalen Rückhalt, sondern auch das Gefühl: Ich bin nicht allein mit dem, was ich erlebe. Besonders Gruppen, die in der Erstsprache stattfinden oder kultursensibel gestaltet werden, z. B. auch mal ohne den klassischen Stuhlkreis, ermöglichen Austausch auf Augenhöhe, ohne Stigma, ohne Leistungsdruck. In ihnen entsteht Verbindung über geteilte Erfahrungen. Vertrauen kann wachsen. Und mit dem Vertrauen kommt oft auch die Sprache zurück für das, was zuvor unaussprechlich war.

2. Welche Perspektiven verfolgen wir konkret und welche Empfehlungen haben wir an professionelle Fachkräfte?

Aus Sicht eines Sozialarbeiters mit Erfahrungsexpertise:

SH darf nicht als Ergänzung verstanden werden, sondern als fester Bestandteil nachhaltiger Versorgung. Umsetzbar beispielsweise durch die aktive Integration von Peer-Angeboten in Behandlungs- und Entlassungskonzepte. Übergänge sollten so gestaltet sein, dass professionelle Hilfen und SH ineinandergreifen.

Weiter ist es hilfreich, Selbsthilfeangebote sichtbarer zu machen – durch konsequente (niederschwellige) Vermittlung und Beratung seitens professioneller Akteur*innen. Und binden Sie Menschen mit gelebter Erfahrung in Ihre Arbeit mit ein – ganz im Sinne von multiprofessionellen Teams.

Aus Sicht einer Angehörigen eines psychisch erkrankten Menschen und des ApK Berlin:

Der Berliner Landesverband für Angehörige psychisch erkrankter Menschen setzt sich für Konzepte und Interventionen in der psychiatrischen Versorgung ein, die die Kooperation mit Angehörigen voraussetzen, wie bspw. Netzwerkgespräche, Trialoge oder „Offener Dialog“. Zum einen ergibt sich diese Perspektive daraus, dass Angehörige oftmals noch aus dem Versorgungssystem ausgegrenzt werden, daher selbst in Krisen geraten können und Stigmati-

sierungserfahrungen machen müssen. Zum anderen sind Genesungsprozesse in Zusammenarbeit mit dem sozialen Netzwerk langfristig nachweislich wirkungsvoller, wie auch immer das Netzwerk gestaltet ist (mit Vertrauens- und Bezugspersonen bzw. dem sozialen Umfeld der betroffenen Personen).

In Relation zu der geteilten Lebenszeit von Betroffenen und Angehörigen ist der Aufenthalt in einer Psychiatrie oftmals ein kurzer Lebensabschnitt. Daher sollten beziehungsorientierte Interventionen Berücksichtigung in psychiatrischen Strukturen finden. Klinische Fachkräfte können sich etwa diese Frage stellen: Welche Rolle will die Psychiatrie im Leben von Angehörigen und Betroffenen spielen? Klaus Dörner schlägt bereits in den der 1980er Jahren Folgendes vor: „Da Ausgangspunkt grundsätzlich immer die eigene Alltagserfahrung, das subjektive Leiden ist, steht das objektive Wissen, das der Experte eingibt, ausschließlich im Dienst der Erhellung des eigenen Leidens, der Freisetzung des eigenen Selbsthilfepotenzials, der subjektiven Wahrheitsfindung, ist also nie Selbstzweck (Dörner et al. 1987).“

Was sagt „die Empirie“ zu SHG? – Ergebnisse aus der SHILD-Studie:

Ein zentrales Ziel vieler SHG ist der Kontrollgewinn. Durch die Aktivierung innerer und externer Ressourcen werden Betroffene zu aktiven Gestaltern ihres Genesungsprozesses. Vor diesem Hintergrund werden SHG nicht nur zunehmend häufiger in medizinischen Leitlinien empfohlen, sondern Patient*innen sind inzwischen sogar an der Entwicklung dieser Leitlinien beteiligt (z. B. S3-Leitlinie für Menschen für schweren psychischen Erkrankungen, wo u. a. der ApK e. V., BApK e. V., BPE e. V. und EX-IN Deutschland in der Konsensgruppe beteiligt waren, DGPPN 2018).

Die Anerkennung der SH als integraler Bestandteil der psychischen Gesundheitsversorgung ist somit von hoher Bedeutung. Zukünftig wird es vermehrt darum gehen, die Vernetzung und Kooperation mit professionellen Diensten zu intensivieren, um eine noch bedarfsgerechtere Unterstützung und Patient*innenorientierung zu gewähr-

leisten. Ein zurzeit wichtiges Ziel sind selbsthilfefreundliche Versorgungseinrichtungen, denn bezüglich der Information über und Vermittlung in SHG sind diese strategisch von zentraler Bedeutung, und ihre Mitarbeitenden sind in diesem Zusammenhang herausragend wichtige Multiplikator*innen.

Vielfältige digitale Angebote erweitern die Reichweite und Flexibilität der SH. Starke Dachverbände (Selbsthilfeorganisation) sichern ihre strukturelle Verankerung und politische Relevanz auch in sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in Bundes-, Landes- und kommunalen Gremien. Die SH ist somit ein Fundament für eine resilientere Gesellschaft, die psychische Erkrankungen und Herausforderungen vorurteilsfreier wahrnimmt und bewältigt.

Aus der Sicht der landesweiten Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle – SEKIS Berlin mit besonderem Bezug auf Migration und psychische Gesundheit:

Als Selbsthilfe-Kontaktstellen fördern wir SH aktiv: Wir beraten niederschwellig, vermitteln individuell, begleiten den Aufbau von Gruppen, fördern besondere Gruppenformate oder Veranstaltungen (z. B. der Fachtag Selbsthilfe und Migration am 16.09.2025 in Berlin) und kooperieren mit Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitswesen, wie Sozialberatungsstellen, Migrant*innen-Organisationen oder Kliniken. Unser Ziel ist es, auch Menschen mit schwierigen Zugängen Möglichkeiten zur Selbsthilfe zu eröffnen und sie auf diesem Weg zu stärken.

Unser Appell an Sie als Fachkraft: Erkennen Sie SH als psychosoziale Ressource an. Nicht erst „nach der Therapie“, sondern parallel oder ergänzend. Viele Klient*innen mit Migrationsgeschichte profitieren gerade dann von gruppenbezogener Unterstützung, wenn Vertrauen, Selbstwirksamkeit und Zugehörigkeit im Vordergrund stehen. Sprechen Sie SH aktiv an, nehmen Sie Berührungspunkte ernst und nutzen Sie die regionalen Selbsthilfe-Kontaktstellen als Anlaufstelle. Denn wo sich Menschen öffnen dürfen, entsteht mehr als Austausch: Es entstehen Hoffnung, Beziehung und oft der erste Schritt zur Stabilisierung.

Vorläufiges Fazit

Die verschiedenen Statements machen deutlich, dass die Akteur*innen mit SH oft, aber keineswegs ausschließlich SHG assoziieren. Hier zeigt sich eine sprachliche Verwischung zwischen der individuellen SH (Selbstmanagement, Coping etc.) und der kollektiven bzw. gemeinschaftlichen SH, konkret: der solidargemeinschaftlichen Gegenseitigkeitshilfe (Schulz-Nieswandt & Langenhorst 2015). Für Letztere ist „Selbsthilfe“ in historischer sprachlicher Entwicklung und Reduktion der allumfassende Überbegriff für alle Aktivitäten von Selbsthilfeszusammenschlüssen sowie der Selbsthilfeunterstützung insbesondere durch Selbsthilfekontaktstellen und somit von der individuellen SH abzugrenzen.

Zudem wird eindrücklich und facettenreich dokumentiert, wie etabliert und hilfreich SH ist – auf unterschiedlichen Ebenen, sowohl für Menschen mit psychischen Problemen als auch ihre Angehörigen. Darüber, wie stark SH bereits in professionellen Hilfesystemen mitgedacht und aktiv mitverknüpft wird und wo konkreter Ausbaubedarf besteht, gehen die Standpunkte und Erfahrungen auseinander. In der Suchthilfe zählt die Kooperation zwischen professioneller Versorgung und den Sucht-SHG inzwischen zum Selbstverständnis umfassender und nachhaltiger Suchttherapie, auch im Bereich der neurologischen und Krebserkrankungen haben sich solche Kooperationen in den letzten Jahren stark entwickelt. Es gibt jedoch noch zahlreiche Indikations- und Versorgungsbereiche, in denen die Angebote der organisierten SH kaum wahrgenommen werden, dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung (Kofahl 2019).

Die Klinische Sozialarbeit würde davon profitieren, wenn sie sich auf Professionsebene vertrauter mit SH als unverzichtbarer Säule der Genesungsunterstützung psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen macht und sich dadurch proaktiver praktisches Handlungs- und Vernetzungswissen aneignet. Wie eine systematische Verankerung der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen gelingen kann, zeigt das

Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit. (www.selbsthilfefreundlichkeit.de), das von Selbsthilfevertretenden und Mitgliedern von Versorgungseinrichtungen gemeinsam entwickelt wurde (Trojan et al. 2012).

Weitere Möglichkeiten der gegenseitigen Anerkennung und Wahrnehmung sind beispielsweise die interaktiven Workshops zum Kennenlernen der SH für (angehende) Fachkräfte bei SEKIS sowie auch grundsätzlich die Vernetzung mit Selbsthilfekontaktstellen und relevanten Selbsthilfeorganisationen und -gruppen. Immer dabei sind Erfahrungsexpert*innen, die die SH durch das Teilen ihrer Geschichten noch greifbarer machen. Auch die Hochschulen wären gut beraten, SH expliziter im Curriculum für angehende Sozialarbeiter*innen zu platzieren.

Literatur:

Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koenning, K. (1987): **Freispruch der Familie**. Bonn: Psychiatrie Verlag.

DGPNN (2018) (Hg.): **S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen** (2. Aufl). Berlin:Springer. Online arufbar: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf (1.9.2025)

Gebrande, J.; Lübeck, D.; Rašković, M.; Schlingmann, T.; Vorndran, P. (2024): **Die Bedeutung von Erfahrungswissen: Selbsthilfe, Experience-Involvement & betroffenenkontrollierte Ansätze**. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.): *Handbuch Klinische Sozialarbeit*. Weinheim: Beltz, S. 297-308.

Kofahl, C. (2019): **Kollektive Patientenorientierung und Patientenbeteiligung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfe**. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62 (1), S. 3-9.

Kofahl, C. (2022): **Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz – der Beitrag der Selbsthilfe zur Gesundheitsbildung des Einzelnen und der Bevölkerung**. In: Rathmann K.; Dadaczynski K.; Okan O.; Messer M. (Hg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 757-768.

Matzat, J. (2019): **Selbsthilfe – was es ist, und was es nicht ist**. In: *Selbsthilfejahrbuch 2019* Gießen: DAG SHG, S. 154-161.

Trojan, A.; Bellwinkel, M.; Bobzien, M.; Kofahl, C.; Nickel, S. (Hg.) (2012): **Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt**. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Schulz-Nieswandt, F.; Langenhorst, F. (2015): **Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen**. Berlin: Duncker & Humblot.

Wege in die Selbsthilfe und die Rolle professioneller Hilfe aus Sicht von Nutzer*innen

Dietrun Lübeck, Svenja Söhren und Rebekka Streck

Richter et al. (2025) konstatieren kürzlich, dass über die Inanspruchnahme von Selbsthilfe (SH) relativ wenig bekannt sei trotz ihrer Relevanz für Menschen mit schweren psychischen Problemen. Entsprechend plädieren sie dafür, dass gezielter als bisher über die verschiedenen Möglichkeiten informiert und die Nutzung von SH im Behandlungsalltag aktiv unterstützt werden müsse, um Selbsthilfepotenziale zu stärken. Dies dürfe nicht nur für die therapeutische, teil-/stationäre Behandlung psychischer Störungen gelten (siehe Richter et al. 2025), sondern auch für die Begleitung und Beratung betroffener Menschen durch Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit in ambulanten Settings wie Betreutem Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen oder Beschäftigungstagesstätten. Die Autor*innen empfehlen zudem, dass die Bedingungen für die Nutzung oder Nichtnutzung von Selbsthilfeangeboten und die Bedarfe der Betroffenen an spezifischen Angeboten weiter untersucht werden. Diesen Punkt greift der nachfolgende Beitrag auf und geht folgenden zwei Forschungsfragen nach:

1. Wie finden Menschen mit Suchtproblemen und/oder psychischen Problemen in Selbsthilfegruppen (SHG)?
2. In welchem Verhältnis steht aus ihrer Sicht der Besuch einer SHG im Vergleich zur Unterstützung durch professionelle Hilfe?

Selbsthilfe, Klinische Sozialarbeit und Nutzer*innenperspektive

Nach Schätzungen der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (NAKOS 2025) sind in Deutschland etwa 3,5 Millionen Menschen in bis zu 100.000 SHG aktiv, in denen sie sich zu gesundheitsbezogenen und/oder (psycho-)sozialen Themen austauschen. Das Potenzial der Klinischen Sozialarbeit, in ihren Begleitungs- und Beratungskontexten Selbsthilfeaktivitäten

zu fördern, indem sie sich mit Selbsthilfeakteur*innen vernetzt und Klient*innen weitervermittelt, ist schon seit langem bekannt (Müller-Baron 2016). SH für Menschen mit Sucht- oder psychischen Problemen kann Gemeinschaft, Teilhabe, Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und nicht zuletzt Erkenntnis-, Kompetenz- und Kontrollgewinn und somit subjektiv eine hohe Wirkmacht bedeuten (vgl. Kofahl et al. 2019).

Studien zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen aus Nutzer*innenperspektive

Zu den unterschiedlichsten Prozessen, Erfahrungen und Wirkungen, die sich in SHG entfalten, liegen einige aktuelle Studien vor (z. B. Dangel et al. 2022; Dekkers et al. 2020; Stützel 2024). Im deutschsprachigen Raum existieren allerdings kaum Studien, die individuelle Wege in die Inanspruchnahme von SHG adressieren und dabei explizit die Perspektive der Nutzer*innen einholen. Zukünftig wird ein Forschungsprojekt an der Hochschule Luzern mit Laufzeit bis März 2027 die Zugangswege zu SHG in der Schweiz untersuchen (HSLU 2025). Die bisher umfangreichste Studie zu gesundheitsbezogener SH in Deutschland ist die sog. SHILD-Studie, die von 2012 bis 2018 durchgeführt wurde und Ziele, Aufgaben, Unterstützungen, Netzwerke sowie Wirkungen von SH bei somatischen Erkrankungen erkundete und dabei auch Nutzer*innen befragte. Auch wenn die Vergleichbarkeit mit psychischen Störungen/Suchtproblemen kritisch zu betrachten ist, konnten zahlreiche Wirkungen von SH herausgestellt werden (Kofahl & Dierks et al. 2018). Allem voran steht die Erfahrung, sich nicht allein zu fühlen (in Gemeinschaft, über offene Kommunikation, Wissenszuwachs und hilfreiche Bewältigungswege). Am offensichtlichsten zeigte sich, dass die Befragten sich zuversichtlicher, motivierter, bewälti-

gungskompetenter und selbstverantwortlicher gegenüber ihrer Erkrankung wahrnehmen. Richter et al. (2025) stellen in ihrer Studie fest, dass das Potenzial von SH in der von ihnen befragten Stichprobe (N=397) nicht annähernd ausgeschöpft werde. Die Nutzung der verschiedenen Selbsthilfemöglichkeiten durch die Teilnehmenden schwanke zwischen etwa zehn und 46 Prozent.

Entsprechend spricht vieles dafür, Menschen mit psychischen Störungen und Suchtproblemen dabei zu unterstützen, SHG für ihre Genesungswege zu nutzen. Schließlich berichten viele Betroffene von Einsamkeitserleben, Sorgen, Kontrollverlust im Zusammenhang mit ihren Problemlagen (z. B. im Podcast *Echte Stimmen*: <https://echte-stimmen.podigee.io/archive>).

Methodisches Vorgehen und Stichprobe

Im Rahmen eines Lehr-Forschungsprojekts an der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) wurden Menschen mit psychischen Problemen und/oder Suchtproblemen zu ihren Erfahrungen mit SHG und anderen Strategien der Selbsthilfe bzw. Selbstfürsorge befragt. Hierfür entwickelten Studierende einen Interviewleitfaden und führten halbstrukturierte Interviews durch (Zeitraum: April bis Juni 2024). Das transkribierte Interviewmaterial ist Grundlage für die nachfolgende fallübergreifende Auswertung durch die Autorinnen mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz/Rädiker 2024) und MAXQDA24 Analytics Pro. Entsprechend der beiden Forschungsfragen wurde das Material zunächst deduktiv entlang der Hauptkategorien „Wege in SHG“ und „Verhältnis zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe“ codiert. Anschließend wurden jeweils induktive Subkategorien gebildet und entsprechende Zuordnungen vorgenommen.

Insgesamt nahmen 16 Menschen im Alter von Anfang 20 bis Anfang 60 an den Interviews teil, davon neun Männer und sieben Frauen. An SHG nahmen 14 Befragte wegen Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen, eine Person wegen chronischen Schmerzen und eine Person wegen der psychischen Erkrankung einer Angehörigen teil. 13 Befragte waren zum Zeitpunkt des Interviews aktive Teilnehmer*innen in einer SHG.

Ergebnisse und Diskussion

Wege in die Selbsthilfe

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einstiegswege in SHG sehr vielfältig sind. Viele Befragte fanden den Weg im Anschluss an ihre stationäre Behandlung oder ambulante Nachsorge. Hierbei wurde offensichtlich, welche aktive Rolle professionell Helfende bei einem erfolgreichen Übergang in die SH spielen. Zum einen leisten sie im Rahmen therapeutischer Angebote einen entscheidenden Beitrag zu der Erkenntnis, dass Gespräche und Gruppenerfahrungen eine heilsame Wirkung haben können: *„Ich habe in der Reha alles mitgenommen, was man mitnehmen konnte. Ich war bei sämtlichen Selbsthilfegruppen und ich war einfach, nachdem meine Therapeutin halt mit mir zusammengearbeitet hat, [...] einfach überzeugt davon, dass das was bringt. Und [...], sie hat immer gesagt, meine Therapeutin, Reden ist wie Zauberei und irgendwo stimmt es auch und das hat mir die Augen geöffnet und das habe ich dann auch genutzt“* (Herr F).

Schon das Bereitstellen von Adressen oder die bloße Ermutigung zum Besuch einer SHG wurde von den Befragten als Unterstützung von Professionellen empfunden. Zudem können Fachkräfte in ihren Einrichtungen schon aktiv Kontakte herstellen, beispielsweise, indem Vertreter*innen von SHG eingeladen werden oder der Besuch einer SHG in das Behandlungsprogramm aufgenommen wird. Auch das zur Verfügungstellen von Räumlichkeiten führte bei zwei Befragten zur Gründung einer neuen SHG. Durch eine solche Verzahnung verschiedener Hilfe-Settings werden Übergänge für Betroffene erleichtert. Eine Befragte beschrieb es so:

„Aber tatsächlich der Zugang zur Selbsthilfe ist schwierig. Ich hätte ihn vielleicht irgendwann gefunden. Aber ich habe ihn letzten Endes nur durch den Entzug in einem Krankenhaus gefunden. Weil das Krankenhaus Suchtselbsthilfe auf dem Programm hat. Und das hat auch nicht jedes Krankenhaus“ (Frau T). Ein Befragter, der den Besuch einer SHG vor allem als „Alibi“ nutzen wollte, fand dadurch den Anschluss: *„als Suchtkranker sucht man natürlich sofort Hintertürchen. [...], wenn ich zur Selbsthilfe gehe, darf ich in diesen Stunden [...], die Ausgangssperre umgehen. Gesagt getan, bin da zur Selbsthilfe, weil ich dann eben aus dem Haus raus durfte und bin dann auch seitdem geblieben“* (Herr G).

Einstiegswege in SHG sind sehr vielfältig. Professionell Helfende spielen bei einem erfolgreichen Übergang in die SH eine aktive Rolle.

Mehrere befragte Personen besuchten SHG zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz oder eine stationäre Behandlung. Hingegen suchte in einem anderen Fall eine Befragte eine SHG auf, um professionelle Hilfe um jeden Preis zu vermeiden: *“I haven't really sought professional help, and that is very much informed by fear[...] I've had some really quite negative experiences with the German healthcare system, specifically around mental health and my trans identity. Before getting sober, [...] I had a deeply traumatising experience dealing with really incompetent psychiatric healthcare providers. [...] And so that really turned me off the idea of getting institutional help. [...]“* (Frau L).

Verhältnis zwischen Selbsthilfe (SH) und professioneller Hilfe

Für die Mehrheit der Befragten standen SH und professionelle Hilfe letztendlich gleichberechtigt nebeneinander und sollten sich gegenseitig ergänzen. Ein Großteil nutzte daher auch beide Hilfeformen parallel, da sie hierdurch unterschiedlichen Nutzen ziehen konnten.

Viele Teilnehmer*innen beschrieben ihre SHG als emotionaler und betonten als herausragenden positiven Faktor das Gefühl von Gemeinschaft, in der sich gegenseitig umeinander gesorgt werde. Teilweise empfanden sie eine Verbundenheit, die enger war als mit Freund*innen oder mit der einer Familie vergleichbar war. Eine eindrückliche Schilderung findet sich hier: *„And then I looked around this room, and I saw all of these people, and I was like, I also want everybody to be okay here. I want everybody to be able to just get on and not be too scared and to be okay. And I thought, well, that's probably love. It's probably fair to say that I love everyone here. And actually when I look at people and I look at the way they're looking at each other and they look at me, they all also love everybody because we all care, we all want each other to be doing okay. And there is more love in this room right now than I could ever have in myself“* (Frau L).

Im Unterschied zu einem Gruppensetting mit professionell Helfenden betonten die Befragten außerdem die besondere Verbindung aufgrund geteilter Erfahrung und reziproker Unterstützung: *„[...] gerade sehe ich das schon als eine besondere, spezielle Eigenschaft, dass suchtkranke Menschen, die beschlossen haben, clean zu bleiben und das schaffen, clean zu bleiben, besonders intensiv über ihr Leben nachdenken und über ihr Verhalten. [...] Weil ich lerne von denen, genauso wie die auch von mir lernen“* (Frau T).

„Die wissen sofort, was ich meine. Ich muss es nicht groß erklären. Die haben sozusagen ähnliche Einschränkungen im Alltag. [...] Ich fühle mich fast jedes Mal, wenn ich zurückkomme, ... nicht mehr so alleine“ (Frau M).

Einen weiteren großen Vorteil von SHG sahen viele Teilnehmer*innen in der umfassenderen zeitlichen Verfügbarkeit und der schnelleren Unterstützung in Chatgruppen und durch ihre sog. „Sponsoren“ oder „Lotsen“, die auch außerhalb der Gruppenzeiten, insbesondere am Wochenende oder an Feiertagen, erreichbar seien.

Außerdem berichteten viele der Befragten, in der SHG neue soziale Kon-

takte geknüpft zu haben, mit denen Freizeitaktivitäten stattfinden und die notfalls sogar finanzielle Unterstützung oder eine Übernachtungsmöglichkeit anbieten. Viele empfanden dank des Besuchs ihrer SHG, ein größeres Gefühl der Selbstermächtigung und Selbstwirksamkeit als in professionellen Hilfefunktionen. Beispielhaft berichtete ein Befragter: „Und mir hat das eben geholfen mit der Selbsthilfe so mal überhaupt Leute kennenzulernen, die ich halt vorher nicht gekannt habe. [...] Also praktisch ein bisschen unabhängiger von diesem Hilfesystem [...]. Sonst bleibst du da so ein bisschen hängen, weil traut man sich oft nicht. [...] Die Selbsthilfe hat mir schon das Meer eröffnet, selber was zu machen oder eigenständiger zu werden“ (Herr G).

Einige Befragte sahen allerdings auch die vorherige Unterstützung durch professionell Helfende als Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme an einer SHG. So sei ein gewisser Grad an emotionaler Stabilität und Offenheit erforderlich, um sich auf die Gruppe einlassen zu können: „[...] nur die Selbsthilfe alleine, da wäre jetzt ich nicht weit gekommen. Also für mich persönlich, mir hätte es halt nicht geholfen. Das wäre halt zu wenig gewesen für mich. [...] Ich war mir das halt einfach auch nicht wert. Und das hat sich natürlich in der Einrichtung, in der Therapie dann eben so mitentwickelt [...]. Und durch die Selbsthilfe halt eben auch dann, dass man da erst mal gemerkt hat, oh, das tut tatsächlich gut. Aber da konnte ich es halt auch annehmen, weil ich halt, sagen wir mal, nüchtern war“ (Herr G).

„Also, ich muss sagen, es hat mir jetzt erst gut getan, als ich schon stabiler war. Also, so die erste Anfangszeit, als ich clean geworden bin, da war das schon gut, dass ich halt Einzeltherapie erst mal hatte und dann so eine geleitete Gruppentherapie auch. Weil in einer Selbsthilfegruppe musst du halt dich selber organisieren und du hast deine eigenen Themen. Vorher ging es für mich einfach nur darum, jeden Tag: ich konsumiere nicht“ (Frau M).

Eine Grenze der Unterstützung durch SHG sahen einige Befragte in akuten Krisensituationen und Rückfällen, die aus ihrer Sicht die besondere fachliche Kompetenz professioneller Helfer voraussetze: „[...] wenn man das Gefühl

hat, dass die Selbsthilfe nicht mehr ausreicht, wenn man in so eine emotionale Instabilität kommt, dass man sich gefährdet, fürchtet, dann brauchst du professionelle Hilfe, dann reicht die Selbsthilfegruppe nicht mehr. [...] Also Selbsthilfe funktioniert so lange, wie wir abstinent sind, so lange, wenn einer nicht abstinent ist, rückfällig geworden ist, muss [er] sofort professionell Hilfe haben, weil die Gruppe kann das nicht, dafür haben wir die Ausbildung nicht“ (Herr W).

Diskussion und Impulse für die Klinische Sozialarbeit

Die Aussagen der Nutzer*innen legen erneut eindrücklich nahe, dass die Unterstützung durch professionell Helfende einen entscheidenden Beitrag leisten kann, Menschen zum Besuch einer SHG zu motivieren und Kooperationen mit SH-Angeboten zu schaffen. So stellten Höflich et al. (2007) bereits vor fast 20 Jahren fest, dass Vorgespräche mit Therapeut*innen über SH die Aufgeschlossenheit gegenüber SHG erhöhen. Neben konkreten Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten von SH sollten Patient*innen und ihre An- und Zugehörigen zu möglichen Motiven für oder gegen eine Nutzung von SH befragt werden (Richter et al. 2025). Insbesondere die enge Vernetzung der verschiedenen professionellen Behandlungsangebote mit SHG erleichterte es den Befragten, Anschluss und Struktur für ihren Alltag zu finden. Auch scheinen die Befragten – als Expert*innen ihrer Genesungslage – sehr gut einschätzen zu können, wann und wofür ihnen der Besuch einer SHG nützt.

Derzeit wird ein wesentliches Potenzial von Selbsthilfe, Menschen in ihrer Lebenswelt zu stabilisieren und neue Perspektiven zu ermöglichen, nicht umfassend genutzt. Daher sollten Menschen auch mit schweren psychischen Erkrankungen in ihren SH-Aktivitäten frühzeitig unterstützt werden. Denn die Interviews zeigen, dass auch diese Personen sehr vom Besuch einer SHG profitieren und einschätzen können, wann die Grenzen der SH erreicht sind. Liesener (2021) plädiert daher für ein selbsthilfefreundlicheres Gesundheitswesen und sieht gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als prädestiniert für die

Kooperationsförderung. Klinische Sozialarbeiter*innen in ambulanten Settings haben daher den Auftrag, proaktiv selbsthilfeförderliche Strukturen und dauerhafte Kooperationen mit der SH in ihren jeweiligen Arbeitskontexten zu schaffen sowie diese zu koordinieren und sich als genuine Ansprechperson begreifen.

Literatur:

- Dangel, V.; Baumann, L.; Anderl-Doliwa, B. (2022): **Zur Herstellung von Selbsthilferäumen**. In: Sozial Extra 46 (5), S. 328–332. DOI: 10.1007/s12054-022-00516-w.
- Dekkers, A.; Vos, S.; Vanderplasschen, W. (2020): **„Personal recovery depends on NA unity“: an exploratory study on recovery-supportive elements in Narcotics Anonymous Flanders**. In: Substance abuse treatment, prevention, and policy 15 (1), S. 53. DOI: 10.1186/s13011-020-00296-0.
- Hochschule Luzern (HSLU) (2025): **Zugangswege zu Selbsthilfegruppen: Eine empirische Untersuchung entlang des Gesundheitspfades**. Online abrufbar unter: <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=6941> (10.09.2025)
- Höflich, A.; Matzat, J.; Meyer, F.; Knickenberg, R. J.; Bleichner, F.; Merkle, W. et al. (2007): **Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung**. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 57 (5), S. 213–220. DOI: 10.1055/s-2006-951953.
- Kofahl, C.; Dierks, M.-L. et al. (2018): **SHILD – gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Entwicklungen – Wirkungen – Perspektiven**. Online abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/gesundheitsbezogene-selbsthilfe-in-deutschland-shild-entwicklungen-wirkungen-perspektiven> (08.09.2025)
- Kofahl C.; Haack, M.; Nickel S.; Dierks, M.-L. (Hg.) (2019): **Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe**. Berlin: LIT Verlag.
- Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2024): **Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz**. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Liesener A. (2021): **Selbsthilfe und Soziale Arbeit**. In: Dettmers, S.; Bischof, J. (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhard Verlag, S. 248–255.
- Müller-Baron, I. (2016): **Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Selbsthilfe**. In: Klinische Sozialarbeit (12) 1, S. 9–10.
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (NAKOS) (2025): **Selbsthilfe in Deutschland**. Online abrufbar unter: <https://www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland> (08.09.2025)
- Richter, D.; Breilmann, J.; Becker, T.; Allgöwer, A.; Kilian, R.; Hasan, A. et al. (2025): **Selbsthilfeangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung – wer nutzt welches Format?** In: Der Nervenarzt 96 (1), S. 57–65.
- Stützel, K (2024): **Betroffenenwissen in Selbsthilfegruppen. Empirische Befunde im Themenfeld Verlust und Trauer**. In: Österreichisches Jahrbuch für Soziale Arbeit (1), S. 175–194. DOI: 10.30424/OEJS2406175.

Biografische Perspektiven auf Selbsthilfe im Alltag geflüchteter Frauen aus der Ukraine in Deutschland

Alla Koval

Es gilt in der fachwissenschaftlichen Diskussion als weitgehend anerkannt, dass die Reflexion vergangener, erfolgreich bewältigter Herausforderungen entscheidend zur Identifikation biografischer Ressourcen beiträgt, das Verständnis aktueller Lebensrealitäten ermöglicht und neue Perspektiven sowie Handlungsspielräume für die Zukunft eröffnet (Hözl 2009, S. 42; Miethe 2014, S. 24; Ruhe 2014, S. 33). Vor diesem Hintergrund gewinnt ressourcenorientierte Biografiearbeit an Bedeutung, insbesondere in den Handlungsfeldern, in denen Menschen mit belastenden Lebensereignissen und biografischen Brüchen konfrontiert sind.

Der Zusammenhang von „traumatisiert“ und „geflüchtet“ ist in gesellschaftlichen wie auch fachlichen Diskursen zu einer scheinbar selbstverständlichen Verknüpfung geworden. Die damit einhergehende Zuschreibung einer Opferrolle ist häufig mit Passivität und Hilfsbedürftigkeit verbunden. Sie reduziert geflüchtete Personen auf ein defizitorientiertes Bild und blendet ihre Handlungsmacht sowie ihre agency aus (Verlinden & Massumi 2022, S. 78 ff.). Der Fokus in diesem Beitrag liegt auf jenen Handlungs- und Deutungsmustern, die von den befragten geflüchteten Frauen aus der Ukraine selbst als stabilisierend und förderlich erlebt und beschrieben wurden. Das Ziel ist es hierbei, ihre individuelle Widerstandsfähigkeit und Handlungsfähigkeit sichtbar zu machen und wertzuschätzen. Zugleich ist sich die Autorin der Tatsache bewusst – sie thematisiert dies auch in anderen Aufsätzen –, dass Geflüchtete* im Aufnahmeland mit strukturellen Macht- und Ungleichheitsverhältnissen konfrontiert sind, die das Risiko potenziell traumatischer Erfahrungen erhöhen

und deren Bewältigung erschweren können.

Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen der thematisch-formalen und strukturell-inhaltlichen Sequenzanalyse (Schütze 1982; 1983; 1984) von 17 biografisch-narrativen Interviews mit Frauen aus der Ukraine, die im Zeitraum von Juli bis Dezember 2024 in zwei Großstädten in Deutschland durchgeführt wurden. Alle Befragten haben ein traumatisches Erlebnis – den Ausbruch des Kriegs unmittelbar erlebt und die Flucht nach Deutschland ergriffen. In Kapitel 2 werden verschiedene Ausdrucksformen von Selbsthilfe anhand konkreter, in biografisch-narrativen Interviews erzählter Praktiken fallbezogen dargestellt und interpretiert. Kapitel 3 zeigt anhand der empirischen Ergebnisse auf, inwiefern biografisch-narrative Interviews zur Sichtbarmachung und Aktivierung individueller Selbsthilfepotenziale im Rahmen professioneller Unterstützungsprozesse beitragen können. Abschließend werden Implikationen für die Verankerung einer ressourcenorientierten Grundhaltung in der Sozialen Arbeit abgeleitet.

Ausdrucksformen der Selbsthilfe Digitale Distanz

Die folgende Textpassage thematisiert den Umgang mit der permanenten digitalen Verfügbarkeit von Bildern und Berichten aus der Ukraine:

Anfangs kam ich überhaupt nicht aus diesem Zustand heraus. Ich begann zu verstehen, was der Auslöser ist – all diese Nachrichten. Ich habe eine Menge Nachrichten-Gruppen gelöscht und entfernt. Es stellt sich heraus, dass das wie ein traumatisierender Faktor wirkt. (Luda, Z. 514 ff.).

Zum einen wird deutlich, dass Luda ihren psychischen Zustand klar benennt

und als problematisch anerkennt. Zum anderen beschreibt sie, dass sie sich mit ihren eigenen emotionalen Reaktionen auseinandergesetzt und die auslösenden Faktoren – in diesem Fall den Nachrichtenkonsum – identifiziert hat. Damit thematisiert sie eine Form alltagsbasierter Selbsthilfe – die Kompetenz, konkrete Belastungsquellen zu erkennen und aktiv zu kontrollieren. Durch die bewusste Entscheidung, Nachrichtengruppen gezielt zu löschen, schafft sie sich einen Schutzraum gegenüber psychischer Überlastung. Diese Interviewpassage zeigt exemplarisch, wie Selbsthilfe durch reflexive Selbstwahrnehmung, aktives Handeln und digitale Selbstregulation realisiert werden kann.

Achtsamkeit und Dankbarkeit

Oksana bringt ihre intensive Wahrnehmung und Wertschätzung des Alltäglichen wie folgt zum Ausdruck:

Wirklich, man steht morgens auf und ist dankbar für alles. Man schätzt jeden Tag. Und diese Möglichkeit, einfach zu leben, ist so wertvoll. Das ist unbezahlbar. Einfach aufzuwachen und alles ist gut. (Oksana, Z. 83 ff.)

Oksana beschreibt eine achtsamkeitsbasierte Bewältigungsstrategie, bei der vermeintlich banale Routinen wie Kaffeetrinken oder das Aufwachen als bedeutungsvoll erlebt werden. Der Fokus verschiebt sich zur Gegenwartserfahrung, zum Erleben des Jetzt, das als kostbar empfunden wird. Dankbarkeit wird hier zur selbststabilisierenden Haltung, was als eine Form der Selbsthilfe angesehen werden kann.

Selbstgewählte Freizeitaktivitäten

Die nachfolgende Passage veranschaulicht die Rolle, die das Chorsingen im Alltag von Tanja spielt:

Aber vielleicht ist es auch so gekommen, weil sich jetzt mein Freundeskreis erwei-

tert, und diese Menschen werden mir immer näher. Und je öfter wir uns treffen – zum Beispiel ich singe im Chor, und wir haben sehr häufig Proben, die momentan auch intensiver sind. (...) Mein Alltag ist jetzt voll von Aktivitäten, jeder Tag ist durchgeplant, mit Aufgaben und Geburtstagsfeiern. Es ist auch meine Tätigkeit, die mit dem Chorsingen zu tun hat. (Tanja, Z. 104 ff.)

Das Singen im Chor stellt für Tanja nicht nur eine selbstgewählte Freizeitaktivität dar, sondern fungiert zugleich als Form der Selbsthilfe auf mehreren Ebenen. Zum einen trägt diese Freizeittätigkeit zur Alltagsstrukturierung bei, durch die Fülle an Aktivitäten wie Proben entsteht ein Gefühl von Normalität. Zum anderen kann das Singen emotional regulierend durch Selbstwirksamkeitserleben und expressive Ausdrucksmöglichkeit wirken. Das Singen im Chor schafft außerdem einen Raum zum regelmäßigen Treffen mit anderen Menschen, was zum Ausbau und zur Aufrechterhaltung von Kontakten führen und das Gefühl der so-

zialen und emotionalen Eingebundenheit stärken kann.

Anderen helfen

In der folgenden Textsequenz berichtet Tanja, dass sie nicht nur sich selbst Klarheit über ihre Rechte wie etwa den Anspruch auf Kleidung oder finanzielle Unterstützung verschafft, sondern dieses Wissen auch an andere weitergibt; *Zum Beispiel habe ich selbst jeden Morgen in der Schlange gesessen und mit den Leuten gesprochen. Ich habe ihnen gesagt: „Wisst ihr, dass ihr Anspruch auf Kleidung oder finanzielle Unterstützung habt?“ Sie wussten es nicht, niemand wusste das. Ich erinnere mich, wie die Leute auf ihren Knien meine Anmeldung abgeschrieben haben. Ich habe meine gegeben und gesagt: „Nehmt sie, schreibt es ab!“* (Tanja, Z. 664 ff.)

Tanja stellt sich als eine informierte Person dar, die in der Lage ist, selbstständig das Wissen über Rechte und Ansprüche anzueignen. Sie teilt ihr Wissen aktiv mit anderen, indem sie Menschen anspricht und somit die Si-

tuation aktiv mitgestaltet. Dabei tritt sie aus der eigenen Notlage – aus der Rolle der Empfängerin von Hilfe – heraus und übernimmt eine aktive Unterstützungsrolle für andere Ukrainer*innen, die sich in Unsicherheit oder Unwissenheit befinden. Dieses Engagement scheint auch Tanja selbst zu stärken, da sie dabei Kontrolle über die Situation erlebt, Selbstwirksamkeit erfährt und das Gefühl hat, gebraucht zu werden. Die Szene, in der Menschen „auf ihren Knien“ eine Anmeldung abschreiben, verweist zudem auf emotionale Solidarität, Empathie und einen ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit.

Das Thema der folgenden Passage ist das Organisieren von Hilfsgütern:

Es hat geklappt, den ganzen LKW vollzubekommen – mit Medikamenten, Desinfektionsmittel für die Krankenhäuser, Windeln, Seife (...) Das war auch so ein Moment. Ich saß da einfach... Mir ging es gut, aber meine Seele hat geschmerzt, weil ich nichts tat. Und dann bin ich einfach los. Ich hatte nichts davon, wirklich nichts. Aber für meine Seele... da

ANZEIGE

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

- Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter [katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma](https://www.katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma)

war so viel Frieden. Wirklich. Zu wissen, dass ich da irgendwie ein kleines Stück von mir hineingelegt habe, dass jemand eine Essenskonserve bekommt, jemand Windeln für sein Kind, jemand im Krankenhaus das Desinfektionsmittel. (Zoja Z. 331 ff.)

Zoja beschreibt ihre innere Spannung – das Gefühl der Ohnmacht, der inneren Leere oder Untätigkeit. In ihrer Erzählung markiert sie die Wende vom passiven Aushalten zum aktiven Handeln mit der Beschreibung eines inneren Impulses: „Und dann bin ich einfach los.“

Die Selbsthilfe zeigt sich hier im Sich-auf-den-Weg-Machen, im Organisieren von Dingen und in praktischer Unterstützung beim Transport. Auch wenn der konkrete Kontakt zu den Empfänger*innen nicht thematisiert wird, entsteht der Eindruck, dass Zoja eine emotionale Eingebundenheit und soziale Zugehörigkeit zu den Menschen in der Ukraine herstellt. Die Aussage „zu wissen, dass ich da irgendwie ein kleines Stück von mir hineingelegt habe“ kann als Verweis auf symbolische Selbstwirksamkeit infolge der als sinnstiftend erlebten Tätigkeit interpretiert werden.

Kontakt, Bewegung, Selbstreflexion

Im Folgenden berichtet Christina von ihrem bewussten Versuch, soziale Kontakte aufzubauen sowie von ihrer Laufpraxis:

Wenn die Kinder in der Schule sind, treffe mich mit meiner Freundin, meiner Taufpatin, weine mich aus. Außerdem singe ich im Chor, was mir auch gefällt. Ich versuche also, irgendwo etwas zu finden, um mit jemanden zu sprechen, damit ich mich nicht verschließe, damit ich nicht allein bin. Und wenn es mir wirklich zu viel wird, gehe ich einfach spazieren. Wenn ich merke, dass die Emotionen mich überwältigen, gehe ich einfach raus und laufe los. Wenn ich dann vier, fünf, sechs Kilometer gelaufen bin, weiß ich, dass ich zurück nach Hause muss, dann kann ich nicht mehr laufen (lächelt). (Christina, Z. 142 ff.)

Christina nutzt persönliche Gespräche als Form emotionaler Entlastung. Das

Sich-„Ausweinen“-Können steht dabei für das bewusste Zulassen und Teilen von Gefühlen im geschützten Raum, was zur emotionalen Selbststabilisierung beitragen kann. Darüber hinaus thematisiert sie ihr aktives Bemühen, in Verbindung mit anderen Menschen zu bleiben. Dieses Handeln kann als präventive Strategie gegen Rückzug und Vereinzelung verstanden werden, was zugleich eine Form der Selbstfürsorge darstellt. (Auf das Singen wurde bereits eingegangen). Eine weitere Form alltagsbezogener Selbsthilfe zeigt sich im Laufen in der Natur. Christina setzt körperliche Aktivität gezielt ein, um emotionale Überforderung zu regulieren. Schließlich wird in der Interviewpassage eine dritte Dimension der Selbsthilfe deutlich – Selbstreflexion und achtsame Körperwahrnehmung. Christina bringt ihre Fähigkeit zum Ausdruck, innere Zustände wahrzunehmen, ernst zu nehmen und in handlungsleitende Entscheidungen zu überführen.

Schlussbetrachtung und Implikationen für die Praxis ressourcenorientierter Biografiearbeit

Im Rahmen der Analysen von biografisch-narrativen Interviews zeigte sich, dass die Mehrheit der Befragten wiederkehrende Formen der Selbsthilfe aktivierte. In der lebensgeschichtlichen Erzählung von Luda etwa steht die Fähigkeit zur Analyse und Reflexion im Vordergrund. Bei Zoja lassen sich helfende Tätigkeiten als durch-

gängige, stabilisierende Bewältigungsmuster identifizieren, während in Oksanas Erzählung die Haltung der Dankbarkeit eine zentrale Ressource darstellt. In anderen Biografien hingegen wurden vielfältige Ausdrucksformen von Selbsthilfe erkennbar, die auf die Erreichung konkreter Ziele ausgerichtet sind und deren Funktion sich nur im Kontext der gesamten Lebensgeschichte nachvollziehen lässt. Christina bringt beispielsweise explizit zum Ausdruck, dass sie bewusst soziale Kontakte pflegt, im Chor singt und Spaziergänge in der Natur unternimmt mit dem Ziel eine emotionale Entlastung zu erlangen. Tanja dagegen singt im Chor und engagiert sich für andere, wodurch sie ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und sozialer Eingebundenheit (wieder)erlangt.

Ein Selbsthilfepotenzial entfaltet jedoch erst dann seine Wirksamkeit, wenn es vom Individuum als solches erkannt und aktiviert wird. Eine Methode zur Sichtbarmachung individueller Handlungs- und Deutungsmuster stellt das biografisch-narrative Interview dar, das in der qualitativen Sozialforschung entwickelt wurde und sich als geeignetes Instrument zur Sichtbarmachung von Selbsthilfepotenzialen im Rahmen sozialer Diagnostik anwenden lässt (vgl. Fischer & Goblirsch 2004, S. 129 f.). Ressourcenorientierte Biografiearbeit zielt darauf ab, individuelle Ausdrucksformen von Selbsthilfe wertzuschätzen, anzuerkennen und

Literatur:

- Fischer, W.; Goblirsch, M. (2004): **Narrativ-biografische Diagnostik in der Jugendhilfe. Fallrekonstruktion im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Analyse und professioneller Handlungspraxis.** In: Heiner, M. (Hg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit - ein Handbuch. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins, S. 127-140.
- Hölzle, C. (2009): **Bedeutung von Ressourcen und Kreativität für die Bewältigung biografischer Herausforderungen.** In: Hölzle, C.; Jansen, I. (Hg.): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag, S. 71-83.
- Koval, A. (2017): **Ressourcenorientiertes professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit im Interzeitalter.** In: Hagemann, T. (Hg.): Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. Baden-Baden: Nomos, S. 45-60.
- Mieth, I. (2014): **Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis.** Weinheim: Beltz Juventa.

- Ruhe, H. G. (2014): **Praxishandbuch Biografiearbeit. Methoden, Themen und Felder.** Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Schütze, F. (1981): **Prozessstrukturen des Lebensablaufs.** In: J. Matthes; A. Pfeifenberger/M. Stosberg (Hg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive, Nürnberg: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum.Nürnberg S. 67-156.
- Schütze, F. (1983): **Biographieforschung und narratives Interview.** In: Neue Praxis, H. 3, Jg. 13, S. 283-293.
- Verlinden, K.; Massumi, M. (2022): **Resilienz und Handlungsfähigkeit als Gegenkonstruktion zu Flucht und Trauma bei geflüchteten* neu zugewanderten Jugendlichen.** In: Neue Praxis. Sonderheft „Verletzbarkeit, Trauma, Diskriminierung – Intersektionale Perspektiven auf (Zwangs-)Migration“, S. 78-91.

ihre Bedeutung für die Bewältigung gegenwärtiger sowie zukünftiger Herausforderungen fruchtbar zu machen.

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit, den Blick im gesamten Unterstützungsprozess konsequent auf biografisch verankerte Ressourcen zu richten. Ressourcenorientierung ist dabei nicht lediglich als eine Methode zu verstehen, sondern als grundlegende professionelle Haltung (vgl. Koval

2017, S. 56) innerhalb der Sozialen Arbeit. Dies führt zu einer veränderten Rolle der Adressat*innen im Hilfeprozess von passiven Hilfeempfänger*innen hin zu aktiven Mitgestalter*innen. Zugleich verringert sich die Abhängigkeit von Professionellen, da insbesondere Selbsthilfepotenziale gestärkt werden, die außerhalb formalisierter Unterstützungssysteme wirksam sind. Um der Komplexität der Lebensrealitäten von Geflüchteten* gerecht zu

werden, braucht es jedoch eine intersektional machtkritische Perspektive, die die umgebenden strukturellen Macht- und Ungleichheitsverhältnisse konsequent mit einbezieht.

Ziel ist es, die individuelle Widerstandsfähigkeit und Handlungsfähigkeit sichtbar zu machen und zu stärken, ohne dabei die strukturelle Vulnerabilität, der Geflüchteten* vielfach ausgesetzt sind, auszublenden.

Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen: Qualitätsstandards zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von kontaktbasierten Anti-Stigma-Interventionen

Karsten Giertz

Unter Stigmatisierung wird ein sozialer Prozess verstanden, bei dem Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen, Verhaltensweisen oder Umständen, die von bestehenden gesellschaftlichen Normen oder Erwartungen abweichen, herabgewürdigt, ausgegrenzt oder diskriminiert werden (vgl. Goffmann 1963). Bevölkerungsbezogene Untersuchungen legen nahe, dass die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (vgl. Angermeyer et al. 2017; Schomerus et al. 2022).

Stigmatisierungsängste und -erfahrungen wirken sich beeinträchtigend auf die Gesundheits- und Lebenssituation aber auch negativ auf die Inanspruchnahme von notwendigen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten der Betroffenen und ihren Zu- und Angehörigen aus (Corrigan 2018). Insbesondere in der Selbsthilfe haben sich in den letzten Jahren verschiedene Interventionen zum Abbau von Stigmatisierung entwickelt (z. B. Protestaktionen, Informations- und Aufklärungskampagnen, Kontaktinterventionen)

(vgl. Corrigan & Lundin 2001; Rüschi 2021). Dabei gehören kontaktbasierte Anti-Stigma-Interventionen, bei denen der Abbau von Vorurteilen durch die Begegnung und den direkten Austausch mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert wird, zu den effektivsten Interventionsformen (vgl. Maunder & White 2019).

Gemeinsam mit seinen Kooperationspartnern setzt sich der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. seit vielen Jahren für die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Zu- und Angehörigen ein. Neben landesweiten Anti-Stigma-Kampagnen, gezielter Öffentlichkeitsarbeit sowie zielgruppenspezifischen Aufklärungs- und Präventionsprogrammen gehören auch kontaktbasierte Interventionen zu einem wichtigen Bestandteil der Anti-Stigma-Arbeit des Verbandes. Wesentlich dabei ist die partizipative Beteiligung von Erfahrungsexpert*innen. In diesem Kontext wurden die Qualitätsstandards für die Umsetzung von kontaktbasierten Interventionsformen unter der Beteiligung von Erfahrungsexpert*innen und unter der

Berücksichtigung wissenschaftlicher Kenntnisse aus der Stigmaforschung entwickelt.

Die Qualitätsstandards sollen bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von kontaktbasierten Interventionen als Orientierung dienen und dabei unterstützen, günstige Rahmenbedingungen für die Begegnung zwischen allen Teilnehmenden zu schaffen, um negative Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig abzubauen. Dabei wird ein akzeptierendes, differenziertes und recoveryorientiertes Verständnis von psychischen Erkrankungen vermittelt sowie die Gleichberechtigung von betroffenen Menschen gefördert.

Kontaktbasierte Interventionen in der Anti-Stigma-Arbeit

Kontaktbasierte Interventionen in der Anti-Stigma-Arbeit gehen auf die Idee zurück, dass der direkte Kontakt zwischen Menschen, die Stigmatisierung erfahren, und Menschen, die nicht von Stigmatisierung betroffen sind, helfen kann, negative Vorurteile und Einstellungen abzubauen (vgl. Rüschi 2021). Dabei können kontaktbasierte

Interventionen verschiedene Formen annehmen. Zum Beispiel kann die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen über Workshops stattfinden, bei denen die Teilnehmenden sich zu ihren Erfahrungen austauschen oder gemeinsam eine Aufgabe bewältigen. Auch Schul- oder Bildungsprogramme, bei denen Menschen mit psychischen Erkrankungen die Teilnehmenden über psychische Erkrankungen und Stigmatisierung aufklären sowie Theater- oder Kunstprojekte, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen kreative Projekte erstellen, um ihre Erfahrungen zu teilen, gehören zu Formen der kontaktbasierten Anti-Stigma-Arbeit. Allerdings muss bei den kontaktbasierten Interventionen gewährleistet sein, dass die Teilnehmenden wissen, dass die einbezogene Person, zu der ein Kontakt hergestellt wird, eine psychische Erkrankung hat. Wenn dies nicht gegeben ist, handelt es sich nicht um eine kontaktbasierte Intervention im hier verwendeten Sinne (vgl. Rüscher 2021).

Wirksamkeit von kontaktbasierten Interventionen in der Anti-Stigma-Arbeit

Mehrere wissenschaftliche Metaanalysen weisen darauf hin, dass kontaktbasierte Interventionsformen besonders effektiv bei der Reduzierung von negativen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen sind (vgl. Corrigan et al. 2012; Maunder & White 2019). So verringert der aktiv hergestellte Kontakt nach der Intervention unmittelbar, kurz- und mittelfristig die Stigmatisierungseinstellungen bei den Teilnehmenden. Besonders wirksam sind kontaktbasierte Interventionen, wenn die Begegnung mit einer edukativen Aufklärung kombiniert und wichtiges Wissen zu psychischen Erkrankungen und deren Behandlung dabei vermittelt wird. Nicht nur ein persönlicher direkter Kontakt, sondern auch ein Videokontakt oder ein imaginärer Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen können Stigmatisierung bei den Teilnehmenden reduzieren, sind jedoch nicht so

wirksam wie eine direkte persönliche Begegnung (Maunder & White 2019). Zudem wirken sich kontaktbasierte Intervention nicht nur positiv auf die Einstellung gegenüber den Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus, die sich direkt an der kontaktbasierten Intervention beteiligen, sondern die Einstellungen und Vorbehalte verändern sich auch gegenüber der gesamten Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und über die unterschiedlichen Diagnosen hinweg. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene profitieren von kontaktbasierten Anti-Stigma-Interventionen im Hinblick auf positive Einstellungsveränderungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (Corrigan et al. 2012).

Qualitätsstandards kontaktbasierter Anti-Stigma-Interventionen

Damit die oben genannten Ziele realisiert werden können, sollten bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von kontaktbasierten Interventionsformen Standards beach-

Anzeige



Berufsbegleitender Masterstudiengang Soziale Arbeit: Klinische Sozialarbeit

Start des 26. Jahrgangs im Sommersemester 2027

Zentrale Studieninhalte:

- Theoretische Zugänge zur Klinischen Sozialarbeit
- Psychosoziale Diagnostik
- Beratung und Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Qualitative und quantitative klinische Forschungsmethoden und Evaluation
- Qualitätssicherung
- Klinisches Case Management

Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- mit besonderer Expertise in psychosozialer Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und Management-Kompetenzen
- Intensive Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu
Der Bewerbungszeitraum startet ab 01.10.2026!

Wenn Sie kurzfristig noch zum 15.03.2026 das Studium beginnen wollen, mailen Sie uns: klinsa@hs-coburg.de



tet werden, die im Folgenden zusammengefasst werden.

1. Gezielte Auswahl der Zielgruppe:

Um die Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam abzubauen, ist die Fokussierung auf eine bestimmte Zielgruppe notwendig (Corrigan 2011). Anstatt sich willkürlich auf die gesamte Bevölkerung zu konzentrieren, sind Kontaktinterventionen aufgrund des hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwandes effektiver, wenn sie sich an bestimmte Schlüsselgruppen richten, bei denen positive Veränderungen in der Einstellung für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders wichtig sind (bspw. Lehrer*innen, Arbeitgeber*innen, Medienprofis). Die Definition der Zielgruppe gibt entscheidende Hinweise darauf, was sich im Rahmen der kontaktbasierten Intervention verändern muss, welche Themen aufgegriffen werden sollen und wie negative Einstellungen und Verhaltensweisen in positive umgewandelt werden können.

2. Zielgruppenorientierung:

Die Inhalte der kontaktbasierten Intervention sollten auf die spezifischen Bedürfnisse, Interessen und bestehenden Kenntnisse der Zielgruppe abgestimmt sein (Corrigan et al. 2013). Dazu gehört die Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, kulturellem Hintergrund und bisherigen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen sowie vorherrschende Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine sorgfältige Analyse der Zielgruppe bei der Vorbereitung ermöglicht es, relevante Inhalte und Formate auszuwählen, die die Teilnehmenden ansprechen und einbinden sowie zielgruppenspezifische negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gezielt aufzugreifen. Auch die Interventionen und vermittelten Inhalte, die dazu geeignet sind, positive Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern, sollten auf die Zielgruppe zugeschnitten sein.

4. Einbeziehung von Erfahrungsexpert*innen:

Ein zentraler Qualitätsstandard bei kontaktbasierten Interventionen ist die aktive Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als Erfahrungsexpert*innen, die im Rahmen der Intervention ihre psychische Erkrankung offenlegen und über die Probleme, Erfahrungen und Genesung im Zusammenhang mit der eigenen psychischen Erkrankung berichten (Corrigan et al. 2013). Die persönlichen Erfahrungen der Erfahrungsexpert*innen sind entscheidend, um authentische und wirkungsvolle Botschaften zu vermitteln und bei den Teilnehmenden

Es ist wichtig, dass die beteiligten Erfahrungsexpert*innen und Fachpersonen auf gleicher Augenhöhe handeln. Das kann Ängste und Barrieren abbauen.

über die Begegnungserfahrungen Einstellungsveränderungen zu erzielen. Zudem spiegeln die Erfahrungsexpert*innen mit ihrer persönlichen Geschichte die Vielfalt von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf die eigene Erkrankung sowie den Genesungsprozess wider, wodurch verallgemeinernde Zuschreibungen und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen relativiert werden.

Die Erfahrungsexpert*innen sollten in allen Phasen der Intervention (Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung) als Gleichgesinnte auftreten, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen (ebd.). Zu vermeiden ist, dass die Erfahrungsexpert*innen nur bei der Durchführung der Intervention aktiv einbezogen werden, da sonst der Eindruck vermittelt wird, dass sie zwar über ihre eigene Geschichte erzählen können, aber über keine Kompetenzen

verfügen eine kontaktbasierte Intervention zu organisieren, vorzubereiten und durchzuführen. Im Idealfall passen die Erfahrungsexpert*innen zur Zielgruppe (ebd.). Das bedeutet, wenn die Zielgruppe Polizist*innen sind, sollten die einbezogenen Erfahrungsexpert*innen Polizist*innen mit einer psychischen Erkrankung sein, um authentische, glaubwürdige und überzeugende Inhalte zu vermitteln. Alternativ kann eine gemeinsame Tandemkonstellation aus Erfahrungsexpert*in und Vertreter*in aus der Zielgruppe ohne eine psychische Erkrankung bei der Vermittlung von glaubwürdigen und überzeugenden Inhalten unterstützen.

Zudem ist es wichtig, dass die Erfahrungsexpert*innen nur mäßig durch besondere Merkmale (z. B. berühmte Persönlichkeit, besondere Leistungen, hoher sozioökonomischer Status) von der Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen her austreten (Corrigan et al. 2021). Dies kann zu einem Bumerangeffekt führen, bei dem die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht abgebaut werden, sondern die einbezogenen Erfahrungsexpert*innen im Sinne des Ausdrucks „die Ausnahme bildet die Regel“ klassifiziert und dadurch nicht mit der allgemeinen Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem Zusammenhang gebracht werden.

4. Einbeziehung einer fachlichen Begleitung:

Die Durchführung der Interventionen sollte von Fachpersonen begleitet werden, die über Kenntnisse im Bereich der Beratung-, Behandlungs- und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Zu- und Angehörigen verfügen. Diese Fachpersonen können nicht nur ergänzende Inhalte vermitteln, sondern auch auf Fragen und Bedenken der Teilnehmenden eingehen und eine unterstützende Umgebung schaffen. Während der Intervention ist es wichtig, dass die beteiligten Erfahrungsexpert*innen und Fachpersonen auf gleicher Augenhöhe handeln. Dadurch wird

eine partnerschaftliche Zusammenarbeit verdeutlicht, was dazu beitragen kann, Ängste und Barrieren gegenüber dem psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem aber auch gegenüber den Mitarbeitenden aus den Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsangeboten abzubauen.

5. Berücksichtigung von recoveryorientierten Botschaften und fachlichen Standards bei der edukativen Aufklärung:

Die persönlichen Erfahrungen der Erfahrungsexpert*innen im Zusammenhang mit der eigenen psychischen Erkrankung nehmen einen wichtigen Bestandteil in der kontaktbasierten Intervention ein. Die Inhalte der Erfahrungsgeschichte beziehen sich zum einen auf die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen und Probleme sowie zum anderen auf den Weg der Genesung und Bewältigung. Neben den erkrankungsbedingten Problemen und negativen Erfahrungen ist es wichtig, wertschätzende, hoffnungsvolle und recoveryorientierte Botschaften zu vermitteln (vgl. Corrigan et al. 2013).

Damit kontaktbasierte Interventionen eine hohe Wirksamkeit erzielen, ist die Kombination mit edukativer Aufklärung vielversprechend (Corrigan et al. 2012). Neben der Zielgruppenorientierung (siehe oben) sollten sich die edukativen Inhalte an das biopsychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation zu psychischer Gesundheit und Erkrankung sowie an aktuelle wissenschaftliche Leitlinien zur Unterstützung- und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientieren, um

eindimensionale Erklärungsansätze zu vermeiden, fachliche fundierte Empfehlungen zur Unterstützung und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu geben sowie ein differenziertes, ganzheitliches und kontinuumorientiertes Verständnis von psychischer Gesundheit und Erkrankung zu vermitteln.

6. Bestehende und weiterführende Strukturen beachten:

Kontaktbasierte Interventionen sollten in einem günstigen Umfeld stattfinden, das die zwischenmenschliche Begegnung, kooperative Interaktion und informelle Diskussion zwischen

Damit kontaktbasierte Interventionen eine hohe Wirksamkeit erzielen, ist die Kombination mit edukativer Aufklärung vielversprechend.

allen Teilnehmenden fördert. Die aktive Unterstützung und Förderung dieser Rahmenbedingungen durch Leitungspersonen aus Institutionen und Organisationen in denen kontaktbasierte Interventionen stattfinden, ist daher eine zentrale Grundlage, die im Vorfeld abgeklärt werden muss (Corrigan et al. 2012).

Um langfristige Veränderungen bei der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu erreichen,

ist es wichtig, dass die kontaktbasierten Interventionen nicht isoliert stattfinden, sondern in ein regionales Gesamtkonzept eingebettet sein. Nachhaltige Strukturen sollten dabei einbezogen werden, die den Austausch und die Sensibilisierung nach der Intervention fortführen. Dies kann durch weiterführende Treffen, Netzwerkmöglichkeiten, Beratungsangebote oder Informationsmöglichkeiten geschehen, die den Dialog zum Thema psychische Gesundheit und Erkrankung lokal fortführen sowie den Teilnehmenden Informationen und regionale Unterstützung im Nachgang ermöglichen (Corrigan 2011).

Diskussion

Die Qualitätsstandards richten sich an alle Akteur*innen, die sich im Bereich der Aufklärung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen engagieren und kontaktbasierte Interventionsformen in unterschiedlichen Settings wie Fort- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit sowie Musik und Theater umsetzen. Zur Unterstützung der Umsetzung wurden ausgehend von den oben formulierten Standards für die Phasen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung konkrete Reflexionsfragen und Empfehlungen verfasst, die dabei helfen, die fachlichen Standards umzusetzen. Diese können selbstverständlich in Anlehnung an die Standards auch an das jeweilige Umsetzungssetting angepasst werden können.

Die kompletten Qualitätsstandards mit Empfehlungen und Reflexionsfragen finden Sie als kostenlose Broschüre als Download unter:

www.sozialpsychiatrie-mv.de

Literatur:

Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2017): **50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland**. In: Psychiatrische Praxis, 44 (7), S. 377–392.
 Corrigan, P. W. (2011): **Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma**. In: Psychiatric Services, 62 (8), S. 824–826.
 Corrigan, P. W. (2018): **The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns**. New York: Columbia University Press.
 Corrigan, P. W.; Lundin, R. (2001): **Don't Call Me Nuts! Coping with the stigma of mental illness**. Chicago: Recovery Press.

Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rüschi, N. (2012): **Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies**. In: Psychiatric Services, 63 (10), S. 963–973.
 Corrigan, P. W.; Vega, E.; Larson, J.; Michaels, P. J.; McClintock, G.; Krzyzanowski, R.; Gause, M.; Buchholz, B. (2013): **The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs**. In: Psychiatric Rehabilitation Journal, 36 (3), S. 173–179.
 Corrigan, P. W.; Kundert, C.; Laique, A. (2021): **The Impact of Contact and Fame on Changing the**

Public Stigma of Mental Illness. In: Community Mental Health Journal, 58 (4), S. 673–678.
 Goffman, E. (1963): **Stigma**. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 22. Aufl.
 Rüschi, N. (2021): **Das Stigma psychischer Erkrankung**. München: Elsevier.
 Schomerus, G.; Schindler, S.; Baumann, E.; Angermeyer, M. C. (2022): **Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: a widening gap**. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58 (1), S. 17–23.