MASTER OF SCIENCE IN SOZIALER ARBEIT

BERN I LUZERN I ST.GALLEN I ZÜRICH

das personen-zentrierte Recovery Konzept

Berner Fachhochschule BFH, Fachbereich Soziale Arbeit
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
FHS St.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Soziale Arbeit
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit

MASTER OF SCIENCE IN SOZIALER ARBEIT
BERN I LUZERN I ST.GALLEN I ZÜRICH

Erlenbach, 17. Juni, 2011

Das personen-zentrierte Recovery-Konzept

Eine trialogische Bewertung & Beurteilung aus der Sicht von Studierenden des Diploma of Advanced Studiengangs für Psychiatrie- Erfahrene, Angehörigen & professionell Tätigen

Master in Sozialer Arbeit, Bern I Luzern I St. Gallen I Zürich

Verfasserin:
Vera Zihlmann
Kappeliweg 7
8703 Erlenbach

vera.zihlmann@bluewin.ch

Fachbegleitung:
Prof. Sabine Makowka M.A. FHS St.Gallen

Studienbeginn: HS 2008
Abgabetermin: 17. Juni, 2011

Abstract

Das personen-zentrierte Recovery-Konzept, der Trialog und der erste Studiengang Experienced-Involvement (Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen) an der Berner Fachhochschule für Gesundheit, stehen im Fokus dieser Masterarbeit. Die Arbeit leistet einen innovativen Beitrag, zur Verbreitung und Akzeptanz von Recovery und Experienced-Involvement (EX-IN) in der Sozialen Arbeit und stellt den Professionellen (wie auch medizinisch-psychiatrisch Tätigen) ein Reflexionsinstrument für die eigene Handlungspraxis zur Verfügung.

Ausgehend von einer Recovery-Definition wurde ein strukturierter und moderierter Round-Table mit EX-IN Studierenden, Angehörigen und Professionellen durchgeführt, um aufzudecken, was aus Sicht der Befragten eine Genesung (Recovery) oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen behindert oder erschwert. Die Ergebnisse, ausgewertet mit der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring, wurden weiterführend mit einem weiteren Studierenden Round-Table und einem Experteninterview kontrastiert. Aus dem weiterführenden Vergleich der theoretischen Erkenntnisse mit den empirischen Ergebnissen geht hervor, dass die fehlende Gleichbehandlung, Partizipation und Selbstbestimmung, sowie die unreflektierte Expertenmacht den Genesungsprozess nach wie vor erschweren. Die Arbeit zeigt unter anderem auf, dass EX-IN, respektive die Peer-Arbeit in Bezug auf die Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung eine Schlüsselfunktion inne hat, welche künftig dazu beitragen kann, die Vision von partizipierenden und selbstbestimmten Betroffenen zu verwirklichen.

Vorwort

Recovery, Trialog und Experienced-Involvement sind die neuen Schlüsselwörter im nahen Umfeld der Sozial-Psychiatrie. Im internationalen Vergleich ist die Recovery-Bewegung in der Schweiz noch sehr jung. Das Recovery-Konzept, welches die individuellen Bedürfnisse in einem Genesungsprozess oder die Akzeptanz der eigenen Grenzen in den Vordergrund stellt ist hoch aktuell. Obwohl mittlerweile in einigen psychiatrischen Institutionen nach recovery-orientierten Kriterien gearbeitet wird, ist die Kritik der Betroffenen nach wie vor ein grosses Thema. Psychiatrie-Erfahrene verbalisieren diese und mischen sich in die, eigentlich den Professionellen vorbehaltenen, Debatten über gute oder weniger gute Behandlungen, Therapien, Medikamente etc. ein. Im Weiteren ist auch der (gesellschaftliche) Umgang mit den Betroffenen nach wie vor geprägt von Stigmatisierung und Ausschluss. Die Einmischung der Erfahrenen erfolgt mit der Forderung, ihr Erfahrungswissen im Kontext von Behandlung, Lehre und Forschung einzubringen und dadurch die Akzeptanz und den Umgang von Betroffenen zu verbessern.
Erfahrene, welche sich öffentlich exponieren sind Menschen, welche genug haben, sich stigmatisieren zu lassen, nicht am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben oder nicht (wieder) arbeiten zu dürfen. Der Spruch, einmal krank immer krank, soll der Vergangenheit angehören und Vorurteile abgebaut werden. Eine Betroffenenbewegung, welche nicht nur die Psychiatrie, sondern im weiteren Sinne auch das Gemeinwesen und die Gesellschaft verändern will. Bock et. al. schreiben, dass die Integration von etwas Besonderem (jemandem der anders ist als alle anderen), stark abhängt von unseren persönlichen Erfahrungen, der Kultur und vom Menschenbild, welches wir haben. „Deshalb ist es wenig hilfreich, wenn die Gesellschaft ein sehr enges Bild von Normalität vertritt und die Psychiatrie immer eiliger und sehr formal Spielarten des Seins als krank bezeichnet“ (Bock et al., 2009, S. 11). Niemand ist entweder ganz gesund oder krank, dennoch werden aufbauend auf dieser Dichotomie Entscheidungen getroffenen, welche Auswirkungen haben auf die Betroffenen (z.B. Versicherungsleistungen, Arbeitsmöglichkeiten etc.) Gegen diese gesellschaftlich geprägten Ausschlüsse kämpft die Recovery-Bewegung an.

Die Hoffnung, wieder zu gesunden oder mit einer Beeinträchtigung gut leben zu können, respektive diese zu akzeptieren, macht einen Grossteil von Recovery aus. Jede Persönlich-

keit hat ihren individuellen Recovery-Prozess und auf diesem sollten alle professionellen Hilfsangebote aufbauen. Hoffnung ist denn auch ein Schlüsselbegriff, welcher sowohl durch das Umfeld, wie auch durch die professionell Tätigen unterstützend eingebracht werden kann. Die Soziale Arbeit hat den Auftrag, gesellschaftliche Ausschlüsse zu erkennen und die Teilhabe und Teilnahme von Einzelnen und Gruppen zu fördern oder wie es die Soziokultur beschreibt: Betroffene zu Beteiligten zu machen. Mit (selbst-) inszenierten Beteiligungsprozessen werden Betroffene darin gestärkt, sich für ihre Rechte und Bedürfnisse einzusetzen. Damit dies in Zukunft besser gelingt, werden neu auch in der Schweiz Experten und Expertinnen aus Erfahrung (EX-IN) ausgebildet, die selber einen Recovery-Prozess durchlebt haben, wieder gesundeten oder ihr Anderssein mit Würde und Stolz akzeptieren.

Die Autorin, geprägt vom Studiengang Soziale Arbeit- Fachrichtung Soziokultur (Hochschule Luzern - Soziale Arbeit), sieht ihr Theorie- und Wissenschaftsverständnis explizit darin verortet und schreibt die Masterthesis aus dieser Positionierung. Es gibt nicht eine Luzerner Theorie, vielmehr wird auf dem Hintergrund einer pluralistischen und konstruktivistischen Denkweise gelehrt (vgl. Wandeler, 2010, S.6). Die soziokulturelle Handlungspraxis zieht somit unterschiedliche, manchmal sich auch widersprechende, theoretische Positionen zur Erklärung von Problemsituationen heran (vgl. Hafen, 2010 & Husi, 2010) und hat ein heterarchisches Verständnis von Wissenschaft und Praxis. Dies zeigt auch die Orientierung an der Aktions- und Praxisforschung, welche in ihren Anfängen nicht nur die Betroffenen stark involvierte, sondern sich kritisch zu gesellschaftlichen Missständen äusserte, die es zu verändern galt. In dieser Masterarbeit fliessen denn auch verschiedene theoretische Einflüsse mit ein, dies jedoch aus der oben genannten reflektierten Position heraus. Soziokultur ist offen für neue Möglichkeiten, Tätigkeitsfelder und Perspektiven, jedoch immer mit der Absicht Betroffene zu beteiligen und die Selbstbestimmung & Partizipation zu fördern und zu fordern. Sei dies im Wissenschafts- oder Praxiskontext.

Dank: Für die begleitende, grammatikalische, redaktionelle und moralische Unterstützung bedanke ich mich bei folgenden Personen: Sarah Steg (Lektorat), Olivier Huguenin, LuciAnna Braendle, Maria Kongsted, Ursula Furrer, Sandra Stamm und speziell bei Andres Vogt.

Im Weiteren bei folgenden (Master-) Dozierenden und Fachpersonen: Martin Hafen, Annette Hug, Gregor Husi, Peter Schallberger, Bernard Wandeler & Christian Vogel.

Insbesondere bedanke ich mich für die wertvolle & unterstützende Fachbegleitung von Sabine Makowka (Fachbegleitung Masterthesis), beim Vorstand des Vereins EX-IN, René Hadorn; Projektleiter EX-IN, Katharina Abplanalp; Betroffenenvertreterin EX-IN, Andreas Heuer; Leitung EX-IN Studiengang Berner Fachhochschule für Gesundheit, den Studierenden des EX-IN Studiengangs. Und bei Johann Meinhof; Luzerner Psychiatrie St. Urban, Fritz Frauenfelder; Psychiatriezentrum Rheinau, Christian Burr; Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, sowie bei Gaby Rudolf; Pro Mente Sana, welche durch ihre Offenheit und dem Interesse am Thema Recovery viel zu dieser Arbeit beigetragen haben.

Erlenbach, 17. Juni, 2011
Vera Zihlmann

Widmung: Diese Arbeit ist allen Menschen gewidmet, welche in ihrem Leben mit dem Thema einer psychischen Beeinträchtigung in Kontakt gekommen sind; sei dies als Betroffene, als Gesundete, als Angehörige oder professionell Tätige. Und speziell den Menschen, welche sich dafür einsetzen, dass die Zukunft von Recovery bald Gegenwart wird.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 9
1.1 Ausgangslage 9
1.2 Herleitung der Problemstellung 13
1.3 Aktueller Stand der Recovery- Forschung 17
1.4 Erkenntnis- und Praxisinteresse 22
1.5 Forschungleitende Fragen und Aufbau der Masterthesis 24
2 Theoretischer Teil 26
2.1 Einleitende Überlegungen 26
2.2 Recovery in Theorie und Praxis 26
2.2.1 Definitionen und Konzepte 26
2.2.2 Recovery in der Praxis 31
2.2.3 Fazit: Recovery 37
2.3 Trialog 37
2.3.1 Trialog: Definition 37
2.3.2 Trialog: Entstehung, Entwicklung & weiterführende Ziele 39
2.3.3 Trialog und Theoriebezug 42
2.3.4 Fazit: Trialog 50
2.4 Projekt und Studiengang: Experienced Involvement 51
2.4.1 Experienced Involvement: Entstehung des Projektes EX-IN 51
2.4.2 Experienced Involvement: Ziele des Projektes und des Studiengangs 53
2.4.3 Experienced Involvement: Aktueller Stand in Europa 54
2.4.4 Experienced Involvement: Aktueller Stand in der Schweiz 55
2.4.5 Fazit: Experienced Involvement 57
2.5 Schlussfolgerungen Theorieteil 58
3 Empirischer Teil 64
3.1 Forschungsdesign 64
3.1.1 Forschungsziel 64
3.1.2 Überlegungen zum Forschungsdesign 65
3.1.3 Aktions- und Praxisforschung- Exkurs 65
3.2 Methodisches Vorgehen 67

3.2.1 Sample 67
3.2.2 Datenerhebung 68
3.2.3 Datenaufbereitung & Datenauswertung 71
3.3 Darstellung der Ergebnisse 72
3.3.1 Kritik 72
3.3.2 Vision 77
3.3.3 Realität 81
3.4 Diskussion der Ergebnisse 84
3.4.1 Gleichbehandlung 85
3.4.2 Selbstbestimmung 86
3.4.3 Partizipation 89
3.4.4 Fazit 91
4 Schlussfolgerungen 92
4.1 Konsequenzen aus den Ergebnissen 92
4.1.1 Konsequenzen aus empirischer Sicht 92
4.1.2 Konsequenzen aus theoretischer Sicht 94
4.1.3 Konsequenzen für die Praxis 95
4.2 Offene Fragen 97
4.3 Fazit 98
Literaturverzeichnis 99
Anhang 108
Anhang A: Einladung Round-Table 108
Anhang B: Kategoriensystem 110
Anhang C: Ergebnisübersicht 111
Anhang D: Glossar 112

1 Einleitung

Einleitend wird die Ausgangslage und die Problemstellung rund um die Thematik Psychische Gesundheit und Krankheit und die Verknüpfung mit dem Recovery-Konzept beschrieben. Durch die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes kann das Erkenntnis- und Praxisinteresse formuliert werden, welches weiterführend zu den Hauptfragen der vorliegenden Masterthesis führt.

1.1 Ausgangslage

Es bestehen verschiedene Interessensebenen rund um die Thematik von psychischer Krankheit, respektive der Förderung von psychischer Gesundheit: gesellschaftliche, wirtschaftliche, politische, rechtliche, aber auch institutionelle und individuelle Interessen. Ein Gesamtinteresse liegt darin, dass die Menschen wieder gesunden, respektive mit gewissen Einschränkungen (physische und psychische) gut leben können. Welche Bedingungen dabei unterstützend, respektive als behindernd erlebt werden, ist Gegenstand dieser Arbeit. Der Fokus richtet sich insbesondere auf das Erfahrungswissen der (ehemals) von psychischer Krankheit Betroffenen[1] in der Schweiz und darauf, welche Rolle das Recovery-Konzept dabei spielt. Da Angehörige und professionell Tätige im Genesungsprozess ebenfalls eine wichtige Rollen spielen, werden diese bei der Untersuchung ebenfalls berücksichtigt. Um die Komplexität des Themas zu erfassen, werden einleitend die genannten Interessensebenen in Europa und der Schweiz aufgezeigt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt das übergeordnete Ziel, Gesundheit für alle im 21 Jahrhundert, welches im Rahmenkonzept (vgl. WHO, 1999, Veröffentlichungen, ¶ 4) definiert ist. Dazu nimmt sie Stellung zu verschiedenen Themen und trägt mit der Verbreitung von evidenzbasiertem Fachwissen zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung von gesundheitsbedingten Problemen bei (vgl. WHO, 2010, die WHO in der Welt, ¶ 2). Bereits in mehreren Grundsatzpapieren hat sich die WHO dezidiert über das Thema des psychischen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit, respektive über das Reduzieren von psy-

[1] Glossar (Anhang D): Verwendung der Begrifflichkeiten

chischer Krankheit geäussert. Im erwähnten Rahmenkonzept setzt sich die WHO zum Ziel, dass sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung bis ins Jahr 2020 verbessert und adäquate Dienstleistungen verfügbar und zugänglich sein sollen. Als Teilziele werden bei den von psychischer Krankheit Betroffenen eine Verringerung der Prävalenz (Krankheitshäufigkeit), die Befähigung im Umgang mit Stresssituationen und eine Reduktion der Suizidrate um einen Drittel angestrebt. Besonderes Augenmerk liegt auf Ländern, welche eine hohe Suizidrate ausweisen. Bereits im Jahr 1999 war die Depression auf dem zweiten Platz bezüglich der Ursachen der krankheitsbedingten Kosten (vgl. WHO, 1999, Veröffentlichungen, S. 50, ¶ 4). Zukünftig soll der Thematik in den europäischen Regionen hohe Priorität eingeräumt werden. Dazu werden verschiedene Massnahmen zur Erreichung der oben genannten Zielsetzungen aufgezeigt (vgl. WHO, Veröffentlichungen, 2005, ¶ 4, S.3). Als künftige Herausforderung wird insbesondere eine Umverteilung der jetzigen monetären Ressourcen gesehen, welche die Akutbehandlungskosten senken und die Gesundheitsförderung stärken will. Dies erfordert eine Neuausrichtung der Gesundheits-, als auch der Psychiatriepolitik in den einzelnen Ländern. Besonders innovative Konzepte und Versorgungsmodelle sollen gefördert und allenfalls von anderen Ländern auf ihre Bedürfnisse adaptiert werden. Dies immer im gegenseitigen Austausch von evidenzbasierten Daten und dem Fachwissen. Da genügend Daten zur Problembeschreibung vorliegen, soll dieses Wissen einbezogen werden, um den Fokus auf die effektive Wirksamkeit und die Kosten zu richten. Ein wichtiger Punkt aus Sicht der WHO und für diese Arbeit zentral ist der Einbezug der Betroffenen (vgl. WHO, Veröffentlichungen, 2005, ¶ 4, S.6-7), welcher bis dato zwar immer wieder gefordert, jedoch bis anhin auf operativer und strategischer Ebene zurückhaltend umgesetzt wird. Betroffene werden als Experten und Expertinnen für ihren Gesundheitszustand, respektive für ihre Genesung gesehen und sollen das Recht haben, in Entscheidungsprozesse miteinbezogen zu werden. Weiter soll die Mitarbeit von (ehemals) Betroffenen in der Forschung, Entwicklung und Evaluation zum Standard werden. Die umfassenden Herausforderungen und Massnahmen sollen in den nächsten 5-10 Jahren von jedem Land in ihrem jeweiligen politischen und rechtlichen Kontext umgesetzt werden (vgl. WHO, 2006, Arbeitsinhalte ¶ 3).

Die Schweiz, ebenfalls Mitglied der WHO, hat bereits im Jahr 2004 einen Strategieentwurf zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ausgearbeitet (vgl. Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2004a, Krankheit und Medizin, Psychische Gesund-

heit, ¶ 2). Dieser wurde im Auftrag von Bund und Kantonen von der Projektleitung der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (www.nationalegesundheit.ch) und vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (www.obsan.ch) ausgearbeitet und einem breiten Feld von Anspruchsgruppen zur Konsultation zugestellt (vgl. BAG, 2004a, S. 6). Die Priorität liegt bei einer präventiven, gesundheitsfördernden Strategie und der Modernisierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit ihren verschiedenen Systemen.
Die finanzielle Umsetzung des Aktionsplanes ist teilweise ungeklärt und durch die Sparmassnahmen des Bundes in Frage gestellt. Ein heterogenes Bild zeigt sich unter den Anspruchsgruppen in Bezug auf die Themen Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit, Partizipation, Einbezug der Betroffenen etc.. Anspruchsgruppen aus dem forschungs- und medizin-nahen Umfeld sehen diese Weiterentwicklung als wenig zentral an (vgl. BAG, 2004b, S. 42, Psychische Gesundheit, ¶ 2). Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen der betroffenen-nahen Organisationen, welche den Einbezug explizit fordern und eine Stigmatisierung innerhalb der Medizin ausmachen (dazu auch: Schmolke & Amering, 2010, S. 67-70). Der Fokus ist aus ihrer Sicht einseitig auf die medizinisch - psychiatrische Disziplin gerichtet und die Diagnostik steht im Vordergrund. Ausserdem werden in den verwendeten Begriffen weitere Stigmatisierungstendenzen wahrgenommen. Die verschiedenen Auffassungen zeigen auf, dass es künftig vermehrt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für Entwicklungs- und Forschungsprojekte braucht, um national verbindliche Strategien durchzusetzen (vgl. BAG, 2004b, S. 42-44, Psychische Gesundheit, ¶ 2). Der Strategieentwurf und die Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse dienen als Referenzrahmen. Bund, Kantone und private Institutionen werden aufgefordert daraus nationale Projekte abzuleiten und zu verwirklichen (www.bag.ch). Aktuell (2010) ist das neue Präventionsgesetz auf Bundesebene hängig (vgl. Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Bundesblatt, 2009, ¶ 2), welches den Einbezug präventiver Massnahmen zur Verhinderung von psychischen Krankheiten und die Förderung psychischer Gesundheit explizit berücksichtigt. Im September 2010 verzichtete die nationalrätliche Kommission auf die Schaffung eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung. Die bestehende Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz soll gestärkt werden und Gelder für Präventionsprojekte sprechen können (vgl. Die Bundesversammlung, Service und Presse, 2010, ¶ 4). Auf gesetzlicher Ebene sind weitere wichtige Entscheidungen in der Umsetzungsphase, welche Auswirkungen auf

die von psychischer Krankheit Betroffenen und deren Umfeld haben werden: Das neue Erwachsenenschutzrecht, welches voraussichtlich 2013 in Kraft tritt und die 6. IV- Revision (Invalidenversicherung). Im neuen Erwachsenenschutzrecht (ehemals Vormundschaftsrecht) ist der Gesetzgeber um mehr Selbstbestimmung und Professionalität besorgt. Entscheide werden künftig von einer interdisziplinären Fachbehörde (bisher Laienbehörde) mit mind. 3 Mitgliedern getroffen. Folgende Punkte sind in diesem Kontext für Betroffene zentral:

- Neues Massnahmensystem, welche die Beistandschaft klarer und professioneller regelt.
- Fürsorgerische Unterbringung, welche die ärztliche Einweisungskompetenz beschränkt und eine klare Regelung bei stationärer Unterbringung ohne Zustimmung der Person vorsieht.
- Förderung der Selbstbestimmung durch die im Zivilgesetzbuch (ZGB) festgelegte Möglichkeit eines Vorsorgeauftrags und einer Patientenverfügung.
- Besserer Schutz von urteilsunfähigen Personen, welche sich in Einrichtungen befinden (vgl. Vogel & Widler, 2009, S. 73-83).

Die Umsetzung erfordert auf kommunaler, kantonaler- und Bundesebene grosse Anstrengungen auf materieller, wie auch auf struktureller Ebene. Pro Mente Sana, eine der wichtigsten und etablierten Betroffenenorganisationen in der Schweiz (www.promentesana.ch) begrüsst den Grossteil des revidierten Gesetzes, kritisiert jedoch die Sonderlösungen für psychisch Kranke, welche in ihrer Autonomie immer noch unnötig beschnitten werden. Der einheitlichen Regelung für stationäre Zwangsbehandlungen (Fürsorgerische Unterbringung vormals Fürsorgerischer Freiheitsentzug), welche neu schweizweit eingeführt wird, steht man positiv gegenüber. Diese wird gleichzeitig durch die Möglichkeit beschnitten, eine kantonale Gesetzgebung zu erlassen, in welcher ambulante Zwangsmassnahmen erlaubt sind (vgl. Pro Mente Sana, 2006, Stellungsnahmen/Medien, ¶ 5). Pro Mente Sana diskutiert aktuell mit einer breiten Anspruchsgruppe über das neue Gesetz, mit dem Ziel, Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Kantone und die Institutionen sollen das neue Recht in einem patienten-orientierten Sinne umsetzen (vgl. Pro Mente Sana, 2010a, Veranstaltungen, ¶ 7).

Die aktuelle Revision der Invalidenversicherung (6a. IVG-Revision) gibt ebenfalls Anlass zur Kritik. Die neue IV-Regelung sieht eine vermehrte Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt von IV-Bezüger/innen vor, jedoch ohne die strukturellen Einschränkungen von (psychisch)

Behinderten zu berücksichtigen. Um Einsparungen von jährlich 230 Millionen Franken zu tätigen, sollen von den ca. 244`000 IV-Rentner/innen, 12`000-17`000 wieder erwerbstätig werden (vgl. Häuptli, 2010, S. 15). Eine aktuelle Umfrage von Pro Infirmis zeigt, dass die Arbeitgeber/innen wenig daran interessiert sind, IV-Bezüger/innen anzustellen (vgl. Häuptli, 2010, S. 15). Es entsteht die Situation, dass Ärzte ... „jeden Ausdruck von Hoffnung, dass in Zukunft die Eingliederungsfähigkeit verbessert werden könnte, unterdrücken [müssen], um den vorläufigen Anspruch auf eine Rente nicht zu gefährden“ (vgl. Pro Mente Sana, 2010b, Stellungsnahmen/ Medien, IVG, ¶ 5). Die betroffenen-nahen Organisationen bezeichnen die Revision als unsozial und unakzeptabel und unterstützen ein Referendum bei einer Annahme durch das Parlament.

Die Ausgangslage zeigt einen vertiefenden Überblick über die Komplexität der Thematik, welche sich durch die momentan laufenden politischen Debatten in der Schweiz mit dem Präventionsgesetz, dem neuen Erwachsenenschutzrecht und der 6. Revision der Invalidenversicherung noch potenzieren. Es wird deutlich, dass für die einzelnen Betroffenen Verbesserungen nur zu Stande kommen, wenn mehrere Ebenen ineinandergreifen. Das politische Interesse ist vorhanden, mit Aktionen und Projekten zur Entstigmatisierung beizutragen, damit Betroffene von psychischer Krankheit als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft akzeptiert werden. Den Einzelnen werden vermehrt neue Rechte zugestanden, jedoch ist die Finanzierung von Peer-Projekten (siehe Anhang D, Glossar) und die finanzielle Absicherung (Sozialversicherungen, IV etc.) nicht geklärt, respektive in Frage gestellt. Dieses Spannungsfeld lässt die Frage offen, inwieweit diese übergeordneten Entscheide und Projekte einen Einfluss auf die Genesung der Betroffenen haben. Dies herauszufinden wird u.a. auch Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein. In der Herleitung der Problemstellung werden Daten, Fakten und der Auftrag der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Thematik aufgezeigt. Daraus werden erste Arbeitshypothesen abgeleitet, welche weiterführend als Vorlage für die Entwicklung der Fragestellungen dienen.

1.2 Herleitung der Problemstellung

In der Ausgangslage wird offenkundig, dass Menschen, welche an einer psychischen Krankheit leiden oder gelitten haben, heute noch von Diskriminierung, Stigmatisierung und

Exklusion betroffen sind. Das bedeutet, dass sie in vielfältiger Weise von einer Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind. Das Risiko, durch die Krankheit den Arbeitsplatz, das soziale Netzwerk, sowie die finanzielle Sicherheit zu verlieren ist hoch und kann durch die Selbststigmatisierung verstärkt werden. Schätzungen gehen davon aus, dass zu jedem Zeitpunkt auf der Welt ca.10% der Erwachsenenbevölkerung von einer psychischen Störung betroffen sind und jede vierte Person im Verlauf ihres Lebens eine Phase einer psychischen Krankheit durchmacht, welche unterschiedliche soziale und finanzielle Folgen haben. Die monetäre Belastung wird auf 3-4% des Bruttoinlandproduktes geschätzt, wobei verdeckte Kosten (z.B. die Pflegearbeit von Angehörigen) nicht berücksichtigt sind (vgl. WHO, 2006, 47ff, Arbeitsinhalte ¶ 3).

Eine weitere Problematik bezieht sich auf das selbstzerstörerische und das suizidale Verhalten von Betroffenen. Neben dem enormen Leid, auch für das unmittelbare Umfeld, entstehen massive volkswirtschaftliche Kosten. Mit dem DALY [disability-adjustet life years] werden Aussagen darüber gemacht, wie viele Lebensjahre aufgrund der vorzeitigen Sterblichkeit verloren gehen in Kombination mit den Lebensjahren, welche in Behinderung verbracht werden. Neben physischen Faktoren gehören schwere Depressionen und Suizidversuche zu den wichtigsten Ursachen (vgl. BAG, Suizidprävention, ¶ 3, 2005, S.20) einer Verminderung der Lebensjahre. In der Schweiz gibt es keine genauen Zahlen bezüglich der Kosten von Suizid und suizidalem Verhalten. Aufgrund von Vergleichsstudien werden die Kosten pro Suizidversuch auf ca. 8000 Franken berechnet, ohne Berücksichtigung der indirekten Kosten (z.B. Polizeieinsatz etc.) (vgl. BAG, Suizidprävention, ¶ 3, 2005, S.20). Die WHO führt einige erfolgreiche Studien und Projekte auf, welche darauf hinweisen, dass mit der Verstärkung von Präventionsmassnahmen die Suizidrate gesenkt werden konnte (vgl. WHO, 2006, S. 76, Arbeitsinhalte ¶ 3). In Anbetracht der Fakten ist die heutige verbreitete Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema naheliegend, erklärt es doch das übergeordnete sozialpolitische und volkswirtschaftliche Interesse an der Thematik.

Die Soziale Arbeit hat, neben den medizinisch-pflegenden Berufen, ebenfalls eine lange Tradition in der Begleitung und Unterstützung von psychisch beeinträchtigen Menschen. Auf die Psychatrie-Enquete (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 1975) rückblickend und durch den immer stärker werdenden Bereich der Selbsthilfe, wurde die Zunahme der Aufgaben für die Soziale Arbeit in den letzten 45 Jahren

begünstigt (vgl. Homfeldt, 2005, S. 318-319). Der historische Abriss von Homfeldt zeigt eine Entwicklung auf, welche heute die verschiedensten Arbeitsfelder (klinische Sozialarbeit, Sozialpsychiatrie) und Aufgaben (Case Management, Begleitung, Beratung) umfassen. Dies im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit und/oder der Stabilisierung von psychischer Krankheit (vgl. Homfeldt, 2005, S. 320- 326).

Soziale Arbeit hat den Auftrag individuelle und soziale Probleme zu identifizieren und mit ihren Interventionen zu einer Verminderung, Verbesserung oder Stabilisierung dieser beizutragen. In Bezug auf die dargelegten komplexen Mehrfachproblematiken dienen die Grundsätze (Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Beteiligung, Integration, Ermächtigung) im Berufskodex der Sozialen Arbeit (vgl. Avenir Social, Berufskodex, 2010, S. 8-9) als wichtige Grundpfeiler in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen. Diese werden sowohl von der WHO als auch von den Betroffenenorganisationen gefordert (siehe Ausgangslage). Der konsekutive Master in Sozialer Arbeit oder die Sozialarbeitswissenschaft steht ... „unter dem Erwartungsdruck, neues Wissen zu schaffen und zur Verfügung zu stellen“ (Blosser, Schleicher, Schmid & Wohler, 2010, XV) und explizit aus der Perspektive der Sozialen Arbeit zu argumentieren. Die Soziale Arbeit hat somit den Auftrag, (neues) Wissen zu generieren und/oder zu überprüfen, um die Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Beteiligung, Integration und Ermächtigung von psychisch beeinträchtigten Menschen zu fördern. Mit dem transformativen Dreischritt zeigt Staub auf, wie in Bezugnahme von Beschreibungs- und Erklärungswissen nomopragmatische-handlungstheoretische Hypothesen formuliert werden, um daraus normative Handlungsleitlinien und Regeln abzuleiten (vgl. Staub, 2007, S. 252-260). In Bezug auf die im Berufskodex genannten Grundsätze der Sozialen Arbeit (vgl. Avenir Social, 2010, S. 8-9) können in Bezug auf die Thematik folgende Arbeitshypothesen (vgl. Staub, 2007, S.208) abgeleitet werden:

- Gleichbehandlung: Wenn die Menschenrechte als normative Handlungsgrundlage eingehalten werden, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass psychisch Beeinträchtigte als Menschen wahrgenommen und nicht an ihrer (momentanen) Leistung, den Verdiensten oder an moralischen Verhaltensweisen gemessen werden.
- Selbstbestimmung: Wenn förderliche Faktoren für die Selbstbestimmung von psychisch beeinträchtigten Menschen unter Einhaltung der bestehenden Rechtsordnung bekannt

sind, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass das Wohlbefinden gestärkt und die Chance auf Genesung erhöht wird.

- Partizipation: Wenn psychisch beeinträchtigte Menschen in ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit gefördert werden, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben und teilnehmen.
- Integration: Wenn sozialpolitische Entscheide und die Umsetzung von Massnahmen auf dem Hintergrund der Wahrung der psychosozialen Integrität und der Verwirklichung des „Menschseins“ gefällt werden, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass psychisch beeinträchtigte Menschen in ihren physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen gestärkt werden.
- Ermächtigung: Wenn psychisch beeinträchtigte Menschen als Teil der Sozialstruktur wahrgenommen werden, dann besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Meinung innerhalb der Gemeinschaft und die autonome Mitwirkung an gesellschaftsrelevanten Fragen gestärkt wird.

Diese übergeordneten, für die Soziale Arbeit relevanten, Arbeitshypothesen dienen einerseits der Entwicklung und Eingrenzung von Fragestellungen, andererseits zeigen sie erste Ansätze möglicher Aufträge für die Soziale Arbeit in Bezug auf die Thematik auf. Weiterführend müssen die Arbeitshypothesen auf ihren Gehalt überprüft werden: durch bereits vorhandene Theorien (Theoriebezug), durch empirisch überprüfte Technologien und Regeln (Empiriebezug) und durch die Anwendung in der Praxis (Handlungsbezug). Durch die Bearbeitung der forschungsleitenden Fragen sollen im Anschluss Teilaspekte der Arbeitshypothesen, respektive die Grundsätze auf ihren Gehalt überprüft werden, um weiterführende Schlussfolgerungen für die Theorie, Empirie und die Praxis abzuleiten.

Im Sinne des Trippelmandates nach Staub (vgl. Staub, 2007, S. 200 & 418)) soll die Sozialarbeitswissenschaft (unter Beizug der oben erwähnten Rechtsgrundlagen, dem Berufskodex und mit ihrem Fach- und Erklärungswissen) zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beitragen und dadurch die politisch-wirtschaftlichen Diskussionen mitgestalten und beeinflussen. Mit Blick auf die Arbeitshypothesen bedeutet dies, die Fragestellung dahingehend zu entwickeln, dass die Erkenntnisse weiterführend in der Praxis zu einer Verminderung, Verbesserung oder Stabilisierung der Probleme von psychisch beeinträchtigten Menschen beitragen können und die Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Beteiligung,

Integration und Ermächtigung gestärkt wird. Im nächsten Kapitel wird der aktuelle Stand der Recovery-Forschung aufgearbeitet, um anschliessend das Erkenntnis- und Praxisinteresse darzulegen.

1.3 Aktueller Stand der Recovery- Forschung

In diesem Kapitel werden aktuelle und wichtige Forschungsbeiträge zum Thema Recovery, Recovery-Prozesse, Gesundheitsförderung und Empowerment zusammengefasst. Die Themen Psychiatrie, Diagnostik und Behandlung werden allenfalls ergänzend zu Recovery-Forschungsbeiträgen erwähnt, stehen jedoch nicht im Vordergrund. Einführend wird auf einige evidenzbasierte Konzepte und Theorien eingegangen, welche in der heutigen Recovery-Forschung eine wichtige Rolle spielen.

Salutogenese-Theorie (lat. Salus= Heil, Gesundheit & altgr. Génesis= Entstehung): Mit dem Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) beschreibt Antonovsky (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36), wie der Mensch mit schwierigen Anforderungen oder gar Extremsituationen (Krankheit, Behinderung, etc.) umgeht. Es wird in der Kindheit erworben und in der Adoleszenz als verfestigte Einstellungsmuster beschrieben. Der Blickwechsel weg von der defizitorientierten Pathogenese (altgr. páthos= Leiden(schaft) Sucht, Pathos & génesis= Entstehung, Schöpfung, Geburt) hin zur Frage nach Ressourcen und Fähigkeiten war neu. Abel, Kolip und Wydler beschreiben und bewerten das Konzept umfassend mit evidenzbasierten Daten und kritisieren u.a. die konzeptuelle Bestimmung der Begrifflichkeiten (Operationalisierung) und das Festhalten an unveränderlichen Dispositionen, welche implizit die Selbstheilungskräfte und auch Hilfe von Aussen (Therapien etc.) in Frage stellen (vgl. Abel et. al, 2010, S. 197-202). Trotz der Kritikpunkte hat das Konzept zu einem ressourcenorientierten Blick im Gesundheits- und Sozialbereich geführt. Viele Konzepte in der Gesundheitsförderung, der Prävention und im Public Health (Öffentliche Gesundheit) bauen auf der Salutogenese-Theorie auf.

Coping (Bewältigung von Stresssituationen): In belastbaren und gefährlichen Stresssituationen werden mehr oder weniger bewusste Bewertungs- und Verhaltensstrategien angewendet, um die aufkommende Angst und/oder Gefahr zu bewältigen. Insbesondere in trau-

matischen Krisen, welche meist unvorbereitet eintreten, mobilisiert der Mensch innere und äussere Ressourcen, um diese zu bewältigen. Es wird unterschieden in funktionale und dysfunktionale Copingstrategien. Ersteres trägt unterstützend zur Krisenbewältigung bei, das zweite kann auf Dauer schädigend sein (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 132-133).
Das Bewältigungs- oder Copingverhalten (Coping Behavior) legt den Schwerpunkt ... „auf eine Veränderung der belastenden, bzw. angstauslösenden Situationsbedingungen durch Tätigwerden ab“ (Fröhlich, 2000, S. 94). Bereits das Wissen um solche Strategien kann bei der Bewältigung helfen. Die Strategien können begrenzt eingeübt, respektive vorhandene Strategien reflektiert werden (z.B. Angst-Management-Training).

Resilienzforschung (Widerstandskraft): In der Resilienzforschung wird der Blick auf die Kompetenzen und die Ressourcen gerichtet. Als Grundlagenforschung dient die „Kauai-Längsschnittstudie“ von Werner und Smith, welche in einer 40-jährigen Langzeitstudie die somato-psycho-soziale Entwicklung von fast 700 Kindern ins Erwachsenenalter (Jahrgang 1955) begleiteten (vlg. Wustmann, 2008, S. 74-76). Die Erkenntnisse der noch jungen Resilienzforschung (ab 1980) zeigt auf, dass man sich trotz einer risikobelasteten Kindheit zu einer selbstbewussten, selbstsicheren und kompetenten Person entwickeln kann (vgl. Wustmann, 2008, S. 71). Die Widerstandsfähigkeit ist nicht angeboren, sondern wird vielmehr in der Kind-Umwelt-Interaktion erlernt und erworben. Geht ein Kind gestärkt aus einer schwierigen Belastung hervor, kann dies für die Bewältigung späterer Anforderungen helfen. Wichtige unterstützende Merkmale, Stärken und Ressourcen sind: Selbstwirksamkeit (die Möglichkeit sehen, aktiv an einer schwierigen Situation etwas zu verändern), Beziehungsfähigkeit (mindestens eine tragfähige soziale Beziehung), optimistische und zuversichtliche Lebenseinstellung (Humor), Empathie, Hilfsbereitschaft, Hoffnung, Selbstständigkeit, Fantasie, Kreativität, Unabhängigkeit, Reflexionsfähigkeit, Entschlossenheit, Mut und Einsicht. Dass der Resilienzforschung in Bezug auf das Thema Recovery (und im weiteren interdisziplinären Rahmen) grosse Beachtung geschenkt wird ist naheliegend. Recovery kann unterstützt werden, ... „wenn es dem Einzelnen [durch das Helfer/innensystem] (Anm. der Autorin) in schweren Belastungssituationen ermöglicht wird, die notwendigen Schutzfakoren zu aktivieren„ ... (Amering und Schmolke, 2010, S. 125). Gelingt es also die Ressourcen und Stärken zu aktivieren, respektive sie zu entdecken kann sich dies positiv auf die weitere

Entwicklung auswirken. Aus Sicht der professionell Tätigen bedeutet dies, die Betroffenen in folgenden Bereichen zu unterstützen (vgl. Berner, 2010, S.28):

- Problemlösefähigkeit und Konfliktlösestrategien
- Eigenaktivität, persönliche Verantwortungsübernahme
- Selbstwirksamkeit
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- soziale Kompetenzen
- effektive Copingstrategien

Messbarkeit von Recovery: Die Frage wie und ob Recovery messbar ist, bekam durch das verstärkte Interesse am Konzept zu Beginn der 90er Jahre immer mehr Gewicht. Als Grundlagenforschung für Recovery wird die Studie von Ralph et al. gesehen (Ralph et al. 1999, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 198-201), welche von professionell Tätigen und Nutzer/innen gemeinsam erforscht und entwickelt worden ist. Der Prozess wird als nicht linear und mit 6 Phasen beschrieben, welche auf dem Weg zur Genesung durchlaufen werden: Angst, Bewusstsein, Erkenntnis, Aktionsplan, Entschlossenheit (dass es einem gut geht), Recovery/Wohlbefinden. Diese müssen nicht zwingend und in keiner bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden. Auch zeigt sich eine unterschiedliche Intensität im Erleben. Im weiterentwickelten Konzept werden innere (kognitive, emotionale, spirituelle, körperliche) und äussere (Aktivität, Selbstversorgung, Beziehungen, Unterstützung) Faktoren unterschieden, auf welche das Individuum mehr oder weniger Einfluss und Kontrolle hat. Diese können den Prozess fördern oder behindern. Es gibt weitere Messinstrumente, die Aussagen darüber machen, welche Faktoren bei Recovery eine Rolle spielen (z.B. persönliche Zuversicht und Hoffnung; Bereitschaft, Hilfe zu suchen; Ziel- und Erfolgsorientierung; sich auf andere verlassen können; nicht von den Symptomen beherrscht werden). Weitere Forschungsergebnisse beziehen auch die Organisation (Psychiatrie etc.) mit ein (vgl. Amering& Schmolke, 2010, S. 204- 208). Ein solches Messinstrument, welches die Recovery-Orientierung innerhalb einer psychosozialen Einrichtung misst, wurde von Sowers entwickelt (vgl. Sowers, 2005). Unterteilt wird der Evaluationsfragebogen in drei Schwerpunkte: Verwaltung/ Organisation, Behandlung und weitere Unterstützung. Der Fragebogen, wurde von Bridler und Lötscher mit einer Wegleitung ins Deutsche übersetzt (vgl. Bridler & Lötscher, 2006). Durch die Befragung von Nutzer/innen, Angehörigen und professionell Tätigen wird ersichtlich, wie

weit die Recovery-Orientierung in einer Organisation umgesetzt ist. Anhand einer Punkteskala werden folgende Abstufungen vergeben: exzellent, gut, mässig, benötigt wesentliche Verbesserungen und traditioneller Standard.
Schön et al. haben in einer aktuellen Studie drei zentrale Kategorien erforscht, welche für Recovery-Prozesse zentral sind (vgl. Schön, Denhof & Topor, 2009, S. 342-344):

- the social self (coping strategies)
- Social Interventions (Cooperation with professionals, Medication as a joint effort, Hospitalization, Organized activities outside the home)
- Connection to others (Friends, Family)

Diese beschreiben für einmal nicht den komplexen individuellen Prozess, sondern legen das Augenmerk auf die soziale Komponente. Recovery wird als sozialer Prozess beschrieben, in welchem soziale Beziehungen eine entscheidende Rolle für die Genesung spielen. In seiner umfassenden Dissertation über Recovery (von schweren psychischen Störungen) (vgl. Topor, 2001), identifizierte Topor die sozialen Beziehungen bereits als wichtigen Faktor. Im Theorieteil werden die Begrifflichkeiten der Chronizität und Recovery geschärft und gleichzeitig die Problematiken der Verwendung herausgearbeitet. Durch den Vergleich von vielen Verlaufsforschungen wird abschliessend festgehalten: ... „we can conclude that at present there are no specific treatment interventions for specific mental disorders that bring about the recovery of the majority of the patients“ (Topor, 2001, S. 95). Im historischen Abriss arbeitet Topor heraus, dass Behandlungen, welche nicht erfolgreich waren (keine Genesung), dies tendenziell der Krankheit (Chronizität) und nicht der Behandlung zugeschrieben wurde (vgl. Topor, 2001, S. 95). Wie oben beschrieben, ist es der Psychiatrie bis anhin nicht gelungen, eine klare Verbindung zwischen einzelnen Behandlungen und einer Genesung (Recovery) von schweren psychischen Erkrankungen herzustellen. In der Vergangenheit wurden insbesondere folgende zwei Strategien bei einer Recovery (Genesung) (z.B. von einer Schizophrenie) angewendet:

- Elimination; Ausschluss, falsche Diagnose gestellt, erneute Diagnose oder
- Naturalisation; Erklärung der spontanen Heilung aufgrund des natürlichen Verlaufs der Entwicklung, unabhängig von der/einer Behandlung (vgl. Topor, 2001, S.95-97).

Die qualitative Studie im Empirieteil (16 umfassende Interviews), führte zu weiteren zentralen Erkenntnissen. Weshalb jemand „recoverd“ war, konnte in verschiedenen subjektiven Erklä-

rungsmodellen festgemacht werden: das psychotherapeutische, das medizinische, das spirituelle und das interaktionale Modell. Je nach subjektivem Empfinden waren in der Befragung mit den Betroffenen verschiedene Aspekte, jedoch meist ein Erklärungsmodell, im Vordergrund. Durch die Analyse wird eine weitere zentrale Kategorie sichtbar. Jener der „Komplexität“ des Prozesses. Man ist nicht einfach gesund oder krank (entweder/oder), sondern beides/gleichzeitig in verschiedenen Bereichen. Diese Widersprüche sind Teil des Prozesses, mit der Herausforderung umzugehen und nicht, sie zu beseitigen (vgl. Topor, 2001, zit. nach Amering & Schmolke, 2010, S. 214-220). In einer internationalen Studie von Davidson et al. (2005) konnte die Hypothese aufgestellt werden, dass in der Erzählung des Recovery-Prozesses keine sozialen und kulturellen Unterschiede festgestellt werden konnten. Eine Erklärung vermutet man in der Natur von psychischen Erkrankungen oder in den anglo-westeuropäischen Kulturmerkmalen (vgl. Davidson et al., 2005, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 221-226).

Ein wichtiges Feld rund um die Recovery-Forschung ist die nutzer/innen-orientierte Forschung. Diese wird jedoch nur zögerlich von der akademischen Forschung anerkannt. In England wird ein Label vergeben mit verschiedenen Abstufungen, was den Einbezug von Nutzer/innen betrifft: beratend (consultative), zusammenarbeitend (collaborativ) und Nutzerinnen als Projektleitende (user-led) (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 227). Obwohl die Mitarbeit von Nutzer/innen unter den professionellen Forschenden grundsätzlich als wichtig eingeschätzt wird, bestehen beidseitig ebenso klare Kritikpunkte. Vorhandene implizite (Diskriminierung, Stigma) wie explizite (weniger oder kein Lohn) Machtstrukturen auf der einen, grosser zusätzlicher Aufwand und Skepsis gegenüber dem Einbezug auf der anderen Seite. Die Studie von Sibitz et al. sieht jedoch optimistische Tendenzen unter den verschiedenen Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Psychologie, Psychiatrie), was den Einbezug von Nutzer/innen anbelangt (vgl. Sibitz, 2008). Forschung mit und nicht über die Betroffenen wird künftig ein Thema sein. Betroffene, welche nicht als Objekte, sondern als Subjekte gesehen und miteinbezogen werden. Dass das subjektive Erfahrungswissen wertvolle Informationen zur Weiterentwicklung von Recovery darstellt und nicht nur zur Beschreibung von Symptomen genutzt werden kann, wird in Recovery-Kreisen nicht mehr in Frage gestellt. Die Frage, ob und wie die wissenschaftsbasierte (medizinisch-psychiatrische) Forschung den Einbezug der Experten aus Erfahrung einlöst, ist zurzeit noch offen.

Die Recovery-Forschung ist noch relativ jung. Es besteht nach wie vor grosser Bedarf, weitere Erkenntnisse zu erhalten, was Recovery fördern, respektive behindern kann. Dass Nutzer/innen vermehrt in die Forschung einbezogen werden, ist unbestritten. Jedoch herrscht nach wie vor Uneinigkeit über die Art und Weise der Mitbestimmung und Mitentscheidung. Resultate dafür, die Nutzer/innen-Forschung als gleichwertig zu betrachten, stehen aus. Obwohl in vielen Studien förderliche und hinderliche Faktoren benannt werden, ist die Operationalisierung (messbare, objektive Kriterien) von Recovery nach wie vor ein Problem. Dazu Topor:

> „If recovery from severe mental disorders is conceptualised only in terms of process, then there is the risk of the process being endless, which opens the backdoor to chronicity. Even persons who fulfill high level criteria for recovery risk, like the sober alcoholics in the AA movement, being defined for all time in terms of their earlier diagnosis“ (Topor, 2001, S. 68).

Es stellen sich folgende Probleme: was heisst Recovery (Genesung), wie kann Recovery gemessen werden, wann ist jemand genesen (recovered) und wer bestimmt dies (subjektive Bewertung aus der Sicht der Betroffenen vs. objektive Bewertung aus professioneller Sicht). Die aktuelle Entwicklung zeigt auf, dass trotz der verschiedenen Schwierigkeiten ein grosses interdisziplinäres Interesse (Nutzer/innen, Medizin, Psychiatrie, Soziale Arbeit, Soziologie) an der Recovery-Forschung besteht und intensiv am Thema geforscht wird.

1.4 Erkenntnis- und Praxisinteresse

Eingrenzung der Thematik: Wie in der Einleitung dargelegt, gibt es viele verschiedene Interessensebenen zum Thema psychische Krankheit und Förderung der psychischen Gesundheit. Aus der Perspektive der Soziokulturellen Animation stehen in der Handlungspraxis die Betroffenen (=Adressaten/Adressatinnen) mit ihren Bedürfnissen (=Problem) im Zentrum und werden durch gezielte (=Ziel) Interventionen (=methodisches Vorgehen zur Zielerreichung) zu Beteiligten. Der erste Studiengang in der Schweiz für Psychiatrie- Erfahrene oder Erfahrene einer seelischen Beeinträchtigung an der Berner Fachhochschule (www.gesundheit.bfh.ch) hat ausdrücklich diesen Prozess im Fokus. Mit dem anerkannten Diploma of Advanced (DAS) Studiengang „Experienced Involvement“ (EX-IN), (Einbezug

Erfahrener) will man die (ehemals) Betroffenen befähigen, das selbstbezogene Ich-Wissen (implizites Wissen) über ihren Krankheits- und Genesungsverlauf (Recovery-Prozess) für andere Betroffene, Angehörige, professionell Tätige und die Öffentlichkeit nutzbar zu machen. Um den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen zu fördern, wird im Studiengang auch das Leiten von Trialog-Gruppen gelehrt. Der Sinn besteht darin, dass eigene Erfahrungswissen einzubringen und durch die jeweils andere Perspektive die eigene zu erweitern (vgl. Bock, Buck & Meyer, 2009, S.3). Weiterführend soll dies zu einer Veränderung der Handlungspraxis beitragen, sowie die Position der Betroffenen stärken. Der Trialog wird eng mit dem Recovery-Konzept und Empowerment[2] (vgl. Knuf, Osterfelder & Seibert, 2007) verknüpft, sowie mit den Stichworten Befähigung, Beteilung, Stärkung und (Selbst-) Ermächtigung. Im Theorieteil werden ausführlich Definitionen, Hintergründe und Zielsetzungen der genannten Konzepte und des Studiengangs dargelegt.

Erkenntnis- und Praxisinteresse: Wie aus dem aktuellen Stand der Forschung ersichtlich, gibt es bereits einige Grundlagen über die Messbarkeit, die förderlichen/ hinderlichen Faktoren und die Phasen von Recovery, aber auch über einzelne Komponenten, wie z.B. die Wichtigkeit von sozialen Beziehungen. Es existieren jedoch, zumindest in der Schweiz, keine Erkenntnisse darüber, was Betroffene, Angehörige und professionell Tätige am Recovery-Konzept kritisieren und welche Visionen, ihrer Meinung nach, zu Veränderungen und Verbesserungen, respektive zur Genesung/Recovery beitragen könnten. Was eine Genesung (oder auch das Leben mit einer psychischen Beeinträchtigung) gegenwärtig erleichtert und unterstützt, ist ebenfalls von Interesse. Das Interesse besteht darin, qualitatives Wissen aus einer trialogischen Diskussion zu generieren und dieses sowohl mit den theoretischen Erkenntnissen, als auch den Grundsätzen aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit zu verknüpfen. Folgende Punkte werden im innovativen Forschungsdesign berücksichtigt:

- der erste Studiengang EX-IN in der Schweiz.
- das reflektierte Erfahrungs-Wissen der EX-IN Studierenden über Recovery-Prozesse.
- die verschiedenen Perspektiven im Trialog von Studierenden des DAS EX-IN (Betroffene durch Lebenslage), von Angehörigen (Betroffene durch Anteilnahme) und Professionelle

[2] Empowerment wird definiert als Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. Empowerment kann nur von den Betroffenen selbst erfolgen, jedoch durch individuelle und strukturelle Prozesse der Professionellen mitunterstützt werden (vgl. Knuf et. al., 2007, S. 29).

(Betroffene durch berufliche, institutionelle oder funktionelle Rolle) (vgl. Moser et al. 1999, S. 176).

Den Professionellen aus der Sozialen Arbeit (wie auch medizinisch-psychiatrisch Tätigen) wird mit dieser Arbeit ein Reflexionsinstrument für die eigene Handlungspraxis zur Verfügung gestellt. Mit Blick auf den Berufskodex und die Arbeitshypothesen (siehe Kapitel 1.2, Grundsätze der Sozialen Arbeit) leistet diese Arbeit einen sozialarbeitswissenschaftlichen Beitrag, das Recovery-Konzept in der Sozialen Arbeit bekannt zu machen, zur Verbreitung und Akzeptanz der Peer- und EX-IN Arbeit beizutragen und potenzielle Möglichkeiten zur Stärkung der Gleichbehandlung, Partizipation, Selbstbestimmung, Beteiligung, Integration und Ermächtigung der Betroffenen abzuleiten. Im nächsten Kapitel werden die forschungsleitenden Fragen und der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.5 Forschungleitende Fragen und Aufbau der Masterthesis

Die Fragestellungen legen den Fokus auf den ersten DAS Studiengang „Experienced-Involvement“ (EX-IN) an der Berner Fachhochschule für Gesundheit. Basierend auf der Ausgangslage (Kapitel 1.1), den Arbeitshypothesen (Kapitel 1.2), dem aktuellen Forschungsstand (Kapitel 1.3) und dem formulierten Erkenntnis- und Praxisinteresse (Kapitel 1.4) werden folgende Hauptfragen bearbeitet:

Frage I: Wie beurteilen und bewerten EX-IN Studierende, Angehörige und professionell Tätige das personen-zentrierte Recovery-Konzept?

Frage II: Welche Gemeinsamkeiten und Differenzen werden durch das Sprechen über die Handlungspraxis zwischen den drei Rollen (EX-IN Studierende, Angehörige und professionell Tätige) abgebildet?

Frage III: Wie korrespondieren die Erkenntnisse aus dem Theorieteil mit den Ergebnissen aus dem Empierteil und den im Berufskodex aufgeführten Grundsätzen der Sozialen Arbeit?

Theorieteil

Die folgenden Teilfragen bieten die Grundlagen zur Beantwortung der drei Hauptfragen:

- Welche Definitionen und Konzepte über Recovery und Recovery-Prozesse gibt es und wie sieht die Umsetzung in der Handlungspraxis aus?

- Welche Definitionen über den Trialog gibt es und wie ist dieser aus sozialarbeitswissenschaftlicher Sicht zu verorten?
- Welche Zielsetzungen und Visionen verfolgen das europäische Projekt, respektive der Studiengang EX-IN an der Berner Fachhochschule für Gesundheit und auf welchen Konzepten (Curriculum) bauen diese auf?

Empirieteil

Mit der Hauptfrage I werden folgende Teilfragen aus Sicht der Befragten beantwortet:

- Dimension Kritik: Was verhindert eine Genesung, respektive die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen?
- Dimension Vision: Welche Visionen haben die Befragten, damit zukünftig eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen besser gelingt?
- Dimension Realität: Was gibt es in der Handlungspraxis, das eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen erleichtert?

Darstellung der Ergebnisse: Beantwortung der Hauptfrage II

- Welche Gemeinsamkeiten und Differenzen werden durch das Sprechen über die Handlungspraxis zwischen den drei Rollen und Positionen (EX-IN Studierende, Angehörige und Professionelle) abgebildet?
- Wie kontrastieren die Erkenntnisse aus dem trialogischen Round-Table mit einem Betroffenen-Round-Table und einem Experteninterview (Verdichtung und Ergänzung von Aussagen)?

Diskussion der Ergebnisse: Beantwortung der Hauptfrage III

- Wie korrespondieren die Erkenntnisse aus dem Theorieteil, mit den Ergebnissen aus dem Empirieteil und den im Berufskodex aufgeführten Grundsätzen der Sozialen Arbeit?

Schlussfolgerungen

Konsequenzen aus den Ergebnissen (Theorie, Empirie, Praxis) und abschliessendes Fazit.

Aufbau der Masterthesis: Im Theorieteil wird das Recovery-Konzept konzeptionell und theoretisch definiert und Begrifflichkeiten geschärft. Der Trialog bildet eine wichtige Verbindungslinie, zwischen dem personen-zentrierten Recovery-Konzept und EX-IN. Mit einer historischen und theoretischen Aufarbeitung wird diese Verbindung aufgezeigt und ausführlich analysiert. Abschliessend wird die Entstehung, die Zielsetzung und das Konzept des europäischen Projektes und des Studiengangs EX-IN Bern dargelegt. Eine erste Schlussfol-

gerung rundet den Theorieteil ab. Im Empirieteil wird ein Forschungsdesign ausgearbeitet, welches die oben beschriebenen Dimensionen (Kritik, Vision, Realität) untersucht. Die Datenprotokolle der Erhebung werden im Anschluss qualitativ ausgewertet und die Gemeinsamkeiten und Differenzen präsentiert. Die Ergebnisse werden einem weiteren Round-Table und einem Experteninterview gegenübergestellt. Inwiefern die Erkenntnisse aus der Theorie, mit den Ergebnissen der Empirie und den Grundsätzen der Sozialen Arbeit korrespondieren, zeigt die Diskussion auf. Die Schlussfolgerung beinhaltet die Verarbeitung neuer Erkenntnisse, welche die Konsequenzen für die Empirie, Theorie und Praxis aufzeigt.

2 Theoretischer Teil

2.1 Einleitende Überlegungen

Im Theorieteil wird, ergänzend zum Forschungsstand, geklärt, wie Recovery definiert ist und welche theoretischen Konzepte vorliegen. Die historische Entwicklung, sowie die politisch-institutionelle Umsetzung von Recovery folgen in einem weiteren Kapitel. Exemplarisch werden vier Handlungsfelder der Sozial-Psychiatrie und der jeweilige Recovery-Bezug herausgearbeitet. Weiterführend wird die theoretische und konzeptionelle Verortung des Trialogs aufgezeigt und mit einer Analyse der Transfer von der Theorie in die Praxis reflektiert. Abschliessend werden die Entstehung, Zielsetzungen und Konzepte des EX-IN Pilotprojektes (europäisches Programm; Leonardo da Vinci) und insbesondere der Studiengang EX-IN an der Berner Fachhochschule für Gesundheit beschrieben. Eine erste Schlussfolgerung schliesst den Theorieteil ab.

2.2 Recovery in Theorie und Praxis

2.2.1 Definitionen und Konzepte

Wie im aktuellen Forschungsstand dargelegt, wird Recovery mehr als individueller Prozess (siehe Kapitel 1.3), denn als statisches Konzept, mit einem klar definierbaren Verlauf verstanden. Es gibt keine einheitliche Definition über Recovery, jedoch wird in der aktuellen

Literatur oder Forschung nach wie vor William Anthony (1993) zitiert, welcher eindrücklich beschreibt, was einen Recovery-Prozess ausmacht:

> Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, S. 527).

Um die Wichtigkeit dieser Definition zu betonen und um weiterführend von einer klaren Übersetzung auszugehen, folgt nachstehend die deutsche Übersetzung:

> Recovery ist ein zutiefst persönlicher und einmaliger Prozess der Veränderung der eigenen Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen. Es ist der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und beitragenden Leben innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen. Recovery beinhaltet auch die Entwicklung von einem neuem Lebenssinn im Prozess der Überwindung der katastrophalen Folgen der psychischen Erkrankung (Anthony, 1993; zit. in Cranach 2007, S.337).

Eine weitere Definition stammt von Deegan, welche Recovery aus ihrer Doppelperspektive als Betroffene und promovierte Psychologin wie folgt beschreibt:

> Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man «geheilt», oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird. Dies ist das Paradoxe an Recovery: Beim Akzeptieren dessen, was wir nicht werden tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, wer wir sein können und was wir tun können. Recovery ist eine Art zu leben" (Deegan, 1996, zit. in Pro Mente Sana, 2009).

Bis anhin existiert keine adäquate deutsche Übersetzung des Begriffs Recovery. Schrank und Amering (2007) plädieren deshalb dafür, den englischen Begriff Recovery zu verwenden, weil es keine passende Übersetzung gibt. Die Schwierigkeit wird insbesondere darin gesehen, dass der Begriff einerseits aus der medizinisch-psychiatrischen Sicht und andererseits aus der Betroffenensicht geprägt ist. Beide sind unterschiedlich definiert, einander nicht ausschliessend, sondern komplementär aufeinander bezogen. Nachfolgend wird diese Unterscheidung in der Arbeit übernommen (vgl. Schrank & Amering, 2007, S 45):

Symptom-fokussierte Recovery meint insbesondere die Orientierung an der Remission[3], bei welcher die medikamentöse Behandlung eine grosse Rolle spielt. Durch das Beobachten (Langzeitstudien) von sehr unterschiedlichen Verläufen bei schweren psychischen Störungen ging man dazu über, diese mit klaren objektiven Remissions-Kriterien zu messen. Der Zeitfaktor (z.B. letzter Klinikaufenthalt) und die Symptomkontrolle (z.B. Anzahl Rückfälle) spielen dabei eine grosse Rolle für die Beurteilung der Remission. Recovery wird in diesem Zusammenhang als längerfristiges Ziel der Remission definiert, wie beispielsweise die Rückkehr zum Normalzustand (wie vor der Erkrankung), Symptomfreiheit und die verminderte Nutzung von Hilfsangeboten etc..

Personen-zentrierte Recovery ist an der Betroffenenbewegung orientiert, (vgl. Definitionen von Anthony und Deegan) und kann die oben genannten messbaren Kriterien mit einschliessen. Recovery wird als umfassender, langfristiger, insbesondere individueller Prozess angesehen (siehe Kapitel 1.3, Recovery-Prozesse), welcher weniger die Rückkehr zum alten Zustand (symptom-fokussierte Remission) meint, sondern vielmehr das Erlebte integriert, hin zu einem neuen Selbst. Kennzeichnend ist ein sinnhaftes, selbstbestimmtes Leben, welches die vorhandenen Ressourcen, aber auch die Akzeptanz von Schwächen berücksichtigt. So kann jemand wieder vollständig genesen, jemand anderes lernt, die Symptome positiv in den Alltag zu integrieren (vgl. Schrank & Amering, 2007, S. 45-46).

Eine personen-zentrierte Definition legt den Fokus vor allem auf die Autonomie, das Funktionieren im Sinne der Alltagsbewältigung und einer sinnvollen Lebensgestaltung. Pro Mente Sana definiert die zentralen Punkte von Recovery, die hier verkürzt wiedergegeben werden, wie folgt (vgl. Pro Mente Sana & Gränicher, 2007, S. 4-5):

- Gesundung ist möglich, auch bei einer schweren psychischen Erkrankung
- Hoffnung, gilt als eine der wichtigsten Kriterien für eine Genesung
- Gesundungsprozesse sind individuelle Wege mit unterschiedlichen Schritten
- Gesundung ist kein linearer Prozess, auch Rückschritte und Stillstand gehören dazu
- Gesundung kann geschehen, unabhängig von bestehenden Symptomen, Krisen und Rückfällen
- Die Krankheit und der Genesungsprozess können den Menschen verändern

[3] Medizin, klinische Psychologie: Minderung des ursprünglichen Ausprägungsgrades von Symptomen und der durch sie erfahrenen Beeinträchtigung, jedoch keine vollständige Genesung bzw. Wiedererlangung eines störungsfreien Zustandes: (→ Restitution) (vgl. Wörterbuch der Psychologie, 2000, S. 376).

- Gesundung ist möglich, mit, ohne oder trotz professioneller Unterstützung

Die Abwesenheit von Symptomen, respektive die vollständige Heilung, kann also ein Teil von Recovery sein, soll aber keineswegs als zu erreichender Soll-Zustand ausgelegt werden. Die Autorinnen erwarten, dass zukünftig operationale Kriterien für den personenzentrierten Recovery-Ansatz erarbeitet und ebenfalls für den symptomfokussierten Ansatz übernommen werden, da die subjektive Einschätzung eine zunehmend wichtige Rolle spielt. Dies könnten Kriterien, wie Empowerment, subjektive Lebensqualität, das Gestalten sozialer Rollen und die Förderung von Resilienz sein (vgl. Schrank & Amering, 2007, S. 46). Welche Rolle die subjektive Einschätzung bei der personen-zentrierten Recovery spielt, wird am Beispiel der Schizophrenieforschung und anhand des Konstruktes Lebensqualität aufgezeigt.

Personen-zentrierte Recovery orientiert sich demnach nicht an objektiven Kriterien der symptom-fokussierten Forschung, sondern an den subjektiv festgelegten Wünschen, Bedürfnissen und Zielen der Betroffenen. Wie bereits im Kapitel 1.3 (Forschungsstand) dargelegt, steht die personen-zentrierte Recovery-Forschung am Anfang. Ein interdisziplinäres Interesse, die Erkenntnisse in die professionelle Tätigkeit miteinzubeziehen ist jedoch vorhanden. Nachfolgend wird am Beispiel der Schizophrenie-Forschung die unterschiedliche Betrachtung von Recovery aufgezeigt, aber auch die Einsicht der medizinisch-psychiatrisch Forschenden, subjektive Kriterien zu berücksichtigen.
Der Begriff Schizophrenie (schizo=abgespalten, phren= seele) ist mehr stigmatisierend denn aufklärend, da er impliziert, dass die Persönlichkeit gespalten ist. Der vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuer (1857-1939) geprägte Begriff stellte mehr die Abspaltung von verschiedenen Funktionen (Denken, Fühlen, Wahrnehmen) in den Mittelpunkt und die vielen heterogenen Verlaufsformen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 188-189). Heute wird unter Fachpersonen diskutiert, den Begriff zu ersetzen und künftig ausschliesslich von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (kognitive Psychosen) zu sprechen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 189), um falschen Vorstellungen und einem unreflektierten Gebrauch des Begriffs entgegenzutreten.
Als Stufenziele werden in der Schizophrenieforschung folgende messbare Kriterien definiert (vgl. Heinz, Naber & Juckel, 2006, S. 51-52): (1) Response: Ansprechen auf Medikamente

und Maintenance: Erhaltung des Erreichten, Vermeidung einer Verschlechterung. (2) Remission: Symptomkontrolle unter Berücksichtigung der Zeitachse. (3) Recovery: Verbesserung der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit, sowie die Fähigkeit zum selbstständigen Leben über einen längeren Zeitraum. Die Zielkriterien, bei der symptom-zentrierten Recovery, sind bezüglich der sozialen Faktoren sehr hoch gesetzt und müssen während der Dauer von zwei Jahren erfüllt sein:

- a. Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit von mind. 50%
- b. Kontrolle der Finanzen (und der Medikation)
- c. Wöchentliches Treffen mit Freunden/ Bekannten.

Als Fazit stellen die Autoren fest, dass es zukünftig weitere Stufenziele bei Remission und Recovery braucht, welche insbesondere auch die subjektive Einschätzung der Betroffenen miteinbezieht (vgl. Heinz et al., 2006, S. 55).

Im Weiteren werden diese Indikatoren für Recovery (siehe a, b, c) von einigen Exponenten der Betroffenenbewegung stark kritisiert, da die Messlatte für psychisch beeinträchtigte Menschen viel höher liegt, als bei Menschen ohne Beeinträchtigung (vgl. Watkins, 2009). Die bekannten Recoveryraten von bis zu zwei Dritteln aus der Verlaufsforschung wurden vermehrt der professionellen Behandlung zugeschrieben. Die Betroffenen machten darauf aufmerksam, dass sich die Behandlung in den letzten Jahrzehnten stark verändert habe und sehen eine Genesung gerade trotz und nicht wegen der professionellen Therapie und Begleitung. Ausserdem werden bei dieser Betrachtung jene Betroffenen nicht berücksichtigt, denen es sehr gut gelingt ein selbstbestimmtes, autonomes Dasein trotz Symptomen und gewissen Einschränkungen zu leben (vgl. Watkins, 2009, S. 57-58).

Das Konstrukt Lebensqualität nimmt im Zusammenhang mit dem Recovery-Konzept einen wichtigen Stellenwert ein. Neben den unterschiedlich verwendeten Konzepten in der Lebensqualitätsforschung (vgl. Müller, 2008, I), weist die subjektive Einschätzung der Lebensqualität kaum Zusammenhänge mit den objektiv erfassbaren Lebensumständen auf (vgl. Müller, 2008, S. 25). Müller schreibt dazu: „Gerade die Befunde zu Recovery zeigen deutlich, wie bedeutsam die subjektive Einschätzung der Lebenssituation, die wahrgenommenen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung und die Vorstellungen über die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten für den Umgang und die Bewältigung der Erkrankung sind“ (Müller, 2008, S.45). Es braucht, neben der nach objektiven Indikatoren suchenden quantitativen

Forschung, ergänzende Instrumente, welche die Vielfalt der subjektiven Einschätzungen über die Lebensqualität (Wohlbefinden, Wünsche, Ziele etc.) besser abbilden können (vgl. Müller, S. 45). In der empirischen Untersuchung (qualitative Interviews) zeigte sich ... „wie stark sich die subjektive Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche und der psychischen Erkrankung sowie diesbezügliche Wünsche, Ziele und Erwartungen zwischen einzelnen Personen unterschieden [haben]“ (Müller, 2008, II). Diese Aussagen zur subjektiven Bedeutung der Lebensqualität stimmen insofern mit den Ergebnissen aus der personenzentrierten Recovery-Forschung überein, als dass es sich bei beiden um einen höchst individuellen, prozesshaften, sehr komplexen, nicht statisch fassbaren Begriff handelt (siehe Kapitel 1.3). Es bleibt weiterhin offen, ob und wie das Konstrukt personen-zentrierte Recovery mit operationalen Kriterien erfasst werden kann. Dass dies in Zusammenarbeit mit den Betroffenen geschieht, ist eine wichtige Voraussetzung. Welche Rolle der personenzentrierte Ansatz bei Betroffenen und professionell Tätigen spielt und wie er in der Praxis integriert ist, wird im nächsten Kapitel dargelegt.

2.2.2 Recovery in der Praxis

Recovery und Betroffene: Die Recovery-Bewegung, entstanden aus der Vernetzung von Betroffenen, hat sich Gehör und Akzeptanz verschafft. Dies nicht nur unter (ehemals) Betroffenen und Angehörigen von psychischer Krankheit, sondern auch unter professionell Tätigen der Sozial-Psychiatrie und der Gesundheitspolitik. Zu Beginn der 90er Jahre taten sich in den USA Betroffene zusammen, welche einerseits unzufrieden mit den professionellen Behandlungsangeboten waren und andererseits die Aussicht, nicht mehr zu gesunden, nicht akzeptierten (vgl. Pro Mente Sana, 2009). Auch spielte das Überdrüssig sein des Etiketts „einmal krank, immer krank“ eine zentrale Rolle. Die mittlerweile institutionalisierte Bewegung, welche heute auch in der Schweiz präsent ist, setzt sich dafür ein, dass personenzentrierte Recovery möglich wird und die Betroffenen in allen Belangen miteinbezogen werden; in der Behandlung und Therapie, aber auch als Experten und Expertinnen aus Erfahrung. Das Erfahrungswissen soll weiteren Betroffenen, Angehörigen und insbesondere den professionell Tätigen dabei helfen, personen-zentrierte Recovery zu verstehen und zu unterstützen. Eine der berühmten und viel zitierten Menschen aus der Betroffenenbewegung ist die eingangs erwähnte, aus den USA stammende Pat Deegan (www.patdeegan.com). In

ihrer Doppelrolle als Betroffene und promovierte klinische Psychologin kennt sie die Seite der Betroffenen und jene der Professionellen. Sie kämpft dafür, dass Recovery, Empowerment und Nutzer/innen-Integration nicht Schlagworte bleiben, sondern verlangt ausdrücklich, dass das Machtgefälle zwischen Betroffenen und professionell Tätigen abgebaut wird. Konzepte und Pläne zu schreiben reicht nicht. Vielmehr braucht es grundsätzliche strukturelle Veränderungen in den zuständigen Institutionen, welche auch Auswirkungen haben auf die Arbeitsweisen und die Rollen der professionell Tätigen (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 169). Insbesondere verlangt Deegan, dass folgende Veränderungen statt finden:

- die Beseitigung des radikalen Ungleichgewichts von Macht, hin zu einer ausgewogene Machtverteilung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen
- eine Beziehung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen, welche von echter Gemeinsamkeit geprägt ist
- einstellen von Zwangsbehandlung und Isolierung
- dass das Mensch sein als gemeinsame Komponente von Betroffenen und professionell Tätigen in den Vordergrund gestellt wird und die Entmenschlichung im Psychiatriesystem aufhört (vgl. Deegan, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 170-171).

Aus vielen persönlichen Recovery-Geschichten (vgl. Watkins, 2009; Amering & Schmolke, 2010) und dem Wissen aus der personen-zentrierten Recovery-Forschung werden nachfolgend mögliche Missverständnisse zwischen Betroffenen und professionell Tätigen und strukturelle Hindernisse aufgezeigt:

Passivität vs. Aktivität: Die Einweisung in eine psychiatrische Institution, respektive der Zustand einer schweren psychischen Beeinträchtigung ist eine zutiefst einschneidende Erfahrung. Viele Betroffene, unter anderem auch Deegan, beschreiben, dass sie sich in dieser Phase in einem Zustand befanden, der näher am Tod, als am Leben war (vgl. Degaan, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 164). Aus Angst vor weiteren Verletzungen und weiterem Versagen reagiert man mit völliger Passivität und Gleichgültigkeit gegenüber dem Umfeld. Der Auftrag der professionell Tätigen beinhaltet jedoch, die Betroffenen aus diesem Zustand herauszuholen. Dies erfolgt unter anderem über das Setzen von klaren Strukturen und der Teilnahme an Aktivitäten. Eine längere Verweigerung von Aktivitäten kann bei den Professionellen ebenfalls zur Resignation und Ärger führen (der/die will gar nicht). Dies kann, unreflektiert, zu noch mehr Rückzug der Betroffenen führen. „Sie [die professionell Tätigen]

(Anm. der Autorin) fühlen ihre Identität als Helfer von einem Menschen in Frage gestellt, der sich im Schmerz und in der Gleichgültigkeit verloren hat“ (Degaan, zit. in Amering & Schmolke, S.170). Dass es sich dabei um eine natürliche Schutzfunktion vor weiteren Verletzungen handelt wird möglicherweise übersehen.
Eine Verweigerung gegenüber Angeboten von professionell Tätigen sollte demnach positiv gewertet werden, als Versuch, die eigene Autonomie aufrecht zu erhalten und als Schutzbedürftigkeit des Betroffenen. An dieser Stelle braucht es von Seiten der professionell Tätigen die Fähigkeit, eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung herzustellen und viel Geduld.

Hoffnung vs. Hoffnungslosigkeit: Hoffnung wird, wie bereits einige Male erwähnt, als prägendes Moment im Recovery-Prozess gesehen und ist in der personen-zentrierten Recovery-Forschung gut dokumentiert (siehe Kapitel 1.3 & 2.2.2). Insbesondere in der Angstphase besteht eine grosse Hoffnungslosigkeit, welche durch das Verhalten des Umfeldes gefördert oder aber gemindert werden kann. Die Aussicht, ein Leben lang Medikamente nehmen zu müssen oder ein Leben lang krank zu sein, kann diese Hoffnungslosigkeit verstärken. Deegan beschreibt die Hoffnung deshalb als zentralen Punkt für den Recovery-Prozess und in der Arbeit mit Betroffenen (Degaan, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 164). Sie verlangt, dass die professionell Tätigen die Kranken in erster Linie als Menschen wahrnehmen und die Kontrolle über den Hilfsprozess dem Betroffenen übergeben. Sie begleiten und unterstützen den Prozess, jedoch immer mit der Wahrung der Autonomie des Betroffenen. Dies verlangt, dass Professionelle ihren Umgang mit Macht und ihr Menschenbild reflektieren (vgl. Degaan, zit. in Amering & Schmolke, S. 170).

Recovery und die politische und institutionelle Umsetzung: Die institutionelle Umsetzung und Berücksichtigung des personen-zentrierten Recovery-Ansatzes ist international unterschiedlich weit fortgeschritten. Angelsächsische Länder, wie die USA, England, Irland, Australien, Neuseeland und Kanada haben den Ansatz als Leitprinzip in der Gesundheitspolitik verankert (vgl. Amering & Schmolke, 2010 & 2009). Obwohl die oben genannten Länder in der Umsetzung einen Schritt weiter sind als z.B. Europa, werden folgende Gründe für den langsamen Fortschritt gesehen: die Stigmatisierung, die Ungleichbehandlung, die Ungerechtigkeit im Versicherungssystem und das fragmentierte psychiatrische Versorgungssy-

stem (ebd.). Diese Umstände lassen sich auch auf Länder adaptieren, welche Recovery nicht gesundheitspolitisch verankert haben.
Zur Umsetzung in Schweizer Kliniken schreiben Burr et al., dass Recovery immer noch eine marginale Rolle spielt und ein Paradigmenwechsel viel Zeit in Anspruch nimmt (vgl. Burr, Abderhalden, Reist, Winter, Seidel, 2010, S. 44). In einem aktuellen Projekt (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) zur Implementierung des personenzentrierten Ansatzes können noch keine abschliessenden Evaluationsergebnisse präsentiert werden. Es gibt jedoch bereits positive Zwischenresultate, welche durch die gegebenen Zielsetzungen evaluiert worden sind: Unter Anleitung einer Betroffenenvertreterin treffen sich Betroffene regelmässig in einer Recovery-Gruppe. Die Teilnehmenden beurteilen die Gruppe positiv. Auf der Teamebene finden diverse Reflexions- und Sensibilisierungsveranstaltungen zum Thema statt. Durch diese wiederkehrenden Prozesse ist Recovery in der täglichen Arbeit präsent (vgl. Burr et al., 2010). Diverse Veranstaltungen und Weiterbildungen (Sanatorium Kilchberg, Januar 2011) zeigen das enorme Interesse und die Öffnung gegenüber dem Thema.

Recovery in den verschiedenen Handlungsfeldern der Sozial-Psychiatrie: Geht es in der Psychiatrie um die Beschreibung und Diagnostik von psychopathologischen Krankheitsbildern, sowie der darauffolgenden somatischen Behandlung, schliesst die Arbeit der verschiedenen Handlungsfelder der Sozial-Psychiatrie die soziale, therapeutische und präventive Arbeit ausserhalb der Kliniken mit ein (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 9). So sind Berufsgruppen bzw. Professionen wie die Psychologie, Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik, Ergo-, Kunst- und Maltherapie und viele mehr involviert. Der Fokus wird primär auf das Soziale gelegt, einerseits als im Gemeinwesen verankerte Arbeit und andererseits im Einbezug der Lebenswelt und in der subjektiven Lebensweise der Betroffenen. So gibt es nicht die Sozialpsychiatrie, vielmehr hat sie sich dem Ziel verschrieben, ... „die Lebenssituation psychisch erkrankter Menschen zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich und gewünscht zu verbessern“ (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 10). Dass mit dieser Zielsetzung unterschiedliche Methoden, Settings und Konzepte entstanden sind und oft auch unterschiedliche Positionen zur Zielerreichung vertreten werden, ist in sich konsistent. So kann der Recovery-Ansatz eines von vielen Konzepten sein, um die allgemein formulierte Zielsetzung zu erreichen.

Dass der personen-zentrierte Recovery-Ansatz von der Sozial-Psychiatrie und im Weiteren auch von der Sozialen Arbeit dennoch nicht ignoriert werden kann, scheint mit der oben genannten Zielsetzung vorgegeben. Unten stehend erfolgt eine Übersicht über vier wichtige institutionalisierte Handlungsfelder (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 104-157), welche durch die Betroffenen oder in der Zusammenarbeit mit professionell Tätigen entstanden sind: die Selbsthilfegruppen, Psychoseminare, psychoedukative Gruppen und Gruppen für Angehörige. Neben vielen anderen Handlungsfeldern weisen diese vier Felder eine hohe Mitsprache und Mitverantwortung der Betroffenen aus, welche dem personen-zentrierten Recovery entsprechen und Empowerment fördern. Nachfolgend werden die Ziele und unterschiedlichen Rollen (Betroffene= B., Angehörige= A. und Professionelle= P.) analysiert und festgestellt, inwiefern der personen-zentrierte Recovery-Ansatz darin enthalten ist. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit und des Weiteren zu beurteilen, ob es sich bei einer Form um eine Methode, ein Setting oder Verfahren handelt (vgl. Stimmer, 2006, S. 24).

Abb. 1: Recovery-Bezug in vier Handlungsfeldern der Sozialpsychiatrie: Ziele, Rollen und Aufgaben

Handlungs-felder:	**Ziele**	**Rolle der Anspruchsgruppen & Aufgaben**	**Recovery- Bezug**
Selbsthilfe-gruppen (SHG)	Hilfe durch Selbsthilfe & Betroffene beraten andere Betroffene	B.: Beratungs- und Experten- und Expertinnenrolle durch die geteilte Erfahrung. Austausch, Wissensaneignung und Wissensvermittlung durch Experten und Expertinnen aus Erfahrung. SHG existieren in vielen Themenbereichen und sind insbesondere durch die Anonymen Alkoholiker bekannt geworden. A: nicht erwünscht P.: nicht erwünscht	Individuelles Empowerment: Selbstbestimmung, Selbstermächtigung und Entscheidung der Betroffenen, eine Gruppe aufzusuchen. Zuhören, beteiligen, einbringen, aktiv sein, verschiedene Rollenkonzepte. Je nach Bedürfnis und angepasst am individuellen Recovery-Prozess. Rücksichtnahme der Teilnehmenden durch die geteilte Erfahrung, ermöglicht ein Coming-Out im geschützten Rahmen.
Psychose-Seminare und/oder Trialog	Unterschiedliche Betrachtung einer Thematik (z.B. Medikamente) aus verschiedenen Perspektiven, mit dem weiteren Ziel	B.: Die Psychose-Seminare ermöglichen den B. sowohl mit A., als auch mit P. in einen gleichwertigen Dialog (Trialog) zu treten. Insbesondere steht das Erleben einer psychischen	B. engagieren sich in Seminaren und im Trialog und befördern damit ihren individuellen Recovery-Prozess. Im Weiteren setzen sie sich für mehr Betei-

	des gegenseitigen Lernens und Akzeptierens der unterschiedlichen Positionen. Abbau von: - Hierarchischen Beziehungen - Fremdbestimmung - Belehrung Und Aufbau von: - Achtung - Interesse - Anerkennung Längerfristige Veränderung des psychiatrischen Alltags und der Psychiatriepolitik	Krankheit als existenzielle Grenzerfahrung im Vordergrund und die Möglichkeit auf gleicher Augenhöhe zu diskutieren. A. und P.: Willkommen sind A. und P., welche sowohl die Zielsetzungen vertreten als auch die veränderte Rolle des B. akzeptieren und dennoch ihre eigene Position im Diskurs vertreten, ohne den eigenen Machtstatus zu bemühen.	ligung und Ermächtigung von anderen Betroffenen ein. Im Dialog oder Trialog werden folgende Konzepte gefördert: - Gleichbehandlung - Selbstbestimmung - Partizipation - Beteiligung - Integration - Ermächtigung Die Niederschwelligkeit erlaubt ein Kommen und Gehen, in Einklang mit dem eigenen Recovery-Prozess.
Angehörigengruppen	Eigenständige und selbstbewusste Positionierung der A. (Betroffene durch Anteilnahme). Gegenseitige Unterstützung und Beratung, mit dem Ziel, Schuldgefühlen und Stigmatisierung entgegenzuwirken.	A: Vormals von P. initiierte Gruppen für die A. von Betroffenen. - Die Rolle der A. wird gestärkt von anderen A. - Die Bedürfnisse der A. und nicht die der B. werden ins Zentrum gestellt. - Kritik gegen die B. und die Psychiatrie ist explizit erlaubt. - Das Eingestehen der eigenen Hoffnungslosigkeit wird gefördert, im Sinne der Selbstkompetenz. - Einforderung des Rechtes auf ein eigenständiges Leben. - Versöhnung und allenfalls neue Annäherung von A. und B. durch Reflexion.	Personen-zentrierte Recovery wird indirekt befördert, indem die A. sich mit ihrer eigenen Rolle auseinandersetzen und ihre Emotionen gegenüber den B. im geschützten Rahmen reflektieren können. Im weiteren Recovery-Prozess kann eine klare Haltung des A. unterstützend wirken. Ebenso wird allenfalls eine neue/andere Beziehung zum B. ermöglicht, welche ebenfalls die oben genannten Prinzipien fördert (siehe Psychose-Seminare/ Trialog). Die Forderungen gelten nicht nur für die B., sondern auch für die A.
Psychoedukative Gruppen	- Informationsvermittlung der Störungsbilder - Förderung des Erfahrungsaustauschs - Stärkung des Selbsthilfepotenzials	P.: Die Leitungs- und Moderationsrolle wird von P. eingenommen. Diese Sitzungen finden meist in einem strukturierten Rahmen statt. Die Aufgabe der P. ist es, im Austausch mit den Klienten/ Patienten über Symptome der Erkrankung zu sprechen, mögl. Ursachen zu erläutern und Konzepte der Behandlung vorzustellen. Ein vertieftes Verständnis der Krankheit	Kritik, dass mehr die Compliance (Kooperationsbereitschaft mit dem Arzt) und die Krankheitseinsicht, denn die Stärkung und Ermächtigung der B. im Vordergrund steht. Recovery wird in diesem Rahmen nur befördert, wenn die Gründung einer solchen Gruppe paritätisch erfolgt und sich nicht nur

		gewinnen, Erkennen von Frühwarnzeichen und Aneignung von Strategien, um Belastungssituationen zu bewältigen. Herstellen von Transparenz bei der Behandlung und Förderung der Akzeptanz der Krankheit. Abbau von Schuldgefühlen und Selbststigmatisierung.	an Compliance und Krankheitseinsicht orientiert.

Quelle: Eigenleistung der Autorin, basierend auf den verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialpsychiatrie (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 104-157)

2.2.3 Fazit: Recovery

Diese vier Handlungsfelder der Sozial-Psychiatrie wurden abschliessend beschrieben, da sie aus Sicht der Autorin, im Speziellen das Erfahrungswissen der Betroffenen in die Arbeit miteinbeziehen. Diese Handlungsfelder (oder Settings) fördern und fordern personenzentrierte Recovery im institutionellen Rahmen ein oder sehen zumindest die Akzeptanz einer individuellen Bewältigung vor. Personen-zentrierte Recovery hält Einzug in Konzepte, Weiterbildungen, Forschung und Lehre und wird von den Professionellen in der Sozial-Psychiatrie zunehmend anerkannt. Dennoch wird in der Handlungspraxis von Seiten der Betroffenen, aber auch von den professionell Tätigen die Umsetzbarkeit kritisiert. Hierarchiestufen und Machtgefüge sind laut den Recovery-Befürwortenden ein zentrales Hindernis in der Umsetzung. Es besteht aus dieser Sicht ein Bedarf, die Themen künftig in der konzeptionellen Arbeit zu berücksichtigen.

2.3 Trialog

2.3.1 Trialog: Definition

Das Wort Trialog, ein eigentliches Kunstwort existiert in dieser Form nicht. Mit dem Trialog wird der Austausch auf gleicher Augenhöhe und eine gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen angestrebt. Die einseitige Betrachtung aus einer Perspektive (z.B. nur biochemisch, medizinisch) soll durchbrochen und weiterführend ein besseres Verständnis für die Behandlung und den Umgang mit Betroffenen, aber auch mit dem nahen Umfeld herbeigeführt werden. Die verschiedenen Perspektiven sollen aber nicht nur in die Behandlung mit den Betroffenen, sondern auch in die Öffentlichkeitsarbeit,

Antistigma-Arbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und Psychiatrieplanung einfliessen (vgl. Bock et al., 2009, S.4). Die Mitsprache, Mitbestimmung, Beteiligung etc. soll auf allen Ebenen gefördert werden.

„Tria“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet drei, womit die drei oben genannten Interessengruppen gemeint sind. Das „Log“ steht für Dialog, welcher als Gespräch, Wechselrede, Zwiegespräch oder Meinungsaustausch definiert ist oder auch als Gespräch, welches zwischen zwei Gruppierungen geführt wird, um sich und die gegenseitigen Standpunkte kennen zu lernen (vgl. Duden, 1997. S. 187). Ein weiterer Ursprung stammt aus dem 14 Jahrhundert: Der „Trialogus“. Dieser Begriff wurde im theologischen Rahmen für die Diskussion zwischen Wahrheit, Lüge und Klugheit verwendet (vgl. Siemen, 2007, S.18, in Bombosch et al.)[4] und verweist damit, im heutigen Zusammenhang, auf die ungleichen Machtkonstellationen zwischen den drei Gruppierungen.

Binder definiert den Trialog als, ... „ein Kommunizieren und sich in Beziehung setzen der drei grossen Personengruppierungen, die in Klinik und psychosozialem Umfeld eigene Interessen haben: Die Professionellen, die Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrenen) und deren Angehörige“ (Binder, 2008, S.25, in Binder & Bender). Auch weitere Interessierte oder Laienhelfer/innen sind nicht ausgeschlossen. In diesem Zusammenhang wird oft darauf verwiesen, dass ein Multilog (Einbezug der Öffentlichkeit und der Zivilgesellschaft) erforderlich ist, um eine wirkliche Veränderung zu bewirken. Trialog funktioniert aber nur, wenn alle drei Gruppierungen bereit sind, Konflikte miteinander auszutragen, den eigenen Standpunkt aus der jeweiligen Rolle glaub- und standhaft zu vertreten und sich konstruktiv zu begegnen. Sowohl in der Kommunikation, wie auch in der Beziehung (vgl. Binder, 2008, S.26, in Binder & Bender). Dass der Trialog (oder Multilog) weit mehr im Sinn hat, als ein Austausch zwischen den drei Gruppierungen, wird bereits bei den verschiedenen Definitionen sichtbar und im weiterführenden Kapitel konkretisiert.

[4] Ein Grossteil der Quellenangaben in diesem Kapitel stammen aus den Büchern *Trialogisch Praktisch,* von Bombosch, Jürgen; Hartwig, Hansen & Blume; Jürgen (2007), *Angehörigenarbeit und Trialog* von Binder, Werner & Bender, Wolfram und *Anstösse. zu einer anthropologischen Psychiatrie* von Bock, Thomas; Dörner, Klaus & Naber, Dieter. Da sehr viele Autoren und Autorinnen mitgewirkt haben, werden die Bücher im Literaturverzeichnis nur einmal aufgeführt unter den oben genannten Herausgebern. Der Verweis auf die Bücher wird, wie oben, in der Klammer dargestellt.

2.3.2 Trialog: Entstehung, Entwicklung & weiterführende Ziele

Entstehung: Vor über 20 Jahren fand in Deutschland das erste Psychose-Seminar statt. Die Wegbereiter des Trialogs waren Dorothea Buck und Thomas Bock. Im ersten Psychose-Seminar für Studierende und professionell Tätige (1989) war Buck als ehemals Psychiatrie-Erfahrene zu Gast bei Thomas Bock und schlug vor, ihr Erfahrungswissen als Psychose- und Psychiatrie Erfahrene den Anwesenden ebenfalls zugänglich zu machen. Buck, zu diesem Zeitpunkt bereits eine Kämpferin für die Bekanntmachung und Aufarbeitung der ehemaligen Greueltaten (Zwangssterilisation. Patientenmorde etc.) in psychiatrischen Anstalten vor-, während und nach dem zweiten Weltkrieg, hatte 1988 ein Positionspapier im Auftrag des Bundgesundheitsministerium entworfen, in welchem sie ihre Forderungen an eine menschlichere Psychiatrie darlegte und insbesondere auch mehr Mitbestimmung für die Betroffenen. Der geforderte Arbeitskreis aus Politik, Psychiatrie und Erfahrenen zur Aufarbeitung der Geschichte und zur Verbesserung der künftigen Psychiatrie liess sich nicht realisieren, jedoch die Idee, den Austausch auf regionaler Ebene fortzuführen. In den künftigen Psychose-Seminaren sollte nicht über psychotische Menschen, sondern mit psychotischen Menschen und den Angehörigen gesprochen werden. Der trialogisch organisierte Weltkongress für soziale Psychiatrie, 1994 in Hamburg, hat im Weiteren dazu beigetragen, die Vision einer demokratischeren Psychiatrie zu verbreiten und weitere Länder für die trialogische Arbeit zu motivieren (vgl. Bombosch et al., 2007; Binder & Bender, 2008; Bock et al. 2009).

Entwicklung: Die Idee des Trialogs hat sich in den letzten 20 Jahren nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern weiterentwickelt. Mittlerweile gibt es unzählige Psychose-Seminare, welche sich in regionalen und überregionalen Verbänden zusammengeschlossen haben. Eine Recherche im Jahr 2008 ergab über 152 Seminare in Deutschland (vgl. Berger, 2008, S. 42, in Binder & Bender), wobei es mittlerweile auch viele Trialogtreffen gibt, in denen es um andere Störungsbilder wie Borderline, Depression, Angststörungen etc. geht. Alle diese Gruppen bauen auf demselben Prinzip auf. Bock verweist in Deutschland auf die unzähligen Foren, Verbände, Treffen und Grundlagenpapiere, welche seit den Anfängen entstanden sind (vgl. Bock et al., 2009, S.4):

- 1994: erste Behandlungsvereinbarung; mehr Selbstbestimmung in Krisenzeiten durch eine gegenseitige Vereinbarung zwischen Betroffenen und der Institution.

- 1998: Broschüre: *Es ist normal verschieden zu sein*. Umfassende Information über ein erweitertes Psychoseverständnis, welche das Verstehen und nicht das (monokausale) Erklären einer Krankheit in den Vordergrund stellt.
- 1999: Trialogische Aufklärungsarbeit in Schulen, gegenüber Journalisten und Institutionen.
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS), trialogisch organisiert.
- Trialogische Beschwerdestellen und Patientenräte.
- EX-IN (siehe Kapitel 2.4). Das Projekt EX-IN ist ebenfalls aus der trialogischen Arbeit heraus entstanden.

In der deutschen Schweiz gibt es mittlerweile in jeder grösseren Stadt trialogisch organisierte Psychose-Seminare (auch Borderline, Depression, Angststörungen etc.) und Ratgebende für die Gründung solcher Foren (Pro Mente Sana, 2010c, Selbsthilfe, ¶ 9). Speziell zu erwähnen ist der Patientenrat in Schaffhausen, welcher eine Brückenfunktion inne hat und vermittelnd zwischen Patienten und der Klinikleitung tätig ist. Er fördert den trialogischen Austausch, trägt aber auch mit Veranstaltungen in der Öffentlichkeit zur Entstigmatisierung bei (vgl. Pro Mente Sana, 2010d, Selbsthilfe, ¶ 9).

Weiterführende Ziele und Grundsätze: In den Seminaren soll nicht nur über bestimmte Themen gesprochen werden, sondern es sollen weiterführende Veränderungen stattfinden, sowohl auf der individuellen, als auch auf der organisatorischen und der gesellschaftlich-politischen Ebene (vgl. Schröder & Casanova, 2003, S. 11):

Erfahrungsteil→ Ziel: Der subjektiven Erfahrung der unterschiedlichen Positionen Raum geben, zuhören und verstehen lernen. Oft wird in diesem Zusammenhang auch von Therapie ohne Absicht oder Familientherapie ohne Familie gesprochen, da die Seminare jene Veränderungen bewirken können, welche sich die professionelle Therapie und Behandlung als Ziel setzt (z.B. Stärkung der Selbstwirksamkeit, Empowerment, neue Coping-Strategien) (vgl. Bombosch, 2007, S.30).

Verhandlungsteil→ Ziel: Verhandlung von Konflikten bezüglich verschiedener Themen und Standpunkte (z.B. Medikamente bei Psychosen). Die Themen werden im Idealfall vorab in einem trialogischen Team bestimmt.

Bildungsteil→ Ziel: Gegenseitiges Lernen, aus jeder Expertenposition heraus. Das Aneignen von neuem Wissen schafft neue Erkenntnisse für den Einzelnen aber auch für die gesamte Gruppe.
Aktionsteil→ Ziel: Durch das Sprechen und über die Auseinandersetzungen (Reflexion) entstehen neue Ideen, Projekte, Behandlungsansichten, Erklärungsmodelle, welche sowohl in Organisationen (z.B. Psychiatrie, Schule etc), aber auch ins Gemeinwesen (Peer-Projekte, Aktionen etc.) einfliessen können.

Professionell Tätige und Trialog: Grundsätzlich sind die professionell Tätigen an trialogisch geführten Psychose-Seminaren immer noch sehr untervertreten, dies im Gegensatz zu trialogischen Grossveranstaltungen und Weiterbildungsseminaren, welche karriererelevant sind und/oder Fortbildungspunkte geben. Die Nichtteilnahme wird unter anderem mit der ungewohnten Rolle erklärt, die mit der Abgabe von (Definitions-) Macht verbunden ist. Im Weiteren spielt die Herausforderung eine Rolle, sich nicht hinter dem Expertenwissen verstecken zu können (vgl. Bombosch, 2007, S. 5-6). Eine Untersuchung von Becher und Zaumseil, hat ergeben, dass

- Professionelle, welche an Psychose-Seminaren teilnehmen, eher eine marginale Stellung einnehmen.
- sie (die Professionellen) eher aus der mittleren institutionellen Hierachieebene kommen, im Schnitt über 40 Jahre sind und häufig systemisch-humanistische Ansätze vertreten, welche mit ihrem Menschenbild in Zusammenhang stehen.
- verschiedene Faktoren (Zeit, Ort, fachliche und persönliche Voraussetzungen) eine Teilnahme beeinflussen.
- sie in der Überzahl eher psychiatriekritisch eingestellt sind und mehrheitlich selber eine Doppelfunktion (Betroffene/r oder Angehörige/r und Professionelle/r) inne haben (vgl. Becher & Zaumseil, 2007, S. 62- 67, in Bombosch et. al.)

Obwohl Professionelle in Seminaren oft zurückhaltend sind, stellvertretend für die guten, aber auch die weniger guten professionell Tätigen stehen und viel Kritik einstecken müssen, wünschen die Betroffenen, aber auch die Angehörigen den Dialog mit ihnen. Insbesondere sprechen sie vom Wunsch nach einer Deprofessionalisierung. Damit ist vor allem die persönliche Meinung der Professionellen, der Mensch hinter der Rolle des professionell Tätigen gefragt, und weniger das Festhalten und Vertreten von Distanz und

Expertentum. Diese Menschlichkeit in den Arbeitskontext zu übertragen, verlangt einerseits hohe Abgrenzungs- und Sozialkompetenzen und andererseits die notwendigen strukturellen Voraussetzungen, die laut den Befragten (noch) nicht gegeben sind (vgl. Becher & Zaumseil, 2007, S. 68- 70, in Bombosch et. al.)

2.3.3 Trialog und Theoriebezug

Damit der Trialog in einen sozialarbeits-wissenschaftlichen Zusammenhang gesetzt werden kann, wird an dieser Stelle versucht, das Konstrukt Trialog theoretisch zu erfassen. Dies macht insofern Sinn, da Recovery, EX-IN und der Trialog eng verbunden und weiterführend auch im empirischen Teil zentral sind. Ebenso ist die theoretische Anbindung für weiterführende Hypothesen relevant, sei dies um neue Erkenntnisinteressen zu formulieren oder auf ungeklärte Fragen hinzuweisen.

Aus der Literatur wird ersichtlich, dass der Trialog immer wieder Bezug nimmt zur (Abgabe von) Expertenmacht, zur Dialog- und Kooperationsfähigkeit und zur Partizipation und Mitsprache. Er wird als Kommunikationsform, Form der Beteiligung oder Ort des Erfahrungsaustausches bezeichnet und orientiert sich am herrschaftsfreien Diskurs, welcher erweiternd zur Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas (Jürgen) gehört. Bombosch schreibt: „Der Trialog soll u.a. dazu beitragen, die <<einseitige Definitionsmacht>> der Professionellen demokratisch <<aufzubrechen>>. Ziel ist ein herrschaftsfreier Diskurs (Bombosch, 2002, S. 42). Oder Bock: „Das Psychose-Seminar [Trialog] (Anm. der Autorin) ist keine Therapie, vermittelt keinen Veränderungsdruck und ermöglicht so einen weitgehenden herrschaftsfreien Diskurs (Habermas)“ (Bock et al. 2009, S. 4). Eine vertiefende Beschreibung in der (trialogischen) Literatur fehlt, welche Bedeutung der herrschaftsfreie Diskurs hat und wie dieser (theoretisch) zum Trialog in Bezug gesetzt werden soll. Ein Hinweis liefert Dörner: „Im Trialog-Forum treffen sich psychiatrisch Tätige, psychisch Kranke (=Psychiatrie-Erfahrene) und Angehörige, um ethisch ihre Beziehungen zu reflektieren und dadurch zu moralisch angemessenen und von allen akzeptierten diagnostisch-therapeutischen Handlungsentscheidungen zu finden“ (Dörner, 2003, Abstract).

In der folgenden Analyse wird versucht, einzelne Komponenten der überaus komplexen Theorie von Habermas aufzubrechen (ausgehend von Sekundärliteratur über Habermas) und Verbindungen, respektive Diskrepanzen zwischen dem Trialog und dem herrschaftsfrei-

en Diskurs aufzuzeigen und erste, nicht abschliessende theoriebezogene Handlungsbezüge zu formulieren:

Als Ausgangslage muss zuerst definiert werden, auf was sich Sprechende (mit einer Behauptung) überhaupt beziehen, damit weiterführend ein (herrschaftsfreier) Diskurs entstehen kann. Sprechhandlungen beziehen sich immer auf einen Inhalts- und einen Handlungsaspekt, wobei letzterer auf verschiedene Geltungsansprüche verweist (vgl. Habermas, zit. in Greve, 2009, S. 68). Mit einem Sprechakt verbindet man Geltungsansprüche, die sich auf drei verschiedene Welten beziehen, jedoch einen Geltungsanspruch in den Vordergrund stellen (vgl. Habermas, zit. in Greve, 2009, S. 72):
Konstative Sprechhandlungen: behaupten, beschreiben, berichten, mitteilen, erzählen, erläutern (vgl. Greve, 2009, S. 72) beziehen sich auf:

- Die objektive Welt, als Geltungsanspruch der Wahrheit, in welcher sich der Sprechende auf die Annahme bezieht, dass ... „die Aussage über die Existenz eines entsprechenden Sachverhalts <p-> als wahr gelten darf“ (Habermas, 1987, zit. in Greve, 2009, S. 72). Eine Verneinung des Zuhörenden bedeutet, dass er den Wahrheitsanspruch der Aussage des Sprechenden nicht anerkennt, evtl. sogar abstreitet.

Regulative Sprechhandlungen: befehlen, auffordern, bitten, verlangen, ermahnen, verbieten, erlauben beziehen sich auf:

- Die soziale Welt, als Geltungsanspruch der Richtigkeit, in welcher sich der Sprechende auf etwas Gemeinsames in der sozialen Welt bezieht, um weiterführend eine interpersonale Beziehung herzustellen. Eine Ablehnung des Gesprochenen bedeutet die Infragestellung der normativen Richtigkeit.

Expressive Sprechhandlungen: enthüllen, preisgeben, gestehen, zum Ausdruck bringen, verbergen, beziehen sich auf:

- Die subjektive Welt, als Geltungsanspruch der Wahrhaftigkeit, in welcher sich der Sprechende auf ein, nur ihm zugängliches Erlebnis in seiner subjektiven Welt bezieht. Eine Infragestellung der Aussage, bedeutet, dass die „Wahrhaftigkeit der Selbstpräsentation“ in Frage gestellt wird. Die (Selbst-) Wahrnehmung einer Person wird angezweifelt.

In der folgenden Analyse (Abb.2) werden die drei Rollen (Betroffene, Angehörige, Professionelle) bewusst und begründet einem (Welt-) Bezug und dem jeweiligen Geltungsanspruch zugeordnet:

Abb.2: Die verschiedenen Rollen und ihre jeweiligen (Welt-) Bezüge & Geltungsansprüche

Rolle der Betroffenen	Sie beziehen ihren Geltungsanspruch (Wahrhaftigkeit) primär auf das subjektive Erleben und Erfahren ihres Betroffenseins. Die persönliche Empfindung, Vorstellung und Wahrnehmung steht im Vordergrund und muss nicht zwingend mit der sozial-objektiven Welt übereinstimmen. Die subjektive Welt kann bisweilen mit der sozial-objektiven Welt kollidieren, weil sie in der Kommunikation nicht anschlussfähig ist. In einem Recovery-Prozess kann die Anschlussfähigkeit durch Bezüge zur sozialen und objektiven Welt wieder hergestellt werden. In der Reflexion werden beispielsweise Erklärungen für die Erfahrung, Erkrankung und für das eigene Verhalten gesucht (vgl. Topor, 2001), um das Geschehene besser zu verarbeiten. Es wird ein verstehender Zugang zum Erlebten gesucht im Kontext mit sich und der Umwelt. Mögliche Sprechhandlung: „Ich wollte um jeden Preis verbergen, dass es mir zu diesem Zeitpunkt so schlecht ging.“
Rolle der Angehörigen	Sie beziehen ihren Geltungsanspruch (Richtigkeit) ebenfalls auf das subjektive Erleben mit den Betroffenen. Jedoch mit einem (normativen) Bezug zur sozialen Welt, an welcher wir uns permanent orientieren und zu anderen Menschen in Beziehung setzen. Da Betroffene (insbesondere in akuten Phasen) einen anderen Zugang zur sozialen Welt haben (siehe oben), können sich beide in ihrer Betroffenheit missverstanden fühlen. Das kommunizieren auf zwei verschiedenen Ebenen, kann zu Verletzungen und gegenseitigem Unverständnis führen. Mögliche Sprechhandlung: „Ich habe meinen Sohn wiederholt ermahnt, dass er sich in die Klinik begeben soll.“
Rolle der professionell Tätigen	Professionell Tätige beziehen ihren Geltungsanspruch im professionellen Handlungskontext auf die Wahrheit, in dem sie (auf ihr vorläufig) bestätigtes (wissenschaftliches) Expertenwissen Bezug nehmen und damit implizit oder auch explizit die Definitionsmacht für die (richtige) Behandlung, Beurteilung und Begleitung beanspruchen. Mögliche Sprechhandlung: „Aufgrund der umfassenden Abklärung, habe ich ihrem Sohn mitgeteilt, dass er die Diagnose XY hat.

Weiterführend wird zwischen Diskurs und Handlung unterschieden. Normalerweise sind wir Handlungszwängen ausgesetzt, welche sich durch zeitliche und sachliche Einschränkungen ergeben, d.h. wir verbinden Ziele mit unserem Handeln (vgl. Greve, 2009, S. 77). Im professionellen Handlungsalltag werden oft unter grossem Zeitdruck Entscheidungen getroffen, welche nicht nur mit dem Selbstverständnis der Organisation, sondern auch mit jenem der

Klienten/ Klientinnen und den sozialen Normvorstellungen übereinstimmen müssen. Im Diskurs werden diese Handlungszwänge laut Habermas ausser Kraft gesetzt und die oben genannten Geltungsansprüche (Wahrheit, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit) auf ihre Richtigkeit geprüft (vgl. Greve, S.78-79). Je nach Diskurs wird im theoretischen Diskurs Bezug zur objektiven Welt genommen, im moralisch-praktischen Diskurs auf die soziale Welt und im therapeutischen Diskurs auf die subjektive Welt (vgl. Knoblauch, 2005, S.187).
Wie einleitend dargelegt, besteht aus Sicht von Dörner der trialogische Anspruch im Diskurs darin, diagnostisch-therapeutische Handlungen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen (vgl. Dörner, 2003). Beim Trialog handelt es sich demnach um einen moralisch-praktischen Diskurs, in welchem über „die Normen und die Richtigkeit von [professionellen] Handlungen“ (Knoblauch, 2005, S. 187) diskutiert wird.

Um überhaupt einen Diskurs zu führen, mit dem Ziel einer vorläufigen Konsensfindung, wird eine „ideale Sprechsituationen“ vorausgesetzt. Diese zeichnet sich insbesondere durch vier ideale Bedingungen aus, die hier sehr verkürzt wiedergegeben werden (Habermas, 1989, zit. in Greve, S. 82- 83):

1. Alle (potenziellen) Teilnehmenden müssen die gleichen Chancen haben, einen Diskurs zu eröffnen und diesen durch Rede, Gegenrede, Fragen und Antworten mitzugestalten.
2. Alle (potenziellen) Teilnehmenden müssen die gleichen Chancen haben, das Gesagte (Deutungen, Behauptungen, Empfehlungen, Erklärungen, Rechtfertigungen) und somit den Geltungsanspruch in Frage zu stellen.
3. Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleichen Chancen haben, ihre Gefühle, Wünsche und Einstellungen zum Ausdruck zu bringen.
4. Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleichen Chancen haben, zu befehlen, sich zu widersetzen, zu erlauben, zu verbieten, Versprechungen zu geben und abzunehmen, also regulative Sprechakte zu verwenden.

Obwohl die ideale Sprechsituation faktisch nicht erfüllbar ist, wird vorausgesetzt, dass diese selbst in realen Diskussionen ihre Geltung hat (Punkt der Unterstellung), da es ansonsten in der Handlungspraxis keinen Konsens geben kann. Dieser kann jedoch auch durch Täuschung, Macht oder Manipulation hergestellt werden, ohne, dass dies vom Gegenüber be-

merkt werden muss. Ebenso können nie alle von einem Thema Betroffenen an einem Diskurs teilnehmen und dieser kann auch nicht endlich sein, was den Begriff des vorläufigen Konsens erklärt (vgl. Greve, S. 84). Inwiefern die Punkte (1-4) der „idealen Sprechsituation" bei einem real durchgeführten Trialog erfüllt sind, wird nachstehend (Abb. 3) im Vergleich analysiert:

Abb. 3: Analyse; Trialog und die Punkte der „idealen Sprechsituation" nach Habermas

Bedingung Punkt 1	→ In einem Trialog- Seminar wird dem Punkt 1 insofern Rechnung getragen, dass in grösseren Städten, z.B. in Deutschland und der Schweiz, solche Foren angeboten werden, respektive jemand darin unterstützt wird, solche aufzubauen (z.B. durch Pro Mente Sana).Teilnehmenden können, unabhängig ihrer Rollen, zu einem bestimmten Thema Stellung beziehen und sich durch Rede, Fragen und Gegenrede beteiligen. Die einzige Bedingung besteht darin, dass man seiner Sprache mächtig sein muss. → Das Gefühl, sich nicht situations-adäquat ausdrücken zu können, respektive sich der Sprache nicht mächtig zu fühlen, schliesst einige Betroffene aus. Über die eigene Betroffenheit sprechen zu können, setzt eine Reflexion des Erlebten voraus, welches in eine eigene und verständige Sprache gefasst werden muss. Diese doch recht hohen Anforderungen decken sich mit Ergebnissen aus einer Evaluation; 85% der Betroffenen (n:34) wiesen einen Abiturabschluss aus (vgl. Bäuml et al. 2008, S. 54, in Binder & Bender). → Obwohl am Trialog explizit auch „Schweigende" willkommen sind, bleibt die theoretische Frage offen, inwiefern diese einem Beitrag zu- oder nicht zustimmen.
Bedingung Punkt 2	→ Professionelle müssen im trialogischen Kontext ihre Deutungsmacht und Geltungsansprüche zurückstellen. D.h., ihr beruflich-institutionelles Handeln wird in Frage gestellt. Es erfordert ein „sich einlassen" auf die subjektive Perspektive der Betroffenen und ein grosses Selbstreflexionspotenzial. → Wie eingangs erwähnt, sind professionell Tätige an Trialogforen nicht übermässig vertreten. Dies kann einerseits mit der Infragestellung von Machtverhältnissen im Sinne der Definitionsmacht begründet werden und andererseits mit der Kritik der professionellen Handlungspraxis (vgl. Bombosch, 2007, S. 6).
Bedingung Punkt 3	→ Betroffene: Hier wird der kritische Einwand aufgeführt, dass insbesondere psychisch beeinträchtigen Menschen genau diese Eigenschaften (äussern von Wünschen, Bedürfnissen, Gefühlen) in der Handlungpraxis abgesprochen wird. Es verlangt deshalb eine besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit, wenn sich Betroffene (und auch Angehörige) in Trialogforen zu Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen äussern. → Professionelle: Das Äussern von Bedürfnissen und Gefühlen sind in einem professionellen Handlungskontext eher negativ konnotiert (= unprofessionell) (vgl. Bombosch, 2007, S. 4-5). Im Trialog sollen nicht nur die Betroffenen von sich erzählen, sondern auch die Professionellen. Sich persönlich einzulassen bedeutet, seine professionelle Haltung abzulegen und sich dem Spannungsverhältnis zwischen den Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen der Betroffenen und dem eigenen Tun in der Handlungspraxis auszusetzen. Dies führt zurück zu Punkt 2.
Bedingung Punkt 4	→ Jeder Mensch, ob psychisch beeinträchtigt oder nicht, kann auf der Handlungsebene (verbal oder nonverbal) befehlen, sich widersetzen, etwas erlauben, verbieten, Versprechungen geben und diese abnehmen. Relevant ist hier die Frage, welche Auswirkungen regulative Sprechakte in welchem Kontext haben: Widersetzendes Verhalten im Patientenkontext (z.B. keine Krankheitseinsicht, Verweigerung von Medikamenten, Androhung

	von (Auto-) Aggression etc.) kann sehr unterschiedliche Folgen haben. Je nachdem, ob die Verweigerung im professionellen Kontext positiv oder negativ beurteilt wird, kann es als Autonomiehandeln ausgelegt werden oder zu einer Zwangsbehandlung führen. → Mit der trialogischen Auseinandersetzung müssen zwingend auch die Machtverhältnisse im Kontext der jeweiligen Fragestellung reflektiert werden, damit weiterführend eine dialogische Handlungspraxis entwickelt werden kann.

Um die theoretische Verortung des Trialogs abzuschliessen, muss noch auf das kommunikative und das strategische Handeln Bezug genommen werden. Kommunikatives Handeln ist auf Verständigung zwischen mindestens zwei Akteuren ausgelegt und lässt alle drei Geltungsansprüche (insbesondere Wahrheit und Wahrhaftigkeit (vgl. Greve, S.194) zu. Werden nun Geltungsansprüche kritisiert, entsteht die Bereitschaft zur Klärung (Diskurs). Alle Geltungsansprüche in einem Diskurs (sowohl der eigene, wie auch der Fremde) müssen nun einer eingehenden Prüfung und Reflexion unterzogen werden, um abschliessend einen vorläufigen Konsens zu finden. Im Gegensatz dazu ist das strategische Handeln mehr am eigenen Erfolg orientiert (egozentrische vs. nicht-egozentrische Verfolgung der eigenen Zwecke) und nimmt mehrheitlich Bezug zur objektiven Welt (Wahrheit) (vgl. Greve, S. 104-105). In der folgenden Analyse (Abb. 4), wird die verständigungsorientierte Haltung auf die Handlungspraxis der Professionellen (Sozial-Psychiatrie und Soziale Arbeit) adaptiert:

Abb. 4: Grundhaltung der Verständigungsorientierung adaptiert auf die Handlungspraxis

Grundhaltung I: Verständigungsorientierte Haltung im Arbeitskontext	Allgemein: Grundhaltung & Arbeitskontext → Soll der Trialog und der generelle Austausch zwischen den Betroffenen, den Angehörigen und den Professionellen gelingen, müssen sich letztere auf eine verständigungsorientierte Haltung einlassen, verschiedene Geltungsansprüche anerkennen und wohlwollend prüfen. Stolperstein: Grundhaltung & Arbeitskontext → Der berufliche Kontext erfordert (oft) ein zielorientiertes, zweckrationales Handeln (z.B. Diagnostik, klare Behandlungsvorstellung, Sicherheit etc.), was einen Dialog (z.B. sich Zeit nehmen für Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, die Sinnhaftigkeit der psychischen Erkrankung) zusätzlich erschwert. Verbindung: Grundhaltung & Arbeitskontext → Wie sich ein verständigungsorientiertes Handeln für professionell Tätige (in der Sozialen Arbeit) auf den Beratungskontext übertragen lässt, beschreibt Zwilling (vgl. Zwilling, 2007, S.96). Er postuliert in der Beratungsarbeit der Sozialen Arbeit, aufbauend auf Habermas, eine „kommunikative Verständigungsorientierung“, welche eine dialogische (Subjekt-Subjekt) und nicht eine instrumentelle (Subjekt-Objekt) Beziehung zwischen Klienten und Professionellen einfordert. Am Beispiel der Arbeitshaltung, des Arbeitsbündnisses und dem Arbeitsprinzip werden ausführlich der auf Verständigung und

	nicht auf Erfolg ausgelegte Zugang zum Klienten (nicht Patienten) aufgezeigt (vgl. Zwilling, 2007, S.118-154) und detailliert die verschiedenen theoretischen Zugänge (Axiologie und Theorie) beschrieben. Die Soziale Arbeit, welche explizit im Spannungsverhältnis zwischen Hilfe (Lebenswelt) und Kontrolle (Systemwelt) interagiert, kann ihrem Doppel- (auch Tripel-) Mandat nur gerecht werden (vgl. Zwilling, 2007, S.110): - indem sie sich auf ein verständigungsorientiertes Handeln einlässt und andere Geltungsansprüche zulässt. - indem sie sämtliche definierten Ziele, Werte, Wirkungen und das methodische Handeln (immer wieder) kritisch hinterfragt. - indem sie sämtliche Kolonialisierungseffekte erkennt, hinterfragt und sich gegen diese einsetzt. Verbindung: Soziale Arbeit und Sozial-Psychiatrie→ Die drei Punkte der formulierten Arbeitsprinzipien (siehe oben) lässt sich unter Beizug der bisherigen Theorieanalyse auf den sozial-psychiatrischen Kontext übertragen. Da der Trialog auf dem gleichen Theoriebezug (kommunikatives Handeln nach Habermas) aufbaut und die Sozial-Psychiatrie sich im gleichen Spannungsverhältnis wie die Soziale Arbeit befindet, ist die Übertragung der Grundhaltung und der Arbeitsprinzipien zulässig.
Grundhaltung II: Verständigungsorientierte Haltung als normative Grundlage im sozial-psychiatrischen Handlungskontext	Verständigung & Reflexion, als normative Handlungsgrundlage→ Die formulierten Arbeitsprinzipien können somit als normative Vorgabe für Professionelle, die psychisch beeinträchtigte Menschen behandeln, therapieren, beraten, begleiten, coachen etc. oder mit Experten und Expertinnen aus Erfahrung zusammenarbeiten, definiert werden. Eine Grundhaltung oder Arbeitsprinzipien sind keine statische Grösse. Vielmehr müssen die oben genannten Punkte immer wieder mit dem eigenen und institutionellen Handeln überprüft und reflektiert werden.
Grundhaltung III: Verständigungsorientierte Haltung im Umgang mit Peer-Arbeitenden/ EX-IN Studierenden	Peer-Arbeit vs. Professionelle Arbeit: Dialog trotz Spannungsverhältnis→ Experten aus Erfahrung (Peer-Arbeitende) können in diesem komplexen Spannungsverhältnis wertvolle Übersetzungsarbeit leisten, damit verständigungsorientiertes Handeln zwischen Betroffenen und Professionellen möglich wird. Damit die Übersetzungsleistung gelingen kann, muss das Erfahrungswissen von den professionell Tätigen als Ressource anerkannt werden. Solange Professionelle bewusst oder unbewusst nur erfolgsorientiert handeln (Orientierung am Expertenwissen vs. Erfahrungswissen, Subjekt-Objekt vs. Subjekt-Subjekt Beziehung zum Betroffenen etc.), wird dieser Prozess erschwert.

Streng genommen, kann erst von einem herrschaftsfreien Diskurs gesprochen werden, wenn eine verständigungsorientierte Grundhaltung eingenommen wird, wenn geklärt ist, auf welchen Geltungsanspruch sich der Diskurs bezieht, wenn die „ideale Sprechsituation“ erfüllt ist und wenn alle Beteiligten bereit sind, sich in die jeweilige Interessenslage und Situation aller Teilnehmenden hineinzuversetzen. Dabei werden zwangsläufig auch die Praktiken und Institutionen selber auf den Prüfstand gestellt, da es um die moralische Sichtweise und

Interessenlage sämtlicher Betroffener geht (vgl. Hoerster, 2003, S. 122-123). In der folgenden Analyse (Abb. 5) wird deshalb aufgezeigt, weshalb sich der Trialog mehr am Begriff der Diskussion, statt am Begriff des „herrschaftsfreien Diskurses", orientieren sollte.

Abb. 5: Diskussion vs. herrschaftsfreier Diskurs

Durch die verschiedenen Erfahrungsperspektiven der Beteiligten, ergibt sich die Anzahl verschiedener Antworten und (subjektiver) Geltungsansprüche. Wenn diese wiederum mit den eigenen Geltungsansprüchen und dem eigenen Handeln reflektiert werden, entstehen bestenfalls neue Sichtweisen und ein erweitertes Verständnis für die jeweils andere Perspektive. Es geht also gerade *nicht* darum, *einen vorläufigen Konsens* zu finden, sondern vielmehr um *eine sprachliche Annäherung* (verstehender vs. erklärender Zugang) und *dem Akzeptieren von differenten Meinungen*. Wenn professionell Tätige ihr Handeln aufgrund der neuen Erkenntnisse anschliessend überprüfen, reflektieren und versuchen, dieses in die professionelle Handlungspraxis zu integrieren, ist bereits viel erreicht. *An dieser Stelle orientiert sich der Trialog jedoch eher an einer Diskussion*. Eine Diskussion ist eine lebhafte Erörterung, ein Meinungsaustausch, eine Auseinandersetzung, eine Meinungsverschiedenheit, oder auch ein Streit über ein beliebiges Thema. Eine Diskussion muss nicht zwingend zu einem Konsens zwischen den verschiedenen Interessengruppen führen (im Gegensatz zu einem moralisch-praktischen oder herrschaftsfreien Diskurs), sondern lässt den Ausgang offen. Chance→ Diese Einsicht könnte künftig sowohl zu hohe Erwartungen, als auch allfällige Enttäuschungen, insbesondere bei den Betroffenen, verhindern. Gleichzeitig wären „neugierige und kritische Professionelle" womöglich eher diskussions-, als diskursbereit. Gefahr→ Es wird „nur" noch diskutiert. Niemand fühlt sich verpflichtet, Veränderungen auf der Handlungsebene zu initiieren, geschweige denn, umzusetzen.

Aufgrund der bisherigen Analyse schlägt die Autorin folgende Definition vor:

> In trialogischen Foren treffen sich verschiedene Experten und Expertinnen (Betroffene durch Lebenslage, Betroffene durch Anteilnahme, Betroffene durch berufliche, institutionelle oder funktionelle Rolle) und weitere Interessierte. Die Teilnehmer/innen nehmen eine verständigungsorientierte Haltung ein, diskutieren & reflektieren verschiedene Fragestellungen rund um das Thema psychische Krankheit und Gesundheit, dies mit dem Ziel, die gegenseitige Verständigung und Akzeptanz zu fördern. Mehrheitsfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken. Das Spannungsverhältnis der ungleichen Machtverhältnisse in der Handlungspraxis, wird in der Diskussion, Reflexion und Umsetzung berücksichtigt (Definition der Autorin).

Dass mehrheitsfähige Meinungen aus der trialogischen Arbeit, trotz der hohen Anforderungen, erfolgreich in die Handlungspraxis überführt werden können, zeigen z.B. die Patientenverfügungen, die Antistigma-Projekte an Schulen, die Patientenräte oder das europaweite

EX-IN Projekt. Ohne eine verständigungsorientierte Haltung im Dialog, Trialog oder Multilog wäre insbesondere das länderübergreifende EX-IN Projekt nicht zu Stande gekommen.

2.3.4 Fazit: Trialog

Ob eine substanzielle Veränderung der (institutionellen) Handlungspraxis ohne eine generelle verständigungsorientierte Haltung (vgl. Zwilling, 2007) und ohne vermehrte Mitwirkung der professionell Tätigen möglich ist, ist Gegenstand der heutigen Diskussion. Es geht um das Aufbrechen von Entscheidungs- und Definitionsmacht, wie auch Lehman beschreibt: „Im Trialog wird das vielfache an Macht, Einfluss und materiellen Ressourcen über welche die psychiatrische Seite im institutionellen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmen verfügt, einfach ausgeblendet“ (Lehman, 2007, S. 126, in Bombosch et al.). Professionelle verfügen über einiges mehr an Information, Wissen und Entscheidungskompetenzen und befinden sich mit ihrer realen Verantwortung alles andere als auf gleicher Augenhöhe mit den Betroffenen (vgl. Prins, 2007, S. 192, in Bombosch et al.).

In der trialogischen Arbeit bietet sich den professionell Tätigen die Chance, verständigungsorientierte Diskussionen über die Behandlung, Selbstbestimmung, die Akzeptanz von Recovery und Empowerment etc. zu führen und andererseits die Möglichkeit, ihr professionelles Wissen zu reflektieren und Infrage zu stellen. Die Betroffenen begegnen im Trialog professionell Tätigen, welche mit ihnen auf gleicher Ebene (von Subjekt zu Subjekt) den Austausch suchen, ehrliches Interesse und Menschlichkeit zeigen und die Haltung vertreten, von den Experten durch Erfahrung zu lernen. Dies wirkt im Kontext der (Be-) Handlungspraxis unterstützend und vertrauensbildend. Um neue fruchtbare Erkenntnisse aus dem Trialog in die professionelle Praxis zu integrieren und weiterführend die Behandlung, die Betreuung und die Entstigmatisierung von Betroffenen zu verbessern, ist es ratsam, die institutionellen und personellen Machtverhältnisse in die Reflexion miteinzubeziehen. Professionelle, welche sich für Recovery und die trialogische Arbeit einsetzen, kann ein differenziertes Verständnis von Macht weiterhelfen, professionell auf Verhinderungsstrategien (z.B. Einführung von Peer-Arbeit, Recovery) zu reagieren. Da dies ein zentraler Punkt darstellt, wird in der Schlussfolgerung dargelegt, wie ein professioneller und reflektierter Umgang mit der Thematik möglich ist.

Wie beschrieben, ist aus der trialogischen Arbeit das Projekt „Experienced Involvement“ entstanden. Der Studiengang an der Berner Fachhochschule für Gesundheit ist die dritte Grundlage für das Forschungsdesign und steht in engem Zusammenhang mit dem personen-zentrierten Recovery-Konzept. Dieses kann nur über erfahrene Experten in die Handlungspraxis eingebracht werden. Im nächsten Kapitel wird deshalb ausführlich auf das europäische Projekt, seine Entstehung und Zielsetzungen eingegangen.

2.4 Projekt und Studiengang: Experienced Involvement

2.4.1 Experienced Involvement: Entstehung des Projektes EX-IN

Bock schreibt, dass sich mit dem Trialog und mit der EX-IN Bewegung ... „die wissenschaftlich vielfach belegte Erkenntnis durch[setzt], dass subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien für Genesung (Recovery) wertvoll und wichtig sind, also die Basis aller weiteren Interventionen sein sollten“ (Bock, 2009, S. 25). Bock unterstützt mit dieser Aussage nicht nur die im Kapitel 2.2 abschliessenden Schlussfolgerungen, sondern beschreibt im Weiteren, dass konsequenterweise an erster Stelle eine dialogische (oder trialogische) Handlungspraxis steht, aus welcher z.B. die Peer-Arbeit und das europäische Projekt EX-IN entstanden ist.

Die Peer-Arbeit, entstanden in den erwähnten Handlungsfeldern der Sozial-Psychiatrie (siehe Kapitel 2.2) und durch das hohe Engagement von Erfahrenen, bildet die Entstehungsgeschichte von EX-IN. Die Abkürzung EX-IN steht für Experienced Involvement, was mit Einbeziehung von (Psychiatrie)–Erfahrenen übersetzt wird. Peer-Support oder eben die Unterstützung von Betroffenen für Betroffene hat eine lange Tradition, welche man insbesondere im Drogen- oder Suchtbereich (Ex-User) schon lange kennt. Im psychiatrischen Bereich gibt es verschiedene Arten von Peer-Support: Neueintretende in einer Klinik werden oft von den erfahrenen Patienten über Abläufe, Medikamente, Angebote etc. aufgeklärt, dies auf sehr niederschwellige Art und Weise, im Gemeinschaftsraum oder im Zimmer. Ein Austausch (Insiderwissen) unter Betroffenen, welcher für Neueintretende sehr hilfreich sein kann. Die Selbsthilfegruppe ist hier bereits stärker strukturiert, obwohl immer noch der Austausch der Betroffenen im Mittelpunkt steht (siehe Kapitel 2.2). Die stärkste Form der Strukturierung im Peer-Support weisen die Experten aus Erfahrung auf. Gegenüber dem Betroffenen sind die-

se in einer Beratungs- und Unterstützungsrolle (vgl. Utschakowski, 2009a, S.15) tätig, die mit der Rolle eines Professionellen vergleichbar ist. Der Wissenszugang baut jedoch bei diesem Support auf die erlebte Erfahrung auf. Diese Art von Peer-Support ist in den englischsprachigen Ländern bereits länger bekannt.

Mit der Gründung von EXPA (Experten-Partnerschaft Bremen/2004), eines an die Peer-Arbeit Englands angelehntes Modell einer Expertenvereinigung, setzte man sich zum Ziel, den Austausch zwischen Betroffenen und professionell Tätigen zu fördern (vgl. Utschakwoski, 2009c, S. 6). Durch den Austausch und dem vielfältigen Erfahrungswissen aus bereits bestehenden Projekten im In- und Ausland entstand die Idee, eine Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene (auch Erfahrene einer psychischen Beeinträchtigung) im europäischen Kontext zu erarbeiten. Einerseits sollten die gemachten Erfahrungen mit Peers systematischer festgehalten werden, andererseits sollten diese durch die Ausbildung mehr Kompetenzen und Anerkennung erhalten (vgl. Utschkakwoski, 2009c, S. 7).

Dass England, die Niederlande und Schweden mit Peer-Support Projekten und Deutschland mit den Psychose-Seminaren bereits viel Know-how mitbrachten war von grossem Vorteil für den Projektverlauf. Psychiatrische Dienste, Ausbildungsstätten und Vereinigungen von Psychiatrie-Erfahrenen in Deutschland, England, Schweden, Norwegen, den Niederlanden und Slowenien taten sich für die Ausarbeitung des Ausbildungsprogramms zusammen und wurden von der Europäischen Union von 2005-2007 als Leonardo Da Vinci Pilotprojekt unterstützt (vgl. Utschakowski, 2009b, S.19). Deutschland, unter der Projektleitung von Jörg Utschakowski (www.ex-in.info/) übernahm dabei die länderübergreifende Projektkoordination. Zur Ausarbeitung des Curriculums musste nicht nur eine einheitliche Sprache (im doppelten Sinn) zwischen den verschiedenen Anspruchsgruppen gefunden, sondern auch kulturelle Barrieren abgebaut werden. Aus dem Ausbildungsprogramm geht hervor, dass drei grosse Fachtagungen in Birmingham, Maastricht und Bremen diesen Prozess massgeblich unterstützt haben. Was die Projektmitarbeitenden vor allem vereinte, war einerseits der Glaube an Recovery, respektive mit einer psychischen Beeinträchtigung gut leben zu können und, dass Menschen mit dieser Erfahrung ein anderes Verständnis und mehr Zuversicht mitbringen für andere Betroffene. Dass dieses Wissen für die Entwicklung des Studiengangs unbedingt genutzt werden sollte, stand im Zentrum der Vereinigung.

2.4.2 Experienced Involvement: Ziele des Projektes und des Studiengangs

Die Zielsetzungen des Projektes lassen sich aus Sicht der Autorin wie folgt unterteilen: Implizite und explizite, projektbezogene und interne und externe Ziele des Studiengangs (vgl. Utschakowski, 2009a/b; Lange, 2008, S.4-5; EX-IN-Ausbildungsprogramm; EX-IN, 2011, Start, ¶ 1 & EX-IN Hamburg, 2011, Home, ¶ 1).

- Explizite Ziele des Projektes: Entwicklung eines Studiengangs, welche Psychiatrie-Erfahrene dazu befähigt und qualifiziert, ihr Erfahrungswissen als Dozierende oder Genesungsbegleitende nutzbar zu machen. (Status-) Anerkennung und Nutzung des Erfahrungswissens und Zusammenarbeit auf gleicher Ebene mit den Experten und Expertinnen (professionell Tätigen). Weiterführend soll das professionalisierte Erfahrungswissen dazu beitragen, die Qualität und die Effizienz in der Arbeit mit Betroffenen zu verbessern. Ergänzt, durch eine systematische Sammlung von Ergebnissen aus der Peer-Forschung.
- Implizite Zielsetzung (als Vision oder Soll-Zustand): Ausgebildete EX-IN Mitarbeitende sind auf allen Hierarchiestufen, in allen Hilfsangeboten und in wissenschaftlichen Forschungsprojekten präsent, mit den gleichen Rechten und Pflichten wie professionell Tätige. Gesundheitspolitische Verankerung von Recovery, Empowerment und Peer-Support (EX-IN) in allen beteiligten Ländern.
- Interne Zielsetzungen im Studiengang: Das persönliche Erfahrungswissen (Ich- Wissen), wird durch ein strukturiertes und methodengeleitetes Vorgehen zum reflektierten Ich-Wissen. Durch den fortwährenden Austausch und durch Reflexionsprozesse mit sich und den anderen Studierenden wird das reflektierte Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Dieses wird im Peer-Support als Ressource, als reflektiertes Erfahrungswissen genutzt.
- Externe Zielsetzungen im Studiengang (zu erreichende Ziele im erweiterten institutionellen Rahmen): Schaffen von Angebots- und Praktikumsstrukturen im weiteren Feld der Sozial-Psychiatrie, um Studierenden verschiedene Lern- und Praxisfelder zu ermöglichen. Weiterführend sollen die ausgebildeten Experten durch Erfahrung das umfassende Konzept der seelischen Gesundheit (Menthal Health), also die Gesundheit und das Wohlbefinden in einem Gemeinwesen, durch ihre Arbeit mitprägen und mitgestalten.

Menschen, welche durch eine seelische Erschütterung besonders verletzlich sind, suchen Wohlbefinden und Stabilität, was sie durch verschiedene Beziehungen und Angebote ab-

decken. Ausgebildete Experten durch Erfahrung bringen eine neue Qualität in die Strukturen der öffentlichen Gesundheit, wenn ihr Wissen als Ressource genutzt wird.

2.4.3 Experienced Involvement: Aktueller Stand in Europa

Das Pilotprojekt EX-IN 2005-2007 wurde erfolgreich abgeschlossen. Bereits sind in den verschiedenen Ländern zahlreiche Studiengänge durchgeführt und teilweise evaluiert worden.
Deutschland: Im Jahr 2009 hatten in Deutschland bereits ca. 50 Psychiatrie-Erfahrene den Studiengang absolviert und abgeschlossen. Die regelmässigen und bezahlten Tätigkeiten von ca. 50% der Absolventen und Absolventinnen sind vielfältig und lassen sich im breiten Bereich der Ausbildung von Pflegenden, der institutionellen Psychiatrie und im Kontext der Sozialpsychiatrie ansiedeln (vgl. Utschakwoski, 2009c, S. 8). Obwohl dies grundsätzlich als Erfolg zu werten ist, zeigen die Erfahrungen aus der Praxis, dass die bezahlte Peer-Arbeit auch Konfliktpotenzial beinhaltet: fehlende zeitliche und ökonomische Ressourcen, Konkurrenz und Nicht-Kooperation zwischen den Peer-Arbeitenden und den professionellen Teams, teilweise fehlende Konzepte bezüglich den Aufgaben und Kompetenzen der Peers. Dass man Peers anstelle von Professionellen anstellt, um Einsparungen und Quoten vorzuweisen, ist ebenfalls eine Befürchtung (vgl. Spiegelberg, 2009, S. 143). Um den unterschwelligen Ängsten der Professionellen im interinstitutionellen Rahmen zu begegnen, soll ein Verständnis dafür geschaffen werden, dass Erfahrungswissen der Peers als Ergänzung und weitere Ressource zu sehen ist, und es dieses zu nutzen gilt. Aktuell (2011) verfügt Deutschland über fünf EX-IN Netzwerke, welche eigene Ausbildungen anbieten. In Hamburg wird der vierte EX-IN Kurs durchgeführt. Weiterführend haben sich aus diesem EX-IN Kurs zwei erfolgreich geführte Projekte etabliert: EX-IN Arbeitschance und eine Betroffenensprechstunde (vgl. EX-IN Hamburg, 2011, Projekte, ¶ 4).

England: Ein Projektbericht wird laut der Internetseite der Birmingham City University/ Centre for Community Mental Health bald vorliegen (Stand: Ferbruar 2011) (vgl. Centre for Community Mental Health, 2010, Research & Development, ¶ 4).

Oesterreich: Obwohl nicht unter den Gründungsländern von EX-IN verfügt (Ober-) Oesterreich ebenfalls über einen Lehrgang für Peer-Coaching, welcher bereits im Jahr 2003 das erste Mal durchgeführt wurde. Aus der Evaluation geht hervor, dass mehr als zweidrittel der

Teilnehmenden das Zertifikat als Peer-Coach erhalten haben und weiterführend eine bezahlte Anstellung gefunden haben. Durch die Anstellung fand eine finanzielle und gesellschaftliche Aufwertung statt, welche sich überaus positiv auf die Peer-Arbeiter/innen (Peer-Coachs) auswirkte. Dennoch geht hervor, dass die Anzahl der Peer-Arbeitenden immer noch sehr gering ist und sich die oben genannten Konfliktpotenziale auch hier zeigen. Es braucht eine theoretisch fundierte Weiterentwicklung der Peer-Idee, damit es gelingt, sie in die bereits vorhandenen Strukturen zu überführen. Ebenso geht hervor, dass das gute Gelingen einer Zusammenarbeit auch von den Fähigkeiten und der Sozialkompetenz des Peer-Coachs abhängt. Weiterführend konnten bis im Jahr 2008 mit dem Peer-Projekt folgende Erfolge verbucht werden: Einen Folgelehrgang mit zwanzig Teilnehmenden und eine Absichtserklärung von Geldgeberseite, das Projekt in Zukunft weiterhin zu unterstützen. Ausserdem wird im Behindertengesetz erstmalig die Selbstbestimmung, die Mitsprache und die Aufnahme der Berufsbezeichnung des Peer-Coachs erwähnt (vgl. Nussbaumer, 2009, S. 216-223).

Über die anderen beteiligten Länder (Schweden, Norwegen, die Niederlande, Slowenien) konnten keine relevanten Ergebnisse über die EX-IN Projekte recherchiert werden, da entweder noch keine öffentlichen Informationen oder Projektberichte vorlagen oder aber Berichte und Informationen nur in der jeweiligen Landessprache verfasst waren.

2.4.4 Experienced Involvement: Aktueller Stand in der Schweiz

Die institutionalisierte Peer-Arbeit ist auch in der Schweiz nicht neu. Bereits im Jahr 2007 hat die Pro Mente Sana ein erstes Projekt durchgeführt, um Psychiatrie-Erfahrene für die professionelle Peer-Arbeit zu schulen (vgl. Pro Mente Sana, 2010c, Recovery-Projekt, ¶ 4). Eine Projektevaluation mit verschiedenen Kriterien liegt vor. Aufgrund der positiven Ergebnisse führt Pro Mente Sana im Jahr 2010-2011 eine umfassendere Ausbildung durch. Es gibt verschiedene Anbieter von Ausbildungen in der Schweiz, welche auf unterschiedlichen Bedürfnissen, Motivationen, Qualifikationen und zeitlichen und finanziellen Ressourcen der künftigen Peer-Arbeiter/innen aufbauen.

Der Studiengang Experienced Involvement (EX-IN) für Psychiatrie-Erfahrene, respektive Erfahrene mit psychischer Krankheit, wird von 2010-2011 ein erstes Mal durchgeführt. Neben diversen Kooperationspartnern und Sponsoren für den Studiengang, konnte der Verein EX-

IN Bern eine Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule Gesundheit eingehen. Die Studierenden schliessen mit einem „Diploma of Advanced Studies“ (DAS) der Berner Fachhochschule, in „Experienced Involvement“ ab und erhalten 30 ECTS-Punkte (European Credits Transfer System). Der Studiengang schliesst eng an das europäische Konzept an (siehe Kapitel 2.2.1- 2.2.3) und verfolgt die gleichen Zielsetzungen, jedoch adaptiert auf die schweizerischen Verhältnisse. Mit dem Anschluss an die Fachhochschule, sind bestimmte Zulassungskriterien erforderlich, so dass neben der Erfahrung einer seelischen Beeinträchtigung auch ein anerkanntes Diplom einer höheren Fachschule oder ein Hochschulabschluss gefordert wird. Abgesehen von den formalen Bedingungen werden mit den Interessierten Aufnahmegespräche geführt, um deren Eignung und Motivation für den Studiengang und die Belastbarkeit einzuschätzen (vgl. Berner Fachhochschule Gesundheit, 2010, Weiterbildung/ Angebote nach Abschluss, ¶ 4[5]).

Die 32 Tage dauernde Ausbildung (plus 550 Stunden Selbststudium) hat verschiedene Schwerpunktthemen (Empowerment in Theorie und Praxis, Recovery-orientierte Bestandesaufnahme und Zukunftsplanung, Beraten und Begleiten von Krisen etc.), umfasst ein Praktikum von 190 Stunden und schliesst mit einer Diplomarbeit ab. Wie für alle EX-IN Studiengänge gilt auch auf der Ebene der Dozierenden das Gleichheitsprinzip. Die Dozententeams bestehen grundsätzlich aus einem ausgebildeten Erfahrenen und einem Professionellen, aus dem sozialen oder psychiatrischen Bereich. Um an bestehendes Wissen aus dem EU-Projekt anzuknüpfen, hat man für den ersten Studiengang auf erfahrene Dozierende zurückgegriffen, welche bereits in Deutschland auf verschiedenen Ebenen im Projekt involviert sind. Laut dem Projektleiter René Hadorn sind die ersten Erfahrungen mit dem Studiengang und 19 Studierenden überaus positiv zu bewerten[6].

Als eine der wenigen Länder führt die Schweiz die Ausbildung an einer Fachhochschule durch. Dadurch ergeben sich für die Studierenden folgende zusätzliche Studienziele und Berufschancen (vgl. Berner Fachhochschule Gesundheit, 2010, Weiterbildung/ Angebote nach Abschluss, ¶ 4):

[5] Die Autorin verfügt über einen detaillierten Ausbildungsbeschrieb des Studiengang EX-IN. Die Studierenden erhalten diesen zu Beginn des Studiums.

[6] Die Autorin hatte vor und während der Erstellung der Masterarbeit immer wieder Kontakt zum Projektleiter, René Hadorn und einigen Vorstandsmitgliedern vom Verein EX-IN, u.a. zum Studiengangsleiter Andreas Heuer von der Berner Fachhochschule und zur Betroffenenvertreterin Katharina Abplanalp.

- Das eigene Erfahrungswissen in einem wissenschaftlichen Rahmen weiterzuentwickeln.
- Das reflektierte Wir-Wissen neben den bisherigen genannten Möglichkeiten im Forschungskontext oder der Organisationsentwicklung einzubringen.
- Mitarbeit bei Entwicklungs- und Konzeptionsarbeiten.
- Förderung und Sicherstellen des Theorie-Praxis Transfers.

Damit diese ambitionierten Ziele, je nach bildungsbiographischem Hintergrund der Studierenden, tatsächlich umgesetzt werden, braucht es auch in der Schweiz Kooperationspartner/innen und Organisationen, welche auf dem Arbeitmarkt (bezahlte) Stellen für Peer-Arbeiter/innen anbieten. Das Projekt wird laufend vom Universitären Psychiatrischen Dienst (UPD) Bern (Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik) evaluiert. Erste Evaluationsergebnisse werden erst nach dem Sommer 2011 erwartet.

2.4.5 Fazit: Experienced Involvement

Projekte, vor allem, wenn sie von politischen Stellen mitfinanziert werden, verlangen Nachhaltigkeit. Das heisst, über das Projekt hinaus muss es einen ... „möglichst dauerhaften Nutzen“... (Hongler & Willener, 1998, S.33) für die betreffende Zielgruppe geben. Dass sich dieser Nutzen beim europäischen Projekt EX-IN abzeichnet, zeigt der aktuelle Stand in Europa und der Schweiz auf (siehe Kapitel 2.3.3).

Utschakowski et al. appellieren, dass sich die Psychiatrie bei bevorstehenden Reformen zu einem lebensnahen Behandlungszentrum entwickeln und auch die Sozialpsychiatrie sich um noch mehr sozialraumorientierte Hilfeformen bemühen muss (Utschakowski et al. 2009a, S. 226). Dass Peer-Support bei genau diesen Reformen eine wichtige Rolle und Unterstützungsfunktion einnehmen kann, ist für die Autoren und Autorinnen Voraussetzung für ein gutes Gelingen der Reformen. Je etablierter also Peer-Support wird, desto mehr werden die Rollen für alle Beteiligten klarer (vgl. Utschakowski et al. 2009a, S. 228). Die gegenwärtigen und zukünftigen Peer-Arbeiter/innen sind:

- Experten und Expertinnen, welche mit ihrem Erfahrungswissen sowohl den Lernenden, als auch den Professionellen eine wirklich neue Perspektive eröffnen.
- Präventionsfachleute, welche an öffentlichen Schulen oder in Organisationen zur Entstigmatisierung und Aufklärung beitragen.

- Hoffnungsträger/innen für weitere Betroffene, in dem sie durch ihre Tätigkeit vermitteln, dass individuelle Recovery und/oder das Leben mit einer psychischen Beeinträchtigung lebenswert und möglich ist.

Damit sich Betroffene oder Peer-Arbeiter/innen, Angehörige und professionell Tätige auf gleicher Augenhöhe begegnen können, ist die Art der Kommunikation, respektive das Inszenieren von Kommunikations-Settings zwischen den verschiedenen Anspruchsgruppen ein wichtiger Schlüssel. Wie im Kapitel 2.4 dargelegt, wird die trialogische Arbeit als wichtiges Kommunikationsinstrument eingestuft, um einerseits das Kommunizieren auf gleicher Ebene zu üben (Verständigungsorientierung) und andererseits Veränderungen auf der Handlungsebene (personen-zentrierte Recovery) zu erreichen. Um weiterführende Hypothesen für die Handlungspraxis abzuleiten (siehe Kapitel 1.5), wird deshalb im empirischen Teil ein trialogischer Round Table durchgeführt und ausgewertet.

2.5 Schlussfolgerungen Theorieteil

Allgemein: Der personen-zentrierte Recovery-Ansatz, Trialog und EX-IN ist mehr als nur eine Idee der Betroffenen. Die Konzepte, Ideen, Visionen und Werte dahinter sind international längst ein Thema in der Gesundheitspolitik und den Institutionen der Sozial-Psychiatrie und als solches von den Professionellen zur Kenntnis zu nehmen. Es zeigt sich, dass sich die Umsetzung des personen-zentrierten Recovery-Ansatzes, die Mitsprache, die Selbstbestimmung und die Partizipation der Betroffenen in kleinen Schritten etabliert, jedoch die Akzeptanz der Experten und Expertinnen aus Erfahrung sich immer noch als schwierig gestaltet. Die Schweiz, welche sich im institutionellen Rahmen neuerdings intensiver mit dem Recovery-Ansatz und EX-IN beschäftigt, hat nun die Chance, aus den bisherigen Forschungsresultaten und Evaluationen über Recovery- und Peer-Arbeit zu profitieren und diese auf ihre institutionellen Gegebenheiten zu adaptieren. Die kontinuierliche Arbeit von Betroffenen-Organisationen, wie z.B. von Pro Mente Sana oder von vernetzten Trialog- und Selbsthilfegruppen etc. zeigen immer mehr politische, institutionelle und somit auch öffentliche Wirkung.

Recovery und Forschung: Um weitere Erkenntnisse über individuelle Recovery-Prozesse zu erhalten, sind vermehrt Forschungsansätze im qualitativen Bereich zu berücksichtigen,

welche ergänzend zu den quantitativen Studien, wichtige Informationen liefern können (siehe Kapitel 1.3). Sowohl die Berücksichtigung der subjektiven Erfahrungen der Betroffenen ist ein Thema, als auch der Einbezug von Erfahrenen in Forschungsprojekten. Ein solches an die Aktions- und Praxisforschung angelehntes Vorgehen lässt sich möglicherweise nicht mit strengen, wissenschaftlichen Kriterien messen, jedoch können die Erkenntnisse weitere ergänzende Informationen für die Handlungspraxis liefern. Konzepte wie Salutogenese, Resilienz, Empowerment, Coping und eben Recovery sind immer noch schwierig fass- und messbar. Die evidenzbasierte (quantitative) medizinische Forschung kritisiert denn auch die unzureichende Operationalisierung beim personen-zentrierten Recovery-Konzept, welches nur ungenügende Indikatoren für die Messbarkeit liefert.

Es bleibt abzuwarten, wie das personen-zentrierte Recovery-Konzept operationalisiert wird, respektive es gilt ein Konzept zu entwerfen, welches sowohl von der Betroffenen-Bewegung, als auch von den Professionellen anerkannt wird. Amering und Schmolke schreiben dazu, dass sich grosse randomisierte Studien, welche auf Wahrscheinlichkeiten aufbauen, nur mässig dazu eignen, individuelle Verläufe in der Handlungspraxis zu berücksichtigen. „Es gibt also sowohl praktische und politische, wie auch wissenschaftliche Gründe dafür, andere Arten von Evidenz zuzulassen und neue Arten von wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn und Konsensus zu fördern“ (Amering & Schmolke, 2010, S. 147).

Bereits sind aus vielen qualitativen Forschungen (auch in Zusammenarbeit mit Betroffenen oder user led-Forschungen) wichtige Resultate, wie beispielsweise die 6 Phasen von Recovery (siehe Kapitel 1.3) bekannt oder die enorme Wichtigkeit von Hoffnung, Bedeutung & Sinn der Krankheit oder das Potenzial zur Veränderung etc. (vgl. Amering & Schmole, 2010, S. 101). Wird das personen-zentrierte Recovery-Konzept im institutionellen Kontext ernst genommen, werden die Erkenntnisse aus der qualitativen Recovery-Forschung in den künftigen Handlungskonzepten (mit-)berücksichtigt.

Trialog als Diskussion vs. herrschaftsfreier Diskurs: Aufgrund der Theorie-Analyse über den Trialog, kann die Hypothese aufgestellt werden, dass sich die verschiedenen Teilnehmenden auf unterschiedlichen Diskursebenen befinden: die Professionellen greifen primär auf ihr Fachwissen zurück und befinden sich somit auf der theoretischen Diskursebene. Im theoretischen Diskurs wird auf das bessere Argument zurückgegriffen (Geltungsanspruch der Wahrheit). Dies wirft die Frage auf, inwiefern die Argumente der Betroffenen und Ange-

hörigen überhaupt akzeptiert werden. Betroffene äussern sich zwangsläufig über ihre subjektiven Erfahrungen und befinden sich somit in einem therapeutischen Diskurs (Geltungsanspruch der Wahrhaftigkeit). Rückgriffe auf psychiatrisch-medizinisches Wissen, wird zur Kenntnis genommen, als solches jedoch nicht anerkannt. Die Angehörigen nehmen das Setting eher als moralisch-praktischen Diskurs wahr, in welchem über vorhandene soziale Normen gesprochen wird (Geltungsanspruch der Richtigkeit). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich durch die unterschiedlichen Diskursebenen und durch das Schweigen einiger Teilnehmenden nur vordergründig ein Konsens erzielen lässt und die Störungen in den Interaktionen weder beachtet noch erkannt werden. Dieser Zusammenhang kann eine Erklärung für die genannten Enttäuschungen der Betroffenen sein (immer die gleichen Professionellen, Profis, die sich hinter ihrem Expertenwissen verstecken etc.). Weiterführend lässt sich damit auch das Fernbleiben der Professionellen erklären, welche implizit die Wahrheit für sich beanspruchen und keinen Diskursbedarf mit Betroffenen sehen.

Es wäre von Interesse, empirisch zu überprüfen, inwiefern die genannten diskurstheoretischen Hypothesen die Analysen im Kapitel 2.3.3 unterstützen. Obwohl dieses Vorgehen nicht Gegenstand der empirischen Untersuchung ist, verhilft die Analyse dazu, die Ergebnisse aus dem trialogischen Round-Table besser zu fassen und exaktere Hypothesen für die Emprie, Theorie und Praxis abzuleiten.

Peer-Arbeit (EX-IN) als Brückenfunktion zwischen Trialog und Handlungspraxis: Trotz diverser Kritikpunkte am Trialog, scheint die auf Verständigung und Akzeptanz ausgelegte Kommunikationsform eine Schlüsselfunktion inne zu haben. Sowohl die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Erfahrenen wird gefördert, als auch das Verständnis für die unterschiedlichen Ansichten und Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen.

Um das personen-zentrierte Recovery-Konzept oder viel mehr die Akzeptanz unterschiedlicher Bedürfnisse, Wünsche, Meinungen und Erklärungen von Betroffenen institutionell und gesellschaftlich zu fördern, ist das reflektierte Erfahrungswissen von Psychiatrie- und Recovery-Erfahrenen von Bedeutung. Damit Recovery und die trialogische Arbeit nicht nur auf der individuellen Ebene verhaften bleibt, sind die Professionellen gefordert, die Peer-Arbeitenden als gleichwertige und gleichberechtigte Experten und Expertinnen anzuerkennen. Im weiteren sind neue Finanzierungsmodelle gefordert, welche das institutionell und öffentlich genutzte Erfahrungswissen der Peer-Arbeitenden, das sowohl der Wissenschaft,

als auch der Gesundheitspolitik zur Verfügung gestellt wird, monetär entschädigt. Von recovery-orientierter Arbeit kann gesprochen werden, wenn ausgebildete Peer-Arbeitende funktionsspezifisch entlöhnt werden.

Recovery im Handlungskontext der Sozialen Arbeit: Inwiefern die Soziale Arbeit sich in den verschiedenen Handlungsfeldern der Sozial-Psychiatrie für die Umsetzung des personen-zentrierten Recovery einsetzt oder die trialogische Peer-Arbeit unterstützt, wird aus der Literatur und Forschung wenig ersichtlich. Professionelle aus der Sozialen Arbeit, die in den Handlungsfeldern der Sozialen Psychiatrie oder der institutionellen Psychiatrie tätig sind, müssen über umfassende Kompetenzen verfügen, welche durchaus anschlussfähig an das personen-zentrierte Recovery-Konzept sind: Individuelle Dimension; Kenntnisse der psychiatrischen Krankheiten, Formen und Felder der Behandlung, mögliche Hintergründe der psychischen Krankheit. Soziale Dimension; Konzepte und Methoden der sozialpsychiatrischen Begleitung, Zugang zu den subjektiven Lebensweisen und Lebenswelten der psychisch beeinträchtigten Menschen und ihren Familien (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 9).

Dass auf dem Hintergrund der konkreten Fallarbeit diese Kompetenzen jedoch unterschiedlichen Deutungsmustern unterliegen, beschreiben Kunstreich und Lindenberg (vgl. Kunstreich & Lindenberg, 2005, S. 351-358). In der Praxis der Sozialen Arbeit werden „Ausgegrenzte“ oft auf dem Hintergrund eines klinisch-normativen Ansatzes beurteilt und bewertet. Dieser defizitorientierte Ansatz wirkt jedoch zusätzlich stigmatisierend und unterstützt vorhandene Vorurteile, da sich die begründete Massnahme oder Intervention auf eine Selbstverschuldung zurückbinden lässt und nur vom problematischen Verhalten des Klienten ausgeht. Sie plädieren für einen sozialräumlich-partizipativen Ansatz, welcher hilft, „den Adressat/Innen neue Teilhabemöglichkeiten zu eröffnen oder schon etablierte zu festigen“ (Kunstreich & Lindenberg, 2005, S. 356). Dieser stellt explizit das Wissen der Adressaten/ Adressatinnen (vs. Klienten/ Klientinnen) in den Vorder- und das wissenschaftliche Expertenwissen in den Hintergrund. Wenn sich die Soziale Arbeit im sozial-psychiatrischen Kontext für Recovery und Peer-Arbeit einsetzt, sollte sie nicht nur über die oben genannten Kompetenzen verfügen, sondern sich am sozialräumlich-partizipativen Ansatz orientieren.

Die Soziale Arbeit ist auch in vielen anderen Handlungsfeldern (z.B. Sozialhilfe, Jugend- oder Familienberatung, Schulsozialarbeit) mit psychisch beeinträchtigten Menschen kon-

frontiert oder mit Menschen, welche sich in einem Recovery-Prozess befinden. Unabhängig vom Handlungsfeld und Arbeitskontext, sind sie in jedem Fall auf ein eingehendes Verständnis in Beratungs- und Entscheidungssituationen angewiesen. Wenn sich Betroffene, wie die Forschung aufzeigt, in ihren Handlungen und Äusserungen von den Professionellen nicht ernst genommen fühlen, kann dies weiterführend Sekundärverletzungen zur Folge haben und einen Recovery-Prozess erschweren. Wie die Analyse im Kapitel 2.4.3 aufzeigt, ist die Fähigkeit einer verständigungsorientierten Haltung für die Professionellen der Sozialen Arbeit im Umgang mit psychisch Beeinträchtigen und Peer-Arbeitenden zentral und kann als Handlungsgrundlage definiert werden.

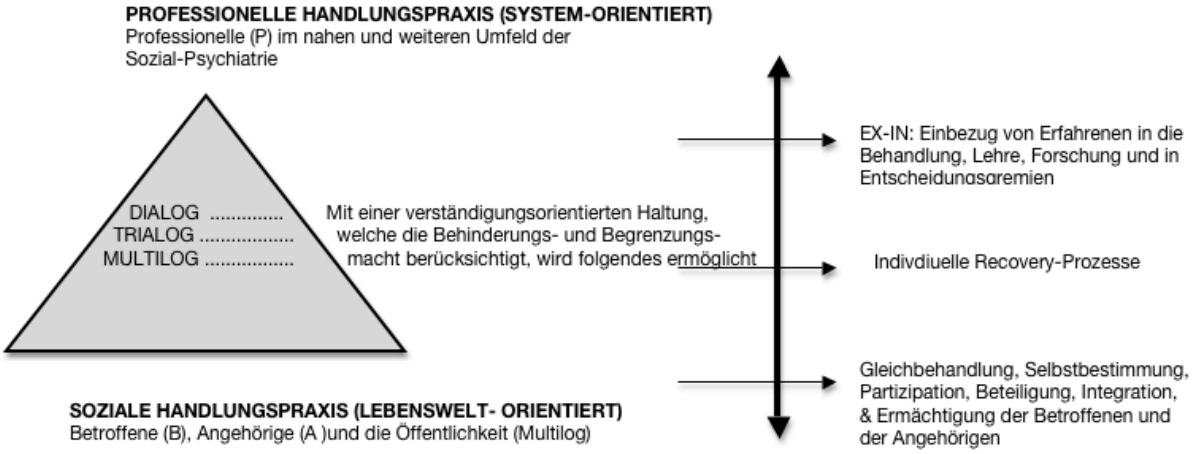
Recovery, verständigungsorientierte Haltung und die Macht-Thematik: Nicht nur für Sozial Arbeitende ist die Reflexion (verständigungsorientiertes Handeln, kritisches hinterfragen der professionellen Handlungen, erkennen und bekämpfen von Kolonialisierungseffekten), wie von Zwilling gefordert, wichtig (vgl. Zwilling, 2007, S. 110). Sie gilt für alle Professionellen inner- und ausserhalb des sozial-psychiatrischen Kontextes, welche den Trialog und die (hypothetische) Forderung des herrschaftsfreien Diskurses ernst nehmen (vgl. Bombosch, 2002 & Bock et al. 2009) und sich für Recovery, Trialog und Peer-Arbeit einsetzen. Um Kolonialisierungseffekte zu erkennen, ist es erforderlich, die Machtperspektive in der Behandlung, Begegnung, Beratung und Forschung zu reflektieren.

Dass Macht sowohl positive wie auch negative Komponenten beinhaltet, zeigt das Konzept der Begrenzungs- und Behinderungsmacht (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 379-392) auf. Macht, als omnipräsentes Thema in der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 393-402) und generell in Professionen und Berufen, welche im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle agieren, ist im professionellen Kontext oft negativ konnotiert und wird, wie die Analysen im Kapitel Trialog (siehe 2.3.3) aufzeigen, oft ausgeblendet. Dies erschwert sowohl die Reflexion der eigenen Macht, als auch die Kritik von struktureller Behinderungsmacht. Staub-Bernasconi spricht deshalb von einem Trilemma der Macht, dass es zu berücksichtigen gilt:

- (Behinderungs-) Macht muss kritisierbar sein.
- Macht kann eingesetzt werden, um bestimmte Ansprüche für die eigene Arbeit und die Ansprüche der Klienten durchzusetzen.
- Fähigkeit, mit eigener und fremder Macht umzugehen.

Professionelle, welche die positiven und negativen Aspekte von Macht in ihre Arbeit miteinbinden und die bereits genannten Aspekte berücksichtigen, können dem Recovery-Konzept zu mehr Akzeptanz verhelfen. Es braucht die interdisziplinäre Unterstützung von Professionellen (Psychiatrie, Soziale Arbeit, Psychologie etc.), welche an dieser Stelle die Voraussetzungen für strukturelle Recovery- und Empowerment-Prozesse schaffen, die darauf abzielen institutionelle und sozialpolitische Zugänge zu erschliessen. Abschliessend zeigt die unten stehende Abbildung (Abb. 6) die Synthese des Theorieteils auf:

Abbildung 6: Verständigungsorientierte Haltung als normative Vorgabe für Professionelle



Quelle: eigene Darstellung.

Komplexitätsreduktionen, wie oben dargestellt, sind für die konzeptionelle Umsetzung auf der Handlungsebene zentral: Die Abbildung zeigt auf, dass die trialogische Arbeit (auch Dialog) mit einer verständigungsorientierten Haltung die Verbindung von personen-zentrierter Recovery zu EX-IN darstellt. Mit der Berücksichtigung der Machtthematik, unterstützt dies weiterführend individuelle Recovery-Prozesse, die Stärkung und Akzeptanz der Peer-Arbeitenden in der Systemwelt und der Betroffenen in ihrer Lebenswelt. Für eine erfolgreiche Umsetzung braucht es, neben innovativen Ideen und Visionen, auch personelle und monetäre Ressourcen, respektive eine Umverteilung der vorhandenen Mittel.

Die Aufbereitung des aktuellen Forschungsstandes, der Theorieteil und die Schlussfolgerung bereiten nun die Grundlage für den empirischen Teil der Arbeit und zur Beantwortung der drei Hauptfragen.

3 Empirischer Teil

3.1 Forschungsdesign

Einführend werden die Zielsetzungen der Forschung und weitere Überlegungen zum Forschungsdesign dargelegt. Im Anschluss wird das methodische Vorgehen aufgezeigt und die Präsentation der Ergebnisse, welche abschliessend diskutiert werden. Sofern die Lesefreundlichkeit garantiert ist, werden im Forschungsteil die folgende Abkürzungen für die verschiedenen Positionen, respektive Rollen verwendet: Betroffene EX-IN (B. EX-IN), Angehörige (A.) und Professionelle (P.) EX-IN Studierende werden als Betroffene EX-IN bezeichnet, weil sie die Betroffenenperspektive stellvertretend präsentieren (siehe Glossar, Anhang D) und wie aus dem Theorieteil hervorgeht, Betroffene und Peer-Arbeitende bis heute nur im Ansatz Beteiligte sind.

3.1.1 Forschungsziel

Mit der Erhebung werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Die kollektiven Orientierungen und die Wissensbestände der unterschiedlichen Positionen (B. EX-IN, A. und P.) über das personen-zentrierte Recovery-Konzept sind herausgearbeitet (vgl. Przyborski, & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 107). Kommentar: Dies wird durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund bezüglich der Thematik ermöglicht und gleichzeitig durch die differenten Positionen erweitert. Die Komplexität und die Vielschichtigkeit der Meinungen über das Thema Recovery soll erfasst werden, um weiterführend die Vielfalt der diskutierten Wissensbestände in geordneten Kategorien abzubilden. Das Erfassen von einzelnen Interaktionen in der Gruppendiskussion ist nicht Gegenstand der Untersuchung.
- Die Gemeinsamkeiten und Differenzen der unterschiedlichen Positionen (B. EX-IN, A. und P.), sind auf dem Hintergrund der drei Dimensionen Kritik, Vision und Realität abgebildet. Kommentar: Zur Kontrastierung der Ergebnisse wird der trialogische Round-Table mit einem weiteren Round-Table (B. EX-IN) und einem Experteninterview ergänzt. Mit der Kontrastierung sollen Verdichtungen oder Ergänzung erreicht werden, um differenziertere Ergebnisse in Bezug auf die unterschiedlichen Positionen zu erzielen.

3.1.2 Überlegungen zum Forschungsdesign

In Anlehnung an die Aktions- oder Praxisforschung (vgl. Moser, 1995) werden zwei partizipative Erhebungsformen zur Generierung des Datenmaterials zusammengeführt. Der Round-Table und die Struktur der Zukunftswerkstatt. Die Hintergründe der Aktions- und Praxisforschung, deren Prinzipien und der enge Zusammenhang mit dem personenzentrierten Recovery-Konzept werden im nächsten Unterkapitel als Exkurs dargelegt.

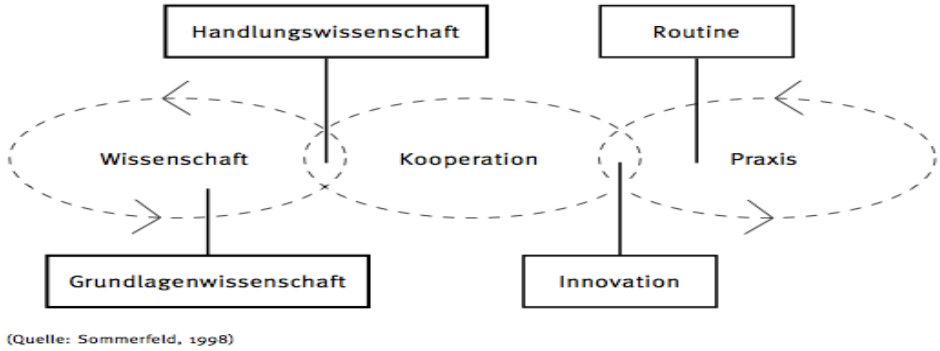
Die Zukunftswerkstatt und der Round-Table sind beides Beteiligungsformen, welche die Mitarbeit und Mitbestimmung der Betroffenen fordern und fördern und so dem Recovery- und Trialogansatz (vgl., Amering & Schmolke, 2010) entsprechen. Mit diesem Vorgehen soll sichergestellt werden, dass die Studierenden des DAS EX-IN nicht nur zur Generierung von Daten herangezogen werden, sondern sich aktiv in die Datenerhebung einbringen können. Ihr Erfahrungswissen wird gleichwertig, wie das Expertenwissen betrachtet. Bergold und Thomas unterstützen diese Forschung mit den Menschen im Gegensatz zur Forschung über den Menschen. Sie verweisen auf die Pflicht der Sozialwissenschaft, durch ihre explizite Distanz zum Alltagswissen den Bezug zur realen Lebenswelt nicht zu verlieren und plädieren dafür, eine partizipative Forschung nicht von vornherein in Frage zu stellen (vgl. Bergold & Thomas, 2010, S. 333). Im folgenden Exkurs wird aufgezeigt, in welchem historischen Kontext und Wissenschaftsverständnis die Aktions- und Praxisforschung begründet ist.

3.1.3 Aktions- und Praxisforschung- Exkurs

Mit der Planung, Durchführung und Evaluation einer trialogischen Zukunftswerkstatt (ca. 80 Leute) besteht die Möglichkeit, interessierte Betroffene, Angehörige und Professionelle in den ganzen Forschungsprozess zu involvieren. Dieses Vorgehen ist aufgrund der zeitlichen und finanziellen Ressourcen nicht möglich. Deshalb wird im Forschungsdesign dieser Arbeit zumindest die Methodenwahl zur Datenerhebung möglichst nahe an den Prinzipien der Aktions- und Praxisforschung konzipiert und nachfolgend begründet: Die Aktions- und Praxisforschung hat keine eindeutige Entstehungsgeschichte, vielmehr wurde sie in verschiedenen Handlungsfeldern (feministische und ethnologische Forschungen, Experimentalpsychologie, Gestaltpsychologie etc.) unterschiedlich eingesetzt und genutzt. Insbesondere hat die Gemeindepsychologie auf dem Hintergrund des Empowermentkonzeptes immer den Einbezug der Betroffenen gefordert und das positivistische Wissenschaftsbild kritisiert, sowie die

Neutralität und Werteurteilsfreiheit in Frage gestellt. (vgl. Bergold & Thomas, 2010, S. 333-334 & Bergold, 2000). Die Aktions- und Praxisforschung bezieht sich auf einen heterarchischen Wissenstransfer, in welchem die beiden Systeme Wissenschaft und Praxis auf horizontaler Ebene kooperieren und die Erkenntnisse wiederum in das eigenen Handlungsfeld zurückfliessen (vgl. Hangartner, 2010, S. 313). Das Modell von Sommerfeld (1998) (Abb.7) illustriert diesen kooperativen Wissenstransfer (vgl. Sommerfeld, 1998, zit. in Hangartner, 2010, S. 313):

Abb. 7: Der kooperative Wissenstransfer



Quelle: In Anlehnung an Sommerfeld, 1998 (vgl. Hangartner, 2010, S. 313)

Ein animatorischer Umgang mit den zu erforschenden Menschen (und deren Lebenswelt) ist eine zentrale Voraussetzung für aktions- und praxisorientierte Forschungsvorhaben. Sollen diese oft unterschätzten Erkenntnisse auch ins Wissenschaftssystem (vgl. Moser et al.,1999, S. 192) zurückfliessen, kann dies mit einer qualitativen Datenauswertung eingelöst werden. Dazu müssen ... „Erkenntnis- und Verallgemeinerungsstandards in den Prozess eingeführt, [und] die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und prinzipielle Kritisierbarkeit“... (Bergold & Thomas, 2010, S. 338) garantiert werden.

Der Round-Table, die Struktur der Zukunftswerkstatt und der Trialog lassen sich methodisch mit der Aktions- und Praxisforschung verknüpfen und schaffen zumindest die Voraussetzung, die jeweils andere Perspektive und Meinung anzuerkennen und als gleichwertig zu betrachten. Die Erforschung dient somit auch den Bedürfnissen der Betroffenen und nicht den Bedürfnissen der Forschenden. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für partizipative (Forschungs-) Prozesse in der Handlungspraxis. Mit diesem methodischen Vorgehen soll

deshalb auch überprüft werden, welches Potenzial die Durchführung einer (grösseren) trialogischen Zukunftswerkstatt hat.

3.2 Methodisches Vorgehen

3.2.1 Sample

Das Sampling (Auswahl der Fälle) und somit die definierte Grundgesamtheit bezieht sich auf die Studierenden des DAS EX-IN/ Bern (Studiengang 2010/2011) (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 174). Aufgrund des neuen Studiengangs und der heiklen Thematik sollten den Studierenden nicht zu viele Forschungsprojekte zugemutet werden. Deshalb fanden vorbereitend diverse Gespräche mit der Projektleitung und dem Vorstand EX-IN statt. Nach eingehender Prüfung, konnte sich die Autorin den Studierenden vorstellen und die Zielsetzungen der Masterthesis präsentieren.

Von den anwesenden 18 Studierenden waren 15 interessiert sich bei der Datenerhebung zu beteiligen. Ausserdem erhielt die Autorin Zugang zu einzelnen Studienmodulen, um sowohl die Menschen im Studiengang, als auch die Idee von EX-IN besser kennen zu lernen. Aufgrund der persönlichen Betroffenheit war eine Teilnahme in den Modulen nicht selbstverständlich und musste von allen mitgetragen werden.

Nach der unverbindlichen Anmeldung erfolgte die definitive Zusammenstellung der Teilnehmenden mittels folgender pragmatischer Kriterien: Verfügbarkeit, Reiseweg, Motivation und psychisch-physische Verfassung. Der Genderaspekt wurde bei der Auswahl und der Auswertung nicht explizit berücksichtigt, da männliche Studierende deutlich untervertreten sind. Dennoch wird dieser in der Zusammenstellung der Round-Tables ausgewiesen (f; female, m; male) und einzelne Aussagen (Auswertung) einem betreffenden Geschlecht zugewiesen. Die weiteren Teilnehmenden (Angehörige und Professionelle) wurden mittels persönlicher Kontakte und aus dem Umfeld des Studiengangs EX-IN rekrutiert. Weitere persönliche Angaben (z.B. Alter, Beruf, Diagnose etc.) werden aufgrund des Persönlichkeitsschutzes, insbesondere bei den EX-IN Studierenden weggelassen. Es besteht kein Anspruch auf Repräsentativität ausserhalb des Studiengangs. Vielmehr geht es darum, ... „die Strukturiertheit des Phänomens und das Spektrum seiner Ausprägung zu erfassen“ (Przyborski &

Wohlrab-Sahr, 2008, S. 176), die Ergebnisse mit dem aktuellen Forschungsstand zu verknüpfen und daraus wissenschaftliche Erkenntnisse für weitere Hypothesen abzuleiten.

Auswahl der Diskussionsteilnehmer/innen für den Round-Table I:

- 2 Betroffene/f → EX-IN Studierende
- 2 Angehörige/f → rekrutiert über Kontakte der Projektleitung EX-IN Bern
- 2 Professionelle/m (Pflegewissenschaft und Psychiatriepflege) → rekrutiert über Kontakte einer EX-IN Studierenden und durch die Anfrage der Autorin

Auswahl der Diskussionsteilnehmer/innen für den Round-Table II:

- 5 Betroffene/ 2 m & 3 f → EX-IN Studierende

Auswahl Experteninterview

- 1 Experte/m (Pflegewissenschaft) → Vermittlung durch persönliche Kontakte

3.2.2 Datenerhebung

Methodische Überlegungen zur Datenerhebung: Die Form des Round-Tables eröffnet die Möglichkeit, die Meinung verschiedener Perspektiven in einem Gespräch einzuholen. Damit eine Offenheit in der Diskussion entstehen kann und alle Meinungen als gleichwertig angesehen werden, wurde der Round-Table als Form gewählt und explizit so kommuniziert. Diese Form lässt sich mit der Erhebungsmethode einer Gruppendiskussion vergleichen, welche die Einzelmeinungen auf dem Hintergrund verschiedener kontextueller Ebenen erfasst. Eine Gruppendiskussion dient unter anderem dazu, dass ... „Einzelmeinungen in ihrer kontextuellen gesellschaftlichen Bedingtheit erfasst werden“ (Häder, 2006, S. 268). Es wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden gewisse Kontrollmechanismen abbauen und innerhalb einer Gruppendiskussion viel detailliertere Äusserungen von sich geben, als in einem Interview (vgl. Häder, 2006, S.268). Sie legen ihre Einstellungen offen, welche im Alltag ihr Denken, Fühlen und Handeln bestimmen (vgl. Mayring, S. 2002, S. 77).

Es gibt keine einheitliche theoretische Positionierung über die Methode der Gruppendiskussion, dennoch hat diese Form in der qualitativen Sozialforschung in den letzten Jahren vermehrt Beachtung gefunden. In einem Buchbeitrag schärfen Przyborski und Riegler die Begrifflichkeiten (Gruppendiskussion, Fokusgruppe etc.) und zeigen die historische Relevanz von Gruppendiskussionen auf, um weiterführend die Möglichkeiten und Grenzen der Methode aufzuzeigen (vgl. Przyborski & Riegler, 2010, S. 436-447).

Grundsätzlich sind die Forschenden in Gruppendiskussionen bezüglich Eingriffen und Strukturierung sehr zurückhaltend. In diesem Forschungssetting wird mit der Vorgabe einer Definition über personen-zentrierte Recovery und den Phasen der Zukunftswerkstatt eine Strukturform hineingebracht (siehe Anhang A), welche sich gleichzeitig am Trialog orientiert. Folgende Punkte werden beabsichtigt: Es wird eine Orientierung und gemeinsame Ausgangslage geschaffen, ausgehend davon, dass die Definition mit der eigenen Erfahrung und Meinung verknüpft wird. Die drei offen formulierten Fragen laden weiterführend dazu ein, über eigene Erlebnisse zu sprechen und die Recovery-Definition kontrovers zu diskutieren.

Je nach Literatur, ist die Zukunftswerkstatt in drei oder vier Phasen gegliedert: Kritikphase, Phantasie- und Utopiephase, Verwirklichungs– und Praxisphase. Diese dienen in der Datenauswertung als Strukturierungsdimensionen. Die Zukunftswerkstatt hat einerseits zum Ziel, gemeinsam über Schwierigkeiten zu reflektieren, andererseits schafft sie Raum, um Visionen und Fantasien zu entwickeln. Weiter wird geprüft, ob diese in der Realität umsetzbar, respektive ob schon Ansätze davon vorhanden sind. Der Sinn besteht darin, ...“durch das zeitweise Phantasieren von der Realität so abzuheben, dass wünschbare Alternativen und Lösungen entstehen“ (Kuhnt & Müller, 2006, S. 12), welche neue Impulse auf der Wirklichkeitsebene schaffen. Die verschiedenen Perspektiven eröffnen die Möglichkeit, die eigene Position zu hinterfragen und so auf neue Lösungsmöglichkeiten und Potenziale für zukünftige Veränderungen zu stossen. Um Änderungen auf der Wirklichkeitsebene herbeizuführen, muss, wie im Kapitel Aktions- und Praxisforschung dargelegt, eine Zukunftswerkstatt im klassischen Rahmen durchgeführt werden.

Vorgehen zur Datenerhebung: Den Teilnehmenden der Round-Table wurde im Voraus eine Einladung mit einem detaillierten Ablauf zugestellt (Auszug, siehe Anhang A), aus dem folgende forschungsrelevanten Informationen zu entnehmen sind: der genaue Ablauf, die erwähnte Definition, die Fragestellungen mit der eingebrachten Strukturform, der Umgang mit den erhobenen Daten, die Rolle der Forscherin, sowie eine Einverständniserklärung.

Der zweite Round-Table und das Experteninterview basieren auf dem gleichen Vorgehen und den gleichen Fragestellungen. Diese Triangulation verschiedener Erhebungsmethoden ermöglicht, ... „eine vollständigere Sicht zu erlangen, durch die Ergänzung verschiedener Perspektiven“ (Hug & Poscheschnik, 2010, S. 97) und ergibt eine Erweiterung und/oder Verdichtung der Ergebnisse. Diese Ergänzung wurde bewusst gewählt, da die Betroffenen

und die Professionellen das grösste Hierarchiegefälle aufzeigen. Vorab wurde ein schriftlicher Pretest mit einem Experten (Pflegewissenschaftler) durchgeführt. Dies zog sowohl die Optimierung der Fragestellungen nach sich, als auch die Durchführung eines weiteren Experteninterviews im direkten Kontakt.

Durchführung Round-Table: Geplant war, dass eine Gesprächsphase (Kritik, Vision, Realität) ca. 20 Minuten dauern sollte, mit jeweils kurzen Erholungspausen. In beiden Round-Table-Diskussionen mussten die Gesprächsphasen von der Moderation unterbrochen werden, da die Zeit teilweise deutlich überschritten (< 30 Min.) und keine neuen, forschungsrelevanten Informationen mehr diskutiert wurden. Aufgrund der heiklen Thematik gestaltete sich die Durchführung und Moderation der Round-Table-Diskussionen als sehr anspruchsvoll. Die diversen persönlichen Kontakte, welche die Autorin vor der Durchführung mit fast allen Teilnehmenden aufbaute (Telefonate, persönliche Gespräche, Emails, Besuch und Teilnahme an Modulen im EX-IN Studiengang etc.) und die passende Zusammenstellung der Diskutanten, ermöglichte eine sehr emotionale und wertschätzende Diskussion zwischen den Beteiligten. Im trialogischen Round-Table einigte man sich sofort auf die Du-Form. Die Pausen waren wichtige Eckpunkte in der Diskussion, einerseits um sich zu erholen (Snacks, Getränke, Rauchen, Fenster öffnen etc.) und andererseits, um sich in die neue Phase einzustimmen. Abschliessend wurde jeweils eine kurze Feedbackrunde durchgeführt (off-the-record). Im Round-Tabel II kannten sich die Diskutanten bereits aus dem Studiengang. Bestehende Dynamiken innerhalb der Gruppe, spielten deshalb eine grössere Rolle während der Diskussion. Obwohl die Gruppendynamik nicht Gegenstand der Auswertung ist, trug dieser Umstand zu einer sehr lebhaften und gehaltvollen Diskussion bei.

Durchführung Experteninterview: Wie das personen-zentrierte Recovery-Konzept aus Expertensicht beurteilt wird, war Gegenstand des Interviews. Aufbauend auf denselben Fragen (wie der Round-Table), wurde es durch immanente und exmanente Nachfragen ergänzt. Der Experte (Pflegewissenschaftler) verfügt über ein Sonderwissen, welches sich über seine Rolle (im institutionellen Rahmen) und über seine Deutungsmacht definiert (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 131-132). Der Expertenstatus wird sowohl fremd, wie auch selbst zugeschrieben. Insbesondere war für das Forschungsvorhaben von Interesse, inwiefern sich die Antworten des Experten mit denen der beiden Professionellen (Experten aus dem Round-Tabel I) kontrastieren.

3.2.3 Datenaufbereitung & Datenauswertung

Alle Diskussionen und Interviews wurden mit einem elektronischen Datenträger aufgezeichnet (MP3 Format) und anschliessend transkribiert. Das Datenmaterial wurde sinngemäss auf Hochdeutsch übersetzt (ausser speziell dialektgeprägte Ausdrücke) und dadurch bereits erstmalig reduziert. Die Datenprotokolle dienten der weiteren Bearbeitung zur Auswertung.

Die Auswertung der aufbereiteten Daten erfolgte auf der methodologischen Grundlage der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Mit dieser Methode werden Texte, namentlich die Datenprotokolle aus dem Round-Table und dem Experteninterview, systematisch analysiert, mit dem Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern, aufgrund eines zuvor genau definierten Kategoriensystem (vgl. Mayring, 2008, S. 82-83). Die vorgegebenen Phasen der Zukunftswerkstatt (Kritik, Vision, Realität), bildeten konsequenterweise die Strukturierungsdimensionen ab. Die Inhalte, welche aus dem Material extrahiert wurden, sind mit der Entwicklung eines theoriegeleiteten Kategoriensystems (siehe Anhang B) mit klaren Kodierregeln und Ankerbeispielen genau definiert worden.
Als erstes wurden die Datenprotokolle aus dem trialogischen Round-Table allgemein den drei Strukturierungsdimensionen zugeordnet (Fundstellen), um weiterführend jede Dimension an die verschiedenen Rollen (B. EX-IN, A., P.) heranzutragen. Zentrale Punkte wurden mit Memos und Kommentaren festgehalten. Folgendes systematisches Vorgehen fand im Anschluss statt: Paraphrasierung, Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, erste Reduktion (Einzelfall/Rolle), zweite Reduktion (Fallübergreifend/ Rolle) (vgl. Mayring, 2008, S. 62). Dies ermöglichte aus jeder Dimension und Rolle eigene Kategorien zu extrahieren und erstmalig die Kategorien in Textform abzubilden. Anschliessend wurden die ausgearbeiteten Kategorien auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht, welche nachfolgend im Kapitel 3.3 (Ergebnisse) dargelegt werden. Die Auswertung des Round-Tables II und des Experteninterviews erfolgte auf der gleichen Grundlage wie oben beschrieben. Die nicht in Textform abgebildeten Kategorien wurden im Anschluss mit den Ergebnissen aus dem Round-Table I kontrastiert, um Verdichtungen (= bestehende Kategorien) oder Ergänzungen (= neue Kategorien) abzubilden. Dies wird im Ergebnisteil separat dargestellt.

3.3 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden aufgrund der Strukturierungsdimensionen (Kritik, Vision und Realität) und den drei Rollen aus dem triaologischen Round-Table I als Gemeinsamkeiten und Unterschiede abgebildet und ergänzt mit den Ergebnissen aus dem Round-Table II und dem Experteninterview. Die Kontrastierung wird wie folgt unterteilt: Verdichtung (von bereits bestehenden Kategorien und Informationen) und Ergänzung (als neue Kategorien und Informationen). Ein Überblick über die ausgearbeiteten Hauptkategorien (im Text kursiv dargestellt) ist im Anhang C ersichtlich. Vorab wird die jeweilige Forschungsfrage nochmals aufgeführt.

3.3.1 Kritik

Frage: Was verhindert eine Genesung, respektive die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen?

Gemeinsamkeiten: Ein gemeinsamer Kritikpunkt lässt sich am *professionellen Behandlungs- oder Helfersystem*, respektive im *professionellen & institutionellen Wirkungsraum* festmachen. Ein Teil wird an problematischen Einstellungen, Werten und Haltungen der Professionellen festgemacht, welche in der jeweiligen Rolle zwar anders wahrgenommen und dennoch aufeinander bezogen werden können. Eine Betroffene EX-IN fühlte sich durch die angeordneten Massnahmen und Therapien noch mehr unter Druck (vs. Druckentlastung), da von den Professionellen kommuniziert wurde, dass sie bei der Therapie nicht mitmache. Dies veranlasste sie, die Klinik zu verlassen, um anschliessend, auf Druck des professionellen Systems, mit einem fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE) (Art. 397b, ZBG) zurückgeholt zu werden. Innerhalb der Behandlung wurde kritisiert, dass Bedürfnisse, wie z.B. über die Inhalte der Psychose zu sprechen ignoriert wurden und stattdessen die medikamentöse Behandlung im Vordergrund stand. Das fehlende Verständnis für den Inhalt, führte zu einer grossen Einsamkeit, was eine Genesung zusätzlich sehr erschwerte: *„(...) es wäre ganz viel zum heilen, zur Heilung beigetragen worden, wenn die Inhalte nicht ignoriert worden wären (...), wenn dafür ein Verständnis stattgefunden hätte*“(B. EX-IN 1*).* Beide B. EX-IN betonen, dass diese Kritikpunkte länger zurückliegen.

Die Profis beschreiben, dass bestimmte Theorieströmungen immer wieder Auswirkungen haben auf die Behandlungspraxis. Dies hat z.B. dazu geführt, die Angehörigen als Fremd-

körper zu betrachten und die Schuldfrage zu verstärken: *„(...) auf der wissenschaftlichen Ebene schlägt sich das auch nieder (...), dass man (...) Theorien entwickelt (...) [und] evident versucht zu beweisen, dass es so ist und 10 Jahre später merkt man (...), das ist quatsch“* (P. 1). Theorieströmungen haben Auswirkungen auf der persönlichen Ebene und auf das Verhalten der Professionellen. Auch ein neues Modell wie Recovery, das diese Kritikpunkte berücksichtig, kann nicht einfach tradierte Werte und Einstellungen einer Profession (Pflege & Psychiatrie) verändern. Wie die Geschichte aufzeigt, brauchen institutionelle Entwicklungen innerhalb der Psychiatrie sehr viel Zeit. So führen strukturelle Veränderungen nicht zwingend zu einem kulturellen Wandel, was die folgende Aussage verdeutlicht: *„(...) man muss sehr aufpassen, dass dies ein echter Kulturwandel ist. (...) Strukturen verändern, (...) verändert keine Kultur. (...) dann sagt man eben nicht mehr Empowerment, sondern Recovery und übermorgen (...) was weiss ich“ (P.1).* Neue Schlagwörter alleine reichen, insbesondere für kulturelle Veränderungen, nicht aus. Ausserdem wird kritisiert, dass es eine Verschiebung der Arbeitszeitressourcen gebe. Weg von der Beziehungsarbeit hin zu mehr Qualitätsmanagement und Administrationsarbeit. Auch ist es für Professionelle schwierig, das eigene Handeln im institutionellen Rahmen selbstkritisch zu hinterfragen, da sie zu jedem Zeitpunkt Handlungssicherheit vorweisen müssen. Insbesondere Ärzte tragen die institutionelle Verantwortung, was Verunsicherungen im Handlungskontext nicht zulässt, respektive Veränderung erschwert. Auch die Anwendung von Gewalt wird thematisiert, nicht als grundsätzliche Kritik, sondern im Kontext von Macht und Ohnmacht der Professionellen: *„Ich stehe dazu, dass man Gewalt grundsätzlich nie ganz draussen haben kann. (...) ich habe auch erlebt, dass es um Macht, (...) um Strukturen, [dass es] (...) um Angst [geht], dass Professionelle dem auch nicht gewachsen sind (...) und zu so Mittel greifen“* (P.2). Dies deckt sich mit den Aussagen der Angehörigen, dass sie die professionell Tätigen insbesondere in Krisensituationen oft als hilflos empfunden haben und diese Tatsache einfach von den Professionellen überspielt wurde.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht bezüglich einer generellen Gesellschafts-Kritik *(Kritik Stigmatisierung, Gesundheitssystem, gesellschaftlicher Wirkungsraum).* Bei den Betroffenen-EX-IN äussert sich dies durch die erlebte und nach wie vor vorhandene Stigmatisierung. Insbesondere werden diese im Kontext von sozial geprägten Interaktionen, welche sich im öffentlichen Raum abspielen, wahrgenommen. Dies äusserte sich z.B. in Form von

nicht grüssen, auslachen, den Kopf wegdrehen und Nichtbeachtung in Gesprächen. Auch die gestellte Diagnose hat eine Betroffene inner- und aussehalb der Institution als sehr isolierend und genesungsverzögernd erlebt. Die Diagnose hat *„(...) mich jahrelang isoliert von allen anderen Kranken. Niemand ist zu einer Schizophrenie gestanden in der Psychiatrie. (...) eine Depression, ja das war gängig, das war akzeptiert in der Gesellschaft, aber Schizophren ist ganz schlimm“* (B. EX-IN 1). Diese Kritik ist weniger auf die gestellte Diagnose zu beziehen, sondern vielmehr auf den sozialen Umgang mit dieser.

Eine weitere Stigmatisierung wird an den Standorten der stationären Institutionen festgemacht, welche sich oft ausserhalb von gesellschaftsrelevanten Strukturen (Städte, Gemeinden) befinden: *„(...) die Klinik X [ist] immer noch (...) ein wenig abgelegen, damit die Leute möglichst nicht gestört werden von uns Gestörten“* (B. EX-IN 1). Dies leistet einen Beitrag zur Stigmatisierung. Ein Profi kritisiert diesen Punkt ebenfalls, verknüpft dies aber mit den gesellschaftlichen Vorgaben. Vor 125 Jahren hat man die Kliniken sehr bewusst an die Grenzen gesetzt. Niemand möchte mit der Psychiatrie etwas zu tun haben, dennoch besteht die gesellschaftliche Erwartung, dass die Psychiatrie im Notfall da ist, also insbesondere dann, wenn nichts anderes mehr funktioniert.

Unterschiede: Die Betroffenen EX-IN kritisieren den *persönlichen Autonomieverlust*, welcher sich als Beschädigung und Einschränkung der Autonomie beschreiben lässt. Insbesondere der FFE wird als dramatisch empfunden und von einer Betroffenen EX-IN wie folgt beschrieben: *„(...) von diesem Moment an, wo ich diesen FFE hatte, habe ich gedacht, so jetzt bist du ausgeliefert. Von da an war es fertig mit eigener Meinung, fertig mit entscheiden“* (B. EX-IN 1). Das Gefühl, dass die Beurteilung der Fremd- und Selbstgefährdung einseitig von den Professionellen erfolgt, trägt ebenfalls zum Autonomieverlust bei. Generell wird eine Einschränkung bezüglich der Entscheidungsfähigkeit (z.B. Gefährdungseinschätzung) und der Wahlfreiheit (z.B. Therapiewahl: Was & Wer) empfunden. Im Weiteren wird von ihnen kritisiert, dass sich immer die gleichen Leute für Recovery interessieren.

Eine Erklärung dazu, könnte die *Kritik der fehlenden Aufarbeitung & Reflexion* der Professionellen sein, welche die institutionelle Veränderung durch Recovery & Peer-Arbeit nicht nur als einfach bezeichnen. Die jetzige Entwicklung verlangt, dass sich die Profis den ehemaligen Handlungen stellen und die eigene Betroffenheit darüber reflektieren. Ob grössere Veränderungen, ohne eine institutionelle und professionelle Aufarbeitung der Vergangenheit,

möglich sind, wird in Frage gestellt: *„(...) diese überschlagende Entwicklung ist nicht nur einfach, (...) ich weiss ja, wie ich vor 25 Jahren gehandelt habe. Da gibt es einen Schuldkorridor (...). Den kriegt man natürlich schnell los, wenn man anderes schön wegschiebt. (...) insofern gibt es da einfach eine Hilflosigkeit (...)* (P.1). Die heutige Ausbildung wird ebenfalls in Frage gestellt, welche das Schwergewicht auf die Theorie legt und angehende Psychiatriefachleute sehr global ausbildet. Die Denkstil-Bildungen prägen das Handeln in der Praxis, Veränderungen müssten demnach bereits in der Ausbildung angegangen werden.
Die Angehörigen *kritisieren den Umgang* mit ihnen, innerhalb des professionellen Helfersystems (Ambulant, Stationär, aber auch z.B. das Teilsystem Schule). Dies wird beschrieben als ständiger Kampf, dass man als Familie nicht entmündigt wird: *„(...) ich habe ganze Strategien entwickelt, wie ich mit diesem Druck umgehe, dass man mich nicht anfängt zu bevormunden als Mutter, (...) dass wir da nicht entmündigt werden als Familie“* (A.1). Die Angehörigen wurden im institutionellen Rahmen mehr als Hindernisse, denn als potenzielle Ressource wahrgenommen und über Entscheide nicht oder nur ungenügend informiert. Generell liegen die Kritikpunkte bei den Betroffenen und Angehörigen länger zurück.

Kontrastierung: Round-Table II und Experteninterview

Verdichtung: Die Aussagen des Experten bezüglich der Kritikpunkte führen zu einer pointierten Verdichtung der Kategorien der Professionellen. Als Kritik werden *Hindernisse* und *Konzepte und Theorien & Therapie* und *Behandlung* beschrieben. Als hinderlich wird das Unwissen darüber gesehen, wie, durch was oder weshalb psychische Krankheiten überhaupt ausgelöst werden und wie sie behandelt werden sollen: *„(...) das grosse Hindernis, um einer psychischen Krankheit entgegentreten zu können ist, dass man in der breiten Psychiatriewelt die psychische Krankheit nicht* versteht“ (Experte [E.]). Man muss ein Verständnis für die Krankheit entwickeln, Prozesse und Faktoren verstehen, ansonsten dreht man sich weiterhin im Kreis. Dazu braucht es, neben den pathologischen Theorien und Konzepten, neue Ansätze. Bestehendes muss auch in Frage gestellt werden: Müssen, sollen und wollen die Leute überhaupt gesund werden und was heisst das genau? Der Fokus in der Therapie und Behandlung liegt überdies auf der Medikalisierung (unterstützt durch die Pharmaindustrie), was eine Neudefinierung zusätzlich erschwert. Kritisiert wird auch das Konzept der geschützten Werkstätten, respektive Arbeitsplätze. Es besteht die Erwartung, dass die Leute ihr Selbstwertgefühl wieder aufbauen und ihre Integrationsfähigkeit verbessern. Diese insti-

tutionelle Isolation stellt aus Expertensicht eine weitere Stigmatisierung für die Betroffenen dar. Ein weiteres Hindernis wird bei den Professionellen und der Ausbildung festgemacht. Fehlende Empathie, fehlendes Vorstellungsvermögen über Panik, Angst und Prozesse und kein verstehender Zugang im Generellen. Es besteht wenig Mut, die eigene Sozialisierung zu überschreiten und über das eigene Wissen hinauszugehen. Wissen zu verinnerlichen, ohne dass man es erlebt hat, setzt ein hohes schulisches Niveau voraus. Hier braucht es Veränderungen, auch in der Ausbildung. Grundsätzlich wissen die Professionellen immer noch besser, wie es (die Behandlung) geht und die Abhängigkeit und Willkür ist nach wie vor gross.

Ergänzung: Der Experte äussert sich gegenüber dem Einbezug von Betroffenen und dem Recovery-Konzept eher kritisch, im Sinne von *fehlenden Strukturen.* Mit den vorhandenen Strukturen kann der Einbezug von Betroffenen auch kontraproduktiv sein. Für ein wirklich konstruktives einbeziehen von Betroffenen braucht es andere Dimensionen, die man so noch nicht kennt. Psychoedukation wird eher als hierarchisch wahrgenommen, was die Stigmatisierung, nicht aber den Einbezug unterstützt. Der Einbezug des Recovery-Konzept wird als wichtig erachtet, da die Diskussion, was es für ein selbstbestimmtes Leben braucht, in der Psychiatrie fehlt. Das Gesund werden (Remission) steht immer noch im Vordergrund. Das *einseitige Interesse* der Politik und der Forschung wird ebenfalls kritisiert. Fallkostenpauschalen (Berechnungsgrundlage/Fall) in der Psychiatrie sprechen eher gegen Recovery. Dies lässt sich auf politische Entscheidungen zurückführen, welche sich am medizinisch-pathologischen Denken orientieren, was wiederum die Pharmaindustrie stützt. Allgemein wird weniger Geld für neue Forschungsansätze (z.B. Subjektives zu Objektivieren) oder für neue Konzepte (z.B. Resilienz) bereit gestellt.
Einige der Betroffenen EX-IN *kritisieren die Definition* (Anhang A)*,* welche im Round-Table als Diskussionsgrundlage diente. Grundsätzlich fühlt man sich in der Aussage der Definition nur teilweise verstanden, insbesondere was die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen betrifft. Alle, nicht nur psychisch erkrankte Menschen, haben Grenzen. Die Begriffe Grenzen und Genesung werden deshalb auch als unklar empfunden. Eine Formulierung, eine fixe Definition ist schwierig, weil die Prozesshaftigkeit von Recovery verloren geht. Recovery wird mehr als seelische Erschütterung empfunden, als lebendig und wenig statisch. Als typisch wird empfunden, dass die Definition von einem Experten geschrieben ist. Es werden

jedoch vorgegebene *Grenzen kritisiert*, welche krank machen können: Arbeitslosigkeit, die geforderte Flexibilität und Schnelligkeit auf dem Arbeitsmarkt, zu wenig oder keine IV (Rente der Invalidenversicherung) zu erhalten und die sehr an naturwissenschaftlichen Fakten ausgerichtete Gesellschaft. Die Betroffenen EX-IN üben ausserdem *Kritik an der Peer-Arbeit & EX-IN*, welche weniger inhaltliche, sondern vielmehr strukturelle Punkte betreffen. Peers arbeiten oft neben den Profis und geben ihr innerstes Preis, ohne dafür entlöhnt zu werden. Eine Betroffene formuliert dies so: *„Da kommen Fachleute an Veranstaltungen, also zu ihrem Lohn während der Arbeitszeit und wir Betroffene hocken vier Stunden an der Sitzung (...) geben unser Innerstes preis und bekommen nicht einen Fünfer“* (B. EX-IN 3). Man stellt überdies grosse Unterschiede bei den EX-IN Praktikumsplätzen fest. Eine Betroffene fühlte sich wie bestellt und nicht abgeholt. Eine weitere Schwierigkeit sieht man im Übergang von der IV in eine mögliche Selbstständigkeit als Peer-Arbeitende. Entweder ist man krank und erhält eine Rente oder man ist gesund und erhält keine. Die Vorstellung, keine IV mehr zu haben und wieder krank zu werden, ist für die Betroffenen EX-IN ein grosses Problem, welches gelöst werden muss. Die Orientierung am Konzept von Gesund oder Krank wird deshalb sehr kritisiert, insbesondere weil es dem Recovery-Prozess nicht gerecht wird.

3.3.2 Vision

Frage: Welche Visionen haben die Befragten, damit zukünftig eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen besser gelingt?

Gemeinsamkeiten: Die Visionen sind gekennzeichnet durch viele Gemeinsamkeiten. Die Betroffenen EX-IN und die Professionellen haben die Vision von *mehr Mitsprache & Mitbeteiligung* und *Partizipation & Ermächtigung*, welche sich in unterschiedliche Ebenen einteilen lässt: Auf der individuellen Ebene wünschen sich die Betroffenen mehr Mitsprache bei der Therapie und Behandlung, was nicht nur mit Barrieren im professionellen, sondern auch mit dem Versicherungssystem (z.B. Krankenkasse) in Zusammenhang gebracht wird. Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht, welches 2013 in Kraft tritt, erhoffen sich die Professionellen ausserdem mehr Selbstbestimmung für die Betroffenen, z.B. durch die vertraglich festgelegte Patientenverfügung (Berücksichtigung des Willens der Betroffenen in der Behandlung) und durch die Vorsorgevollmacht (Vertrauensperson, welche sich um die persönlichen und finanziellen Angelegenheiten kümmert). Man wünscht sich starke und mächtige Betrof-

fene und eine Veränderung der Machtverhältnisse zwischen Profis und Betroffenen. Auf institutioneller Ebene könnte man mit Qualitätsbeurteilungen (über die Behandlung), die Mitsprache der Betroffenen ebenfalls stärken. Damit die Vision von starken und mächtigen Betroffenen Wirklichkeit wird, braucht es auf der gesellschaftlichen Ebene auch ein Umdenken. So äussert ein Professioneller dazu: *Die „(...) Überwindung der Polarität gesund/krank. Das finde ich mehr von einer pathogenetischen Sichtweise, [es braucht] also mehr von einer salutogenetischen Sichtweise. (...) das ist noch eine gesellschaftliche Entwicklung“* (P.2).
Alle Positionen haben die Vision von *Recovery & (bezahlter) Peer-Arbeit* in- und aussserhalb der Institutionen. Die Betroffenen EX-IN sehen sich in der direkten Basisarbeit, wo sie ihre Erfahrungen und Ressourcen in der Peer-Arbeit einbringen können. Peer-Arbeit wird als Substrat und Hoffnungsträger für die Bewältigung der Krise gesehen. [Wir müssen uns] *„(...) gegenseitig unsere Hilfe anbieten in schwächeren Zuständen, wo wir selber wissen, da war ich auch mal und hier möchte ich Gemeinschaft anbieten, damit der andere nicht so verdammt alleine ist. (...) [ich] kann jemand unterstützen, der sonst von niemandem verstanden wird“* (B. EX-IN 1). Die Professionellen wünschen sich, dass Recovery- und Peer-Arbeit institutionell umgesetzt und ausgebaut wird und, dass das Recovery-Wissen sinnvoll in den Institutionen integriert, wertgeschätzt und folgerichtig entlöhnt wird. Die Erkenntnisse, Gedanken, Handlungsanleitungen sollen genutzt und eingesetzt werden. Von den Angehörigen wird dies mit dem Wunsch ergänzt, dass es künftig Angebote gibt, wo z.B. Peer-Mütter nach Hause kommen, im Sinne von Ansprech- und Begleitpersonen, welche eine Alternative zur Klinik darstellen können. Auch sollte die Psychiatrie-Spitex ausgebaut werden. Die Peer-Arbeitenden und jene die sich für Recovery einsetzen, sollen institutionelle und gesellschaftliche Vorbilder sein und damit zum Umdenken anregen: „*Es sind Vorbilder. Wenn jetzt bei mir eine Mutter gekommen wäre, die das auch schon durchgemacht hätte, die wäre auch ein Stück Vorbild. (...) das sind diese Leute, wo wir brauchen. Wir müssen Leute ermutigen, auch eine Vorbildfunktion zu übernehmen. Darum finde ich diese Ausbildung (EX-IN) so fantastisch“* (A.1).
Unterschiede: Eine *Vision* der Betroffenen EX-IN lässt sich an der *Entstigmatisierung* festmachen. Die beiden Betroffenen EX-IN, welche bereits als Peer-Arbeiterinnen tätig sind, haben viele Ideen, wie diese beseitigt werden könnte. Sich in der Öffentlichkeit zeigen, heraustreten und zur eigenen Erfahrung stehen. Es braucht eine Präsenz der Betroffenen im

öffentlichen Raum, um so mit Vorurteilen aufzuräumen. Eine psychische Beeinträchtigung oder eine Krise, soll als normal gelten. Die Betroffenen müssen es *„(...) bis an die vorderste Front heraustragen (...), nicht einfach versteckt, dass er eigentlich in der Psychiatrie war (...) dass er eigentlich eine Krankheitsdiagnose hat. Sondern (...) heraustreten, dass das eigentlich stinknormal ist, wie ein Armbruch. Was wollen wir hier eigentlich für ein blödes Affentheater machen“* (B- EX-IN 1).

Die Profis sehen als *Vision innovative Handlungsmodelle,* welche mehr angedacht, als ausformuliert sind. Insbesondere sehen sie bei der Finanzierung einen sozialpolitischen Handlungsbedarf, welcher ermöglichen sollte, mehr subjekt- statt objektbezogen zu behandeln und zu begleiten. Es geht um die Verteilung von Ressourcen und mehr Nachhaltigkeit. Welche, ist nicht genau definiert.

Visionär denken, handeln & behandeln, dies ist die Vision der Angehörigen. Dazu gehört z.B. ein bedingungsloses Grundeinkommen, welches sowohl für die Betroffenen, als auch für die Angehörigen eine Entlastung bringen würde. Auch sieht man einen Handlungsbedarf in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, wie z.B. in der Schule, die sehr defizitorientiert ausgelegt ist und für Jugendliche in einer Krise wenig Verständnis zeigt. Es sollte mehr ressourcen- und lösungsorientiert gedacht und gehandelt werden, was sich im Krisenfall auszahlt. Um diese Peer-Arbeit und Recovery voranzutreiben, braucht es visionäres Denken. In der Behandlung wünscht man sich weniger schwarz-weiss Denken und mehr konstruktive Beziehungsarbeit. Eine Angehörige schlägt vor, dass nicht nur die Betroffenen, sondern auch ganze Teams einen Recovery-Prozess machen könnten. Im Sinne von zurückschauen und reflektieren. Dies könnte zur Verbesserung der individuellen und institutionellen Handlungen beitragen.

Kontrastierung: Round-Table II und Experteninterview

Verdichtung: Eine Verdichtung zeigt sich bei den Betroffenen, die ebenfalls die Vision von *Recovery, Peer-Arbeit & EX-IN* formulieren. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollten zu Papier gebracht und veröffentlicht werden. Man soll sich in der Arbeit gegenseitig stärken und Mut machen. Sie wünschen bei der Realisierung von Recovery und der Peer-Arbeit vermehrt die Unterstützung der Professionellen, unter anderem auch von Sozialarbeitenden.

Peers auf den Stationen, Peers in Anlaufstellen oder als Brückenbauer/innen zwischen der Klinik und dem zu Hause des Betroffenen, so stellt man sich dies künftig vor.
Mit der Kritik an bestehenden Theorien und Konzepten wird gleichzeitig die *Vision Forschung & Entwicklung (neuer Konzepte) in der Psychiatrie* vom Experten formuliert. Die Orientierung an der Paraplegie und die Einschätzung, dass Recovery ein zukunftsweisender Prozess in der Psychiatrie darstellt, wird vom Experten geteilt. Die gelingende Operationalisierung des Konzeptes ist wichtig für die weitere Entwicklung und Akzeptanz. Die generelle Kritik an der Psychiatrie, wird als positiv aufgefasst und als förderlich für die Recovery-Diskussion.
Ergänzung: Der Experte wünscht sich eine *gesellschaftliche Integration,* welche sich vor allem über den ersten Arbeitsmarkt abspielt. Die Stärkung der eigenen Rolle findet im Arbeitsprozess und in der Gesellschaft statt. Eine Arbeit, welche auch an gewisse Leistungsanforderungen gebunden ist, fördert das Selbstverständnis und das Selbstvertrauen. Firmen, welche Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung anstellen, sollen künftig eine Beratung und ein Coaching erhalten, damit Vorurteile und Unsicherheiten im Umgang mit den Betroffenen beseitigt werden können. Die formulierten Hindernisse bei der Kritik sind, bezüglich *der professionellen Fähigkeiten und Kompetenzen,* verbunden mit der *Vision eines Paradigmenwechsels.* Auswahlkriterien für die Ausbildung müssen angepasst und verfeinert werden. Werthaltung und Grenzen sollen in der Ausbildung reflektiert und bearbeitet werden, was eine Wissensvermittlung in neuen und anderen Dimensionen verlangt. Professionelle sollen künftig diese Komplexität erfassen, verstehen, zuhören und Bestehendes hinterfragen können. Institutionell könnte man mit mehr Hotellerie, mehr Schutznischen und durch das wohnlichere Gestalten der Psychiatrie auch einen Beitrag zur Verbesserung und Akzeptanz der Psychiatrie leisten.
Die Betroffenen EX-IN formulieren bezüglich der *Vision Therapie & Behandlung* klare Vorstellungen: Die Inhalte der Psychose sollen gelebt und thematisiert werden, allenfalls in Ergänzung mit biographischer Arbeit. Auch wird gewünscht, dass man eine Psychose ohne Medikamente durchleben kann oder man eine wirkliche Wahlfreiheit diesbezüglich hat. Man möchte weg vom medizinisch-defizitorientierten Bereich. Vielmehr soll es eine Suche vom Wahn zum Sinn der Erkrankung sein. Übergänge, wie Ein- und Austritte aus der Klinik, sollen fliessender gestaltet werden. Hier wird die Peer-Arbeit als mögliche Vermittlerin gese-

hen. *Vision Finanzierung*: Es wird ein Modell gewünscht, dass die IV mit der Peer-Arbeit verknüpft und so den Weg in die Selbstständigkeit oder Erwerbsarbeit fördert. Man wünscht sich weniger Begleitung und Bevormundung durch das Sozialamt und durch die IV und mehr finanzielle Sicherheit, als wichtige Säule zur Unterstützung eines Recovery-Prozesses. Ein Grundeinkommen würde aus Betroffenensicht vieles vereinfachen.

3.3.3 Realität

Frage: Was gibt es in der Handlungspraxis, das eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen erleichtert?

Gemeinsamkeiten: Was die Realisierung anbelangt, sind sich die Befragten bezüglich der folgenden Themen einig: *Neue & innovative Unterstützungsangebote*, die *(institutionelle) Umsetzung von Peer-Arbeit & Recovery* und die *Unterstützung [der Peer- & Recovery-Arbeit] durch Professionelle.* Die Betroffenen EX-IN erzählen von Trialog- und Selbsthilfegruppen, einer Recovery-Gruppe in einer Berner Klinik, Psychoedukations-Angeboten, Peer-Arbeit und EX-IN: *„Wir haben im Bollwerk eine Schweizerkarte (...) für jede Selbsthilfegruppe die es gibt. Diese Karte ist wirklich voll“* (B. EX-IN 2). Die Peer-Arbeit befindet sich laut einem Profi in der Realisierungsphase und stösst innerhalb der Institutionen auf sehr gute und positive Resonanz. Praktikumsplätze für EX-IN zu finden, stellt kein Problem dar. Es gibt sehr wenig institutionellen Widerstand. Die Peer-Arbeit und EX-IN werde auch vermehrt von Professionellen unterstützt, welche sich z.B. im Vorstand EX-IN und in den Institutionen engagieren. Auch in anderen Kantonen sind Peer-Pilotprojekte am Laufen. Die Anstellung von einer psychiatrie-erfahrenen Person wird auf einer Station diskutiert. Eine Betroffene betont, dass der damalige Chefarzt sie für den Recovery-Weg motiviert und ihr erste Aufträge in der Peer-Arbeit vermittelt hat (Podiumsgespräche, Weiterbildungen mit Ärzten, Vorträge): *„(...) weil er mich in der Einzeltherapie gehabt hat, (...) hat er gefunden, ich hätte das Zeug für so etwas. Und ich sei eigentlich intellektuell unterdoziert [unterdotiert] (Anm. der Autorin) mit abwaschen und kochen (...) an meinem Arbeitsplatz. Er hat mir diesen Anstoss gegeben, (...) einen wahnsinns Kick, (...) energetisch* (B. EX-IN 1). Generell werden viele positive Veränderungen im öffentlichen Raum und in den Institutionen festgestellt. Die Klinik wird als Ort bezeichnet, welcher auch „(...) *positive Unterstützung für Entwicklungsprozesse“* (B. EX-IN 1) geben kann. Die Angehörigen stellen eine grosse Veränderung der

Angebote in den letzten 10 Jahren fest, neue ambulante Angebote, wie Psychiatrie-Spitex und Hausbesuche, welche einen Trend eher weg von der Klinik andeuten. Eine Angehörige sagt über den trialogischen Round-Table: *„(...) darum bin ich auch sehr gerne gekommen, (...) das finde ich absolut spannend. Das ist für mich Realisierung“.*

Unterschiede: Die Professionellen nehmen eine generelle *Offenheit und Bewegung innerhalb der Institutionen* wahr, was sich mit den oberen Aussagen deckt, jedoch im Organisationskontext eingebettet ist und deshalb als Unterschied aufgeführt soll. Diese Offenheit und Bewegung lässt sich in den drei Organisationsdimensionen *Strategie, Struktur und Kultur* abbilden.

Strategie: In einer Institution geht man dazu über, dass aus der stationären Behandlung heraus, weiterführend Hausbesuche gemacht werden, da man weiss, dass nach dem Austritt für die Betroffenen die schwierigste Zeit kommt. Die Erweiterung des Arbeitskontextes für die Professionellen wird mit einem Weiterbildungsmodul unterstützt, um vorhandene Ängste abzubauen. Für stationär arbeitendes Personal ist dieser Kontextwechsel eine grosse Herausforderung, die jedoch mit dem notwendigen Support gelingen wird. Die Klinik kommt weg von starren Konzepten. Darum braucht es Werkzeugkoffer, die flexibel zu bedienen sind.

Struktur: Generell findet eine Bewegung hin zur Dezentralisierung statt, was mit den strukturellen und kulturellen Veränderungen harmoniert. Die Verantwortung wird nach unten in die Teams delegiert. Man geht weg vom Berufsgruppendenken, hin zu einem interdisziplinären Behandlungsteam. Fallführungen werden aufgrund von Kompetenzen erteilt und nicht mehr aufgrund von hierarchisch festgelegten Positionen. So kann auch ein/e Sozialarbeiter/in die Fallführung übernehmen, wenn finanzielle oder soziale Aspekte im Vordergrund stehen.

Kultur: Grundsätzlich nimmt man einen Willen und eine Offenheit für die oben genannten Veränderungen wahr. Das neue Führungsverständnis, die Verantwortung möglichst dem Team zu übergeben, wird sehr geschätzt. Die hierarchische Ebene dient mehr als Sicherungs- und Beschwerdesystem.

Hilfe durch Selbsthilfe. Fehlende Angebotsstrukturen ausserhalb der Klinik, haben die Angehörigen veranlasst, selber aktiv zu werden. Selbsthilfegruppen für Angehörige sind entstanden und ganze Vernetzungsstrukturen aufgebaut worden, die sich im Krisenfall gegenseitig unterstützen. Über die Jahre hinweg hat eine Angehörige ein ganzes Beziehungsnetz

für den Krisenfall aufgebaut: *„(...) wir haben uns ein Team zusammengestellt, das haben wir seit Jahren und ich kann jederzeit darauf zurückgreifen, wenn es eine Krise gibt".*

Kontrastierung: Round-Table II und Experteninterview

Verdichtung: Der *Wandel in der Psychiatrie* wird vom Experten ebenfalls wahrgenommen. Die Forschung hat ermöglicht, ehemalige Handlungen im historischen Kontext zu verorten, Zusammenhänge herzustellen und diese aufzuarbeiten. Viele Professionelle mit langjähriger Erfahrung, haben sich erfolgreich gegen veraltete Strukturen gewehrt. Es gibt eine grosse Offenheit gegenüber Veränderungen, ein Wandlungsprozess, bei dem einige Gefahren beachtet und modifiziert werden müssen. Der Wille, sich mit dem Recovery-Konzept auseinanderzusetzen ist, zumindest in gewissen Kreisen, da. Man sucht auch die Vernetzung mit Betroffenenorganisationen wie der Pro Mente Sana. Aus Expertensicht ist dies ein Anfang von Recovery und von Peer-Arbeit, die mindestens noch 20 Jahre braucht, bis eine wirkliche Veränderung in der Praxis feststellbar ist. Insbesondere sieht man auch die unterschiedlichen Traditionen der USA (Ursprung des Konzeptes) und der Schweiz bei der Mittelbeschaffung als Grund für die langsame Entwicklung: Die Recovery-Forschung in den USA wird mit Geldspenden von Kirchen und privaten Universitäten stark unterstützt und vorangetrieben, auch wenn zurzeit noch keine nachweisbaren Ergebnisse vorhanden sind.

Ein Betroffener EX-IN erzählt von seinem eigenen Angebot (Windhorse), welches er auf dem freien Markt anbietet. Aktuell hat er einen Klient, welchen er wöchentlich zu Hause aufsucht und nach seinen Bedürfnissen unterstützt. Der Fokus liegt auf der Selbstheilung und dem Selbstheilungspotenzial. Neu gibt es auch die Webseite assis.ch, die unter anderem Psychiatrie-Erfahrene als Assistenten vermittelt. Diese kommen, je nach Bedarf und Bedürfnissen zu den Betroffenen nach Hause und leisten praktische Lebenshilfe und Unterstützung. Bezahlt wird dies teilweise über die Hilflosenentschädigung. Ausserdem entsteht zurzeit ein Recovery-Netzwerk Schweiz, welches von Erfahrenen und Professionellen aufgebaut wird.

Ergänzung: Die Betroffenen EX-IN berichten, von *Bewältigung, Akzeptanz & Strategien* im Umgang mit ihrer Krankheit und/oder Genesung. Recovery wird als grosse Chance beschrieben, Kräfte freizusetzen und so ein fliessender Übergang in die Gesundung zu ermöglichen. Akute Psychosen werden bei einem Betroffenen EX-IN über kurze Zeit mit starken

Medikamenten behandelt, was ihm persönlich zu einer schnelleren Genesung verhilft. So wird von einer kompletten Erholung zwischen den Schüben berichtet. Man kann den Arbeits-Alltag sehr gut bewältigen und kennt, während dieser Zeit, keine Grenzen in Bezug auf die Erkrankung. Die seelischen Krisen werden generell heute von allen Betroffenen EX-IN als positiv, als Erkenntnisgewinn gesehen. Man versucht hinzuschauen, zu den eigenen Schwächen zu stehen, will verstanden werden, ohne aber verdrängen zu müssen.
Der Experte berichtet von institutionellen Umsetzungen, *das neue Formen des professionellen Lernens & Denkens* beinhaltet. Die Verantwortungsübernahme, die Selbstreflexion und Selbsteinschätzung der Professionellen werden überprüft. Die Einführung eines internationalen Klassifikationssystems (ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (Anm. der Autorin), welches sich an den Ressourcen und der Partizipation der Betroffenen orientiert, verlangt ein Umdenken der Professionellen. Die Eigenverantwortung, gebunden an ein selbstbestimmtes Leben steht im Vordergrund. Im Weiteren gibt es bereits Firmen, welche Betroffene anstellen, sie im Krisenfall unterstützen und so die ständige Furcht vor einem Arbeitsplatzverlust aufgefangen.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse in einem theoretischen Kontext diskutiert und bewertet.

3.4 Diskussion der Ergebnisse

An dieser Stelle werden die Grundsätze im Berufskodex Soziale Arbeit (Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung), respektive die zu Beginn der Arbeit formulierten Arbeitshypothesen (Kapitel 1.2) wieder aufgegriffen. Die Schlussfolgerungen aus der Theorie und Empirie zeigen auf, dass die Grundsätze der Sozialen Arbeit mit den Forderungen der Recovery-Bewegung, dem Trialog und EX-IN konsistent sind. Exemplarisch dienen drei Arbeitshypothesen (Gleichbehandlung, Selbstbestimmung und Partizipation) als Diskussions- und Bewertungsgrundlage, welche als Handlungsleitlinien an die Adresse der Professionellen formuliert werden (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 209): Zum einen wird geprüft, welche Erkenntnisse aus der Theorie (und Forschung) mit den Ergebnissen der Empirie korrespondieren, zum anderen, welche Faktoren die Gleichbehandlung, die

Selbstbestimmung und die Partizipation der Betroffenen und der Peer-Arbeit (EX-IN) eher fördern oder behindern.

Diese Überprüfung ist an die Idee des reflexiven Abgleichs angelehnt, welcher das In-Beziehung-Setzen von theoretischen Konzepten (Recovery und Trialog) und der Fallpraxis (eruierte Fallthemen der Befragung) beabsichtigt. Es ... „gilt im Abgleich zu explizieren, ob die Fallpraxis und ihre Themen mit dem gewählten Konzept in dem Sinne korrespondieren, dass die angenommenen Handlungszusammenhänge in Begründungszusammenhängen eine Entsprechung finden“ (Weber & Stiehler, 2010, S. 192). Der Kreis schliesst sich insofern, da der Abgleich ebenfalls von einem heterarchischen Verständnis von Wissenschaft und Praxis (Kapitel 3.1.3) ausgeht und die theoretischen Erkenntnisse und die Fallthemen als Gleichwertig betrachtet.

3.4.1 Gleichbehandlung

Grundsatz der Gleichbehandlung: Um zu erreichen, dass Betroffene als Menschen wahrgenommen und nicht an ihrer (momentanen) Leistung, ihren Verdiensten oder moralischen Verhaltensweisen gemessen werden, ist die Beachtung der Menschenrechte als normative Handlungsgrundlage im professionellen sozial-psychiatrischen Kontext zentral.

Förderung der Gleichbehandlung: Die Menschenrechtskonvention hält z.B. in Art. 23 das Recht auf Arbeit fest. Ein Grossteil der Betroffenen EX-IN teilt die Vision, mit Peer-Arbeit im ersten Arbeitsmarkt tätig sein und einen Teil ihres Auskommens als selbständig Erwerbende verdienen zu können, ohne dabei die Sicherheit der IV zu verlieren. Mit der Vision eines bedingungslosen Grundeinkommens, wären die Übergänge in die Selbständigkeit von mehr Sicherheit geprägt und besser möglich. Watkins schreibt in Bezug zur sozialen Teilhabe, dass es nicht ausreichend ist, wenn die Psychiatrie allenfalls gesellschaftliche Diskriminierung benennt, ohne sich jedoch sozialpolitisch zu engagieren und für Veränderungen im sozialen Bereich einzusetzen (vgl. Watkins, 2009, S. 168). Der befragte Experte sieht in der Arbeitsmarktintegration ebenfalls den Schlüssel zur gesellschaftlichen Integration und Gleichbehandlung und hat die Vision, dass Menschen nach einer Krise möglichst schnell wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Dies korrespondiert mit einer Forschungsanalyse, welche die in der Literatur meistgenannten förderlichen Faktoren für Reco-

very zusammenfasst. Neben anderen Faktoren (z.B. Hoffnung und Kontrolle), sind dies die aktive Teilnahme am Arbeitsprozess, die soziale Einbeziehung und die äusseren Umweltfaktoren (vgl. Amering & Schmolke, 2009, S. 101). Sowohl aus der Theorie, als auch aus der Empirie ist klar ersichtlich, dass das Eingebunden sein in soziale Beziehungen, die Möglichkeit zu arbeiten oder sich auszubilden, gebunden an persönliche Verantwortungsübernahme, Recovery-Prozesse positiv beeinflussten.

Behinderung der Gleichbehandlung: Stark kritisiert wird von den befragten Professionellen und den Betroffenen EX-IN, die Tagesstrukturen und Werkstätten, welche auf eine gesellschaftliche Re-Integration und auf die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt abzielen. Aus Sicht der Befragten wird dadurch die Isolation gefördert und die Stigmatisierung und Diskriminierung zusätzlich gestärkt. Selbst wenn sich Professionelle und die Betroffenen EX-IN über einen Handlungsbedarf in diesem Bereich einig sind und sogar die neue IV-Revision eine vermehrte Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt postuliert (Kapitel 1.1), kann die Tatsache, dass Arbeitgebende wenig bis gar nicht interessiert sind, Menschen aus der IV anzustellen, nicht ignoriert werden. Dass die Einsparungen der IV vermehrt auch Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung treffen, ist anzunehmen und, wie betroffenennahe Organisationen schreiben, unakzeptabel und unsozial (Kapitel 1.1). Damit Hilfe zur Selbsthilfe und Verantwortungsübernahme gelingen, müssen demnach die notwendigen finanziellen Mittel und Strukturen bereitgestellt werden. Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung erfahren nach wie vor grosse Stigmatisierungen in Bezug auf ihre Kompetenzen und Fähigkeiten oder werden bei der Arbeits- und Wohnungssuche diskriminiert (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 71).
Die Menschrechte bilden laut dem Berufskodex eine allgemeine normative Handlungsgrundlage für die Professionellen in der Sozialen Arbeit. Somit dienen sie als Massstab und Referenzrahmen zur Zielerreichung (z.B. Verbot der Diskriminierung), aber auch als Instrument, zur Durchsetzung der Rechte von psychisch beeinträchtigten Menschen (z.B. Recht auf Arbeit).

3.4.2 Selbstbestimmung

Grundsatz der Selbstbestimmung: Um das Wohlbefinden von psychisch beeinträchtigten Menschen unter Einhaltung der bestehenden Rechtsordnung zu stärken und die Chance auf

eine Genesung zu erhöhen, setzen sich die Professionellen im sozial-psychiatrischen Kontext für mehr individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Selbstbestimmung ein.

Förderung der Selbstbestimmung: Mit der Einführung des neuen Erwachsenenschutzrechtes (2013) sieht der Gesetzgeber vor, die Betroffenen unter anderem mit der Patientenverfügung und dem Vorsorgerechtsauftrag (Kapitel 3.3.2) in ihrer Selbstbestimmung zu stärken. Diese Hoffnung wird insbesondere von den Professionellen geteilt (K. 1.2), jedoch mit dem Verweis, dass nicht das Gesetz zu mehr Selbstbestimmung führt, sondern die Anwendung und der Umgang in der Handlungspraxis, welcher künftig insbesondere bei einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) beachtet werden muss. Wie anfangs dargelegt (siehe Kapitel 1.1), begrüsst Pro Mente Sana die schweizweite Gleichbehandlung in Bezug auf die fürsorgerische Unterbringung, welche vom Gesetzgeber eine einheitliche Regelung für die Behandlungen ohne Zustimmung garantiert, kritisiert jedoch die Sonderlösungen für psychisch kranke Menschen (z.B. die Möglichkeit zur Einführung von ambulanten Zwangsmassnahmen), die nach wie vor diskriminierend sind (vgl. Pro Mente Sana, 2006, Stellungsnahmen/Medien, ¶ 5). Neben der Frage, wie ambulante Zwangsmassnahmen durchgesetzt werden, geraten die Ärzte und Ärztinnen, die primär die Kooperationsbereitschaft mit dem Patienten suchen unter Druck. Auch besteht die grosse Gefahr, dass die Betroffenen aus Angst vor Zwangsmassnahmen vielleicht keine ambulante Hilfe in Anspruch nehmen.

Forschungsresultate zeigen auf, dass das subjektive Erleben von Zwang mehr an der Behandlung, der Therapie und dem Umgang mit den Betroffenen und weniger am formal rechtlichen Status einer Zwangsmassnahme festgemacht werden kann (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S.45). Es hängt also auch wesentlich davon ab, wie Professionelle den Betroffenen begegnen und nicht nur unter welchen Voraussetzungen (Zwang oder Freiwilligkeit). Dies korrespondiert mit den Aussagen der Betroffenen EX-IN und den Angehörigen, die in erster Linie das Verhalten von Professionellen bei Zwangsbehandlungen kritisieren und erst in zweiter Linie die Anordnung der rechtlichen Massnahme (K. 3.3.1). Das Dilemma der Professionellen, zwischen Hilfe und Kontrolle, kann mit einer verständigungsorientierten Haltung und der Reflexion der Machtthematik, (K. 2.3.3, Abb. 4 & 2.5) zwar nicht beseitigt werden, jedoch wird die Selbstbestimmung bei den Betroffenen unabhängig vom rechtlichen Status gefördert. Ausserdem wünschen sich die Betroffenen folgende selbstbestim-

mungsfördernden Möglichkeiten, welche den Recovery-Prozess unterstützen: die Inhalte der Psychose auf Wunsch thematisieren, eine Psychose im geschützten Rahmen ohne Medikamente durchleben können, eine Wahlfreiheit bezüglich der Medikamenteneinnahme haben und Unterstützung bei der Sinnsuche erhalten.

Behinderung der Selbstbestimmung: Aus der Forschung (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 49) und der Betroffenensicht EX-IN (Kapitel 3.3.1) wird deutlich, dass Zwangsbehandlungen die Selbstbestimmung einschränken können, aber nicht müssen und dies wesentlich vom subjektiven Erleben des Zwangs abhängt. Die Recovery-Exponentin Deegan (Kapitel 2.2.2) fordert dennoch die Abschaffung von Zwangsmassnahmen und Behandlungen, da diese wenig mit Selbstbestimmung, aber viel mit der einseitig besetzten Macht des Expertensystems (z.B. Psychiatrie, Medizin, Soziale Arbeit) zu tun hat. Die Aussage einer Betroffenen EX-IN, dass Einschätzungen über Selbst- und Fremdgefährdungen einseitig von den Professionellen vollzogen werden, statt im gemeinsamen Gespräch, stützt diese Forderung. Nicht nur das generelle Absprechen der Entscheidungsfähigkeit und der Wahlfreiheit (z.B. Medikamente, Behandlung etc.) korrespondiert mit der Auffassung von Deegan, sondern insbesondere auch die Aussagen der Angehörigen, welche sich Strategien zurecht gelegt haben, aus Angst, entmündigt zu werden. Es besteht die Gefahr, dass die mit wenig(er) Macht ausgestatteten Angehörigen und Betroffenen noch zusätzlich in ihrem Autonomie- und Kontrollbedürfnis über die eigenen Lebensumstände geschwächt und verletzt werden (individuelle Ebene der Behinderungsmacht) (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 184-185).
Die Einschätzung, dass bezüglich der Machtthematik innerhalb des institutionellen Rahmens ein Handlungsbedarf besteht, teilen die befragten Professionellen (K.3.3.1), setzen dies jedoch in einen anderen Kontext. Ohnmacht und Emotionen (z.B. Angst) im professionellen Handlungskontext sind durch die (informelle) Vorgabe der Handlungssicherheit schwer reflektier- und handhabbar. Ohnmacht oder Unsicherheit lassen Professionelle allenfalls zu Mitteln greifen, welche die Autonomie verletzen und die Selbstbestimmung behindern. Die befragten Professionellen sehen deshalb in der Aufarbeitung der institutionellen und professionellen Vergangenheit, gekoppelt an die Entwicklung neuer Ausbildungs- und Behandlungskonzepte, einen wichtigen Schritt. Mit dem Dilemma, auf der einen Seite die Klienten-Autonomie zu berücksichtigen und auf der anderen Seite dafür möglicherweise auf medizinische, soziale oder gesellschaftlich wünschenswerte Massnahmen zu verzichten oder um-

gekehrt, sind die Professionellen insbesondere in der Sozial-Psychiatrie konfrontiert (vgl. Seibert, 2007, S. 152-154). Unreflektierte Handlungen, welche das Dilemma, respektive das doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle unberücksichtigt lassen, sind der Selbstbestimmung nicht förderlich.

3.4.3 Partizipation

Grundsatz der Partizipation: Damit psychisch beeinträchtigte Menschen individuell, institutionell und gesellschaftlich teilhaben und teilnehmen, stärken und unterstützen die Professionellen, zusammen mit den Peer-Arbeitenden die Betroffenen in ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit.

Förderung der Partizipation: EX-IN respektive die Peer-Arbeit hat in Bezug auf die Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eine zentrale Schlüsselfunktion inne. Wie die Befragung zeigt, wird den Betroffenen teilweise inner- wie auch ausserhalb des Helfersystems die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit abgesprochen (Kapitel 3.3.1). Peer-Arbeitende zeigen nicht nur auf, dass Betroffene durchaus entscheidungs- und handlungsfähig sind, sondern leisten gleichzeitig einen Beitrag, andere Betroffene darin zu stärken. Einerseits in der direkten Peer-Arbeit mit anderen Betroffenen (individuelle Partizipation), andererseits im Austausch, in der Lehre oder Forschung mit den Professionellen (institutionelle Partizipation), die zu strukturellen Veränderungen und Verbesserungen führen kann. Sie leisten individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Übersetzungsarbeit, die weiterführend Partizipationsprozesse unterstützt.

Dass z.B. Entstigmatisierungs-Projekte in der Schule zu einer Verringerung der sozialen Distanz gegenüber psychisch beeinträchtigten Menschen führt, ist bekannt (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 75). Jedoch nur, wenn diese nicht alleine von Professionellen, sondern in Zusammenarbeit mit Betroffenen oder Peer-Worker/innen durchgeführt werden.

Wenn Peer`s oder Betroffene sich in der Öffentlichkeit zeigen, dann besteht die Chance, dass dadurch Ängste, Vorurteile und soziale Distanzen abgebaut werden können und so die Betroffenen im Idealfall von mehr Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit profitieren. Dass diese Übersetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit von Professionellen gefördert werden kann beschreibt eine Betroffenen EX-IN, welche von ihrem Therapeuten und Chefarzt der Klinik zur Peer-Arbeit motiviert wurde. Es braucht Professionelle, welche zukünftige Peer-

Arbeitende nicht nur erkennen und fördern, sondern sich auch dafür einsetzen, dass diese Arbeit bezahlt wird. Die Schwierigkeit besteht zurzeit darin, dass Peer-Arbeitende (EX-IN) für zwei Anliegen kämpfen: Einerseits gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch beeinträchtigten Menschen und andererseits für die Anerkennung der Peer-Arbeit im professionellen Kontext.
Diese doppelte Betroffenheit löst zwar ein sehr hohes Engagement und eine sehr hohe Motivation aus, wenn jedoch die Beteiligungsmöglichkeiten weiterhin tief bleiben, entsteht ein Gefühl der Machtlosigkeit, was weiterführend zu Enttäuschung, Rückzug und Resignation führt (vgl. Moser et al.,1999, S. 121). Um dies zu verhindern, können Professionelle (z.B. aus der Sozialen Arbeit) die Peer-Arbeitenden darin unterstützen, die strukturellen Bedingungen für die Peer-Arbeit zu verbessern. Die Soziokulturelle Animation kennt die Vermittlungspositionen zwischen System- und Lebenswelt in welcher sie präventiv auf (künftige) Probleme aufmerksam macht und mit den verschiedenen Anspruchsgruppen gemeinsam nach Lösungen sucht. Wie aus dem Theorieteil ersichtlich, sind Professionelle über die Einmischung der Betroffenen, respektive der Peer-Arbeitenden nicht nur erfreut. Damit sich die Vorreiter/innen der Peer-Arbeit nicht resigniert und enttäuscht zurückziehen, braucht es Professionelle, welche sowohl den lebensweltlichen Zugang zu den Peer-Arbeitenden haben, als auch die Akzeptanz in der professionellen Systemwelt. Zusätzlich sollten sie über ein methodisches Know-how verfügen, das die verschiedenen (Macht-) Ansprüche, Interessen, Ängste etc. partizipativ aufgreifen und bearbeiten kann. Es gilt, die unbekannten Dimensionen, respektive die fehlenden Strukturen zu entdecken, welche es aus Expertensicht (Kapitel 3.3.1) für Recovery und konstruktive trialogische Peer-Arbeit noch braucht.

Behinderung der Partizipation: Die Recovery-Bewegung hat, ebenso wie die befragten Betroffenen EX-IN ein klares Ziel; Das Recht auf Partizipation und Selbstbestimmung, sowie der Schutz vor Diskriminierung (vgl. Amering & Schmolke, 2010, S. 97). Die Verwirklichung dieser Forderungen sind elementar und Voraussetzung dafür, ob Recovery umgesetzt werden kann. Fehlende Partizipation, respektive Diskriminierung muss immer im Gesamtkontext betrachtet werden und ist somit per se auch eine Aufforderung an sozialpolitische Akteure und Akteurinnen. Die Befragung zeigt auf, dass die Forderungen weder auf der individuellen und institutionellen noch auf der sozialpolitischen Ebene umgesetzt sind. Der Punkt der Partizipation und der Selbstbestimmung wird in allen drei Dimensionen benannt: Bei der Di-

mension Kritik, werden sehr detailliert die fehlenden Partizipations- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten beschrieben, um diese auf der Visionsebene einzufordern und weiterführend in der Dimension der Realität darzulegen, dass erste Ansätze von Mitbestimmung zwar im Ansatz vorhanden sind, man jedoch noch weit vom Ziel entfernt ist. Dies deckt sich mit den Forschungsresultaten aus der internationalen Zusammenarbeit. Aus diesen geht hervor, dass für die Umsetzung von Recovery folgende drei Punkte im Wege stehen:

- das Stigma einer psychischen Erkrankung;
- das Versicherungssystem, welches Betroffene ungerecht und ungleich behandelt;
- das fragmentierte psychiatrische Versorgungssystem (vgl. Amgering & Schmolke, 2010, S. 98).

Grundsätzlich sind die behindernden Faktoren, respektive die Visionen zur Umsetzung von Recovery bekannt. Welche Akteure (z.B. Politik, Wirtschaft etc.) Recovery, respektive die Partizipation und Selbstbestimmung von Betroffenen, wie und weshalb fördern, respektive behindern, muss künftig ein Thema sein.

3.4.4 Fazit

Ergebnisse im Kontext der Sozialen Arbeit: Dass sich die Soziale Arbeit durch die vorgegeben Zielsetzungen im Berufskodex in ihren jeweiligen Handlungsfeldern für die individuelle und strukturelle Förderung der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung von Betroffenen mit einer psychischen Beeinträchtigung einsetzt, ist durch den Berufsauftrag gegeben. Wie in diesem Kapitel aufgezeigt wurde, kann die Soziale Arbeit darüber hinaus einen Beitrag zur Akzeptanz und Verbreitung des Recovery-Konzeptes und EX-IN leisten. In der Schlussfolgerung wird, neben einer Gesamtbetrachtung, nochmals das Potenzial der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Thematik aufgegriffen und allgemeine und spezifische Folgerungen für die Theorie, Empirie und Praxis abgeleitet. Offene Fragen werden zu Handen der Sozialen Arbeit formuliert.

4 Schlussfolgerungen

4.1 Konsequenzen aus den Ergebnissen

4.1.1 Konsequenzen aus empirischer Sicht

Als Ergänzung zur evidenzbasierten medizinisch-psychiatrischen Forschung, welche sich an klaren wissenschaftlichen Kriterien (Objektivität: Verzicht auf subjektive Elemente. Forschungsresultate werden unabhängig von dem/ der Forscher/in erbracht; Reliabilität: Zuverlässigkeit. Bei wiederholter Messung unter den gleichen Bedingungen, muss das gleiche Resultat erzielt werden können; Validität: Gültigkeit. Die Eigenschaft, das zu messen, was gemessen werden soll) orientiert, braucht es neue Forschungszugänge, welche zum einen die subjektive Sichtweise der Betroffenen und zum anderen die Betroffenen selber miteinbezieht. Es braucht Forscher/innen, welche die Betroffenen nicht nur als objektive Datenlieferanten nutzen, sondern sie als wichtige Informanten und Experten betrachten, die sie aufgrund ihrer biographischen Erfahrung sind. Insbesondere ist die Erschliessung neuer methodischer Zugänge, welche die individuell-biographischen Erfahrungen, aber auch die sozialen und strukturellen Faktoren berücksichtigt, zukunftsweisend. In der Planung, Durchführung und Evaluation der Ergebnisse, werden konsequenterweise ausgebildete Peer-Arbeitende miteinbezogen, die stellvertretend die Sicht der Betroffenen verbalisieren und einbringen. Wenn Forschung von Peer-Arbeitenden mitgestaltet wird, besteht die Chance, sowohl neue (methodische) Forschungszugänge zu entwickeln als auch neue Forschungsinformationen über Betroffene zu erhalten.

Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass mit dem an die Aktions- und Praxisforschung angelehnten Forschungsdesign neue und wichtige Erkenntnisse gewonnen wurden, welche aufschlussreich sind für weitere Forschungsvorhaben und die Praxis. Die Ergebnisse zeigen individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Faktoren, welche die Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen unterstützen, aber auch behindern. Die Diskussion zeigt im Weiteren auf, dass Ergebnisse, die aus einem an der Aktions- und Praxisforschung angelehnten Forschungsvorhaben gewonnen wurden, an andere Forschungsresultate und Theorie-Konzepte anschlussfähig sind.

Durch die trialogische Vorgehensweise, in Ergänzung mit einem weiteren Round-Table und dem Experteninterview kann fallübergreifend aufgezeigt werden, dass es zwischen den Betroffenen EX-IN, den Professionellen (Experten) und den Angehörigen viele Übereinstimmungen gibt (z.B. die Veränderungsbereitschaft, Offenheit gegenüber Peer-Arbeit etc.). Gleichzeitig wird die Komplexität der Thematik aufgrund der drei gewählten Rollen sehr gut abgebildet, was sich unter anderem in den unterschiedlichen individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Erklärungsansätzen bei demselben Thema zeigt (z.B. die Umsetzung von Recovery, Peer-Arbeit etc.). Es bestätigt sich, dass Professionelle sich vorwiegend auf die objektive, Betroffene EX-IN auf die subjektive und Angehörige auf die soziale Welt beziehen, was die theoretische Analyse des Trialogs und die vorgeschlagene Definition (K. 2.3.3. & K. 2.3.4) empirisch stützt.

Aus den Ergebnissen des Empiriteils ist zu schliessen, dass die Durchführung einer grösseren trialogischen Zukunftswerkstatt eine Chance sein kann, um beispielsweise institutionelle und strukturelle Veränderungen und Verbesserungen zu bewirken. Die methodische Vorgehensweise hat zumindest das Potenzial, Betroffene, Peer-Arbeitende, Angehörige und Professionelle zu beteiligen, was die Akzeptanz von Veränderungen in der Handlungspraxis sicherlich erhöht. Um den Transfer ins Wissenschafts-, aber auch ins Praxissystem zu ermöglichen (K. 3.1.3), könnten die Ergebnisse einer trialogischen Zukunftswerkstatt im Anschluss qualitativ ausgewertet werden, selbstverständlich in Zusammenarbeit mit Peer-Worker/innen, Betroffenen und Angehörigen.

Dass sich solche innovativen Forschungszugänge, wie in dieser Arbeit vorgeschlagen und im kleinen Rahmen durchgeführt, nicht mit den oben genannten wissenschaftlichen Kriterien messen lassen, ist offensichtlich, jedoch auch nicht beabsichtigt. Die theoretische Sättigung, als ein wichtiges Kriterium der qualitativen Forschung (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 182), könnte mit der Durchführung von weiteren, auf dem gleichen Forschungsdesign aufgebauten Untersuchungen, respektive mit weiteren Kontrastierungen verdichtet oder ergänzt werden (Fallthemen). Die Anschlussfähigkeit an weitere Forschungsergebnisse zeigt, dass mit der Perspektiven-Triangulation (zwei verschiedene Round-Tables und ein Experteninterview) bereits von einem ersten Sättigungsgrad gesprochen werden kann.

4.1.2 Konsequenzen aus theoretischer Sicht

Personen-zentriertes Recovery-Konzept: Auffallend ist, dass viele Forschungsresultate, welche neue Erkenntnisse in Bezug auf Recovery liefern, wenig Bezug nehmen zu anderen qualitativen und quantitativen Forschungsresultaten. Amering und Schmolke liefern, als eine der Ersten, sowohl für den deutsch- wie auch für den englischsprachigen Raum ein Buch (2010), welches nicht nur die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse, sondern auch Resultate und Berichte aus der sogenannt grauen Literatur (Nutzer/innenforschung) berücksichtigen und länderübergreifend zueinander in Bezug setzen. Einhellig herrscht unter den befragten Professionellen im Empirieteil die Meinung vor, dass mehr Ressourcen in Forschungsvorhaben, welche die Subjektivität in den Vordergrund stellen, investiert werden sollte. Die theoretische und praktische Weiterentwicklung von Recovery hängt wesentlich davon ab, ob es künftig gelingt, Erkenntnisse aus der qualitativen Forschung (z.B. subjektives Wohlbefinden) weiterzuentwickeln und zu systematisieren und sich nicht nur auf die bisherigen Kriterien (z.B. symptom-fokussiertes Wohlbefinden) zu konzentrieren. Ein neues Wissenschaftsverständnis ist gefragt, welche experimentelle Forschung berücksichtigt und sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen orientiert und sie so zu Beteiligten macht. Wie das Beispiel dieser Arbeit aufzeigt, kann die Sozialarbeitswissenschaft, respektive die Soziokulturelle Animation hier einen Beitrag leisten, da sie mit dem Masterstudium sowohl das methodische Werkzeug für das Kreieren von neuen partizipativen Forschungsvorhaben (zukunftswerkstattorientierter Round-Table) mitbringt, als auch das Know-how, die Ergebnisse in den wissenschaftlichen Kontext zu übersetzen. Diese Art von praxisnaher Forschung wird auch von Moser unterstützt. Er diskutiert auf dem Hintergrund der Grundlagen- und der anwendungsorientierten Forschung, eine methodische, wie auch eine institutionelle Positionierung der pädagogischen und sozialen Fachhochschulen und hält fest, dass ...„Neben der *Wahrheitsorientierung des Wissenschaftssystems* [stehen] der *Brauchbarkeitsbezug des Praxissystems“* ... (Moser, 1998, S.51) im Vordergrund steht.

Verständigungsorientierter Trialog: Aus der Schlussfolgerung im Theorieteil geht hervor, dass die dialogische (Betroffene und Professionelle), die trialogische (plus Angehörige) und die multilogische (plus Öffentlichkeit) Arbeit in Bezug auf die Umsetzung des Recovery-Konzeptes eine Schlüsselfunktion inne hat. Die Autorin schlägt deshalb eine neue Definition

vor (K. 2.3.3), welche sich nicht am wünschenswerten, jedoch unerreichbaren herrschaftsfreien Diskurs orientiert, sondern vielmehr am Begriff der Diskussion, in der die Machtthematik (Behinderungs- und Begrenzungsmacht, K. 2.5) reflektiert miteinbezogen wird. Neben einer theoretischen Weiterentwicklung in Anlehnung an Stimmer (vgl. Stimmer, 2006, S. 27-28) (Axiologie, Theorie und Praxeologie), braucht es für trialogische Veranstaltungen (mit oder ohne Öffentlichkeit) klare Zielsetzungen der Veranstalter/innen, um Enttäuschungen von Betroffenen, Angehörigen, aber auch von Professionellen vorzubeugen. Ob eine trialogische Veranstaltung nur individuelle Veränderungen beabsichtigt oder sich mehr für institutionelle oder gesellschaftliche Verbesserungen einsetzt, ist wesentlich, und sollte transparent kommuniziert werden. Dass sich mit dem Trialog grössere und kleinere institutionelle und strukturelle Veränderungen bewirken lassen, wurde im Theorie- und Empirieteil ausführlich aufgezeigt, aber auch die Gefahr der Instrumentalisierung, der Rollenzementierung und die Anpassung der Betroffenen ans professionelle Helfersystem oder schlicht, das Ausbleiben von weiteren Veränderungen (vgl. Prins, 2007, S. 189- 193).

4.1.3 Konsequenzen für die Praxis

Aus der empirischen Untersuchung, wie auch aus weiteren Forschungsergebnissen (K. 1.3, 2.2, 2.3) geht hervor, dass kritische Äusserungen oder Wünsche der Betroffenen (EX-IN) oft ans professionelle Helfersystem gerichtet sind. Im Falle der Befragung macht dies insofern Sinn, als dass sich der Auftrag der Professionellen darauf bezieht, Betroffene bei der Genesung, respektive bei der Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen zu unterstützen. Strukturelle Bedingungen, wie z.B. Strategien, Regeln, professionsspezifische Handlungsanweisungen, Werte und Haltungen, werden im Verhalten und in den Handlungen der jeweiligen Profession sichtbar und zu den Handlungsausführenden in Beziehung gesetzt.

Es wäre aus fachlicher Sicht der Autorin verfehlt, an dieser Stelle Empfehlungen für die institutionelle und strukturelle Handlungspraxis der Sozial-Psychiatrie abzugeben. Vielmehr wird deshalb nach Gemeinsamkeiten, in Bezug auf die Förderung des personen-zentrierten Recovery-Konzeptes und der verschiedenen Disziplinen (Psychiatrie, Pflege, Soziale Arbeit etc.), die psychisch beeinträchtigte Menschen begleiten, beraten, coachen, therapieren oder die (künftig) mit Peer-Arbeiter/innen zusammenarbeiten, gesucht. Diese Gemeinsam-

keit findet sich im reflektierten Umgang mit der Expertenmacht und in der Förderung von individuellen, strukturellen und gesellschaftlichen Empowerment-Prozessen.

Primär wird helfenden Berufsgruppen zugeschrieben, dass sie ihr Expertenwissen und ihre Macht zugunsten der Patienten oder Klienten einsetzen und nicht gegen diese. Ob reflektiert oder nicht, verfügen die Professionellen aufgrund ihres Expertenstatus über folgende institutionsgebundene Ressourcen der Macht (vgl. Herriger, 2010, S. 219):

- Kontrolle des Zugangs zu institutionellen Ressourcen
- Definitionsmacht
- Beziehungsmacht

Sowohl Staub-Bernasconi (2007) wie auch Herriger (2010) teilen diese Auffassung, wobei Staub-Bernasconi in der Anwendung und Herriger im Weglassen von Empowerment, die Gefahr sieht, dass die Machtthematik ausgeblendet wird. Die professionelle Förderung von Empowerment wird insbesondere darin gesehen, dass diese in der psychosozialen Arbeit auf entmündigende Expertenurteile und das Definieren von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften der Betroffenen verzichten (vgl. Herriger, 2010, S. 77). Staub-Bernasconi betont jedoch in Bezug auf die Soziale Arbeit, dass die konsequente Orientierung an einem positiven Menschenbild verbietet, nach Schwächen, Beschädigungen, Mängeln und Nöten zu fragen und deshalb implizit das Vorhandensein von Leid, Gewalt und Unrechtserfahrungen ausgeblendet wird (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 249). Soziale Probleme zu erkennen, zu benennen und zielgerichtet theoriegeleitete Interventionen für die Praxis abzuleiten, macht, im Falle der Sozialen Arbeit, das Expertenwissen aus. Dass weder das Weglassen (nur Defizitorientiert→ ausblenden von Ressourcen) noch das alleinige Anwenden von Empowerment (nur Ressourcenorientiert→ ausblenden von Defiziten) eine Lösung für diese Problematik bietet, ist anzunehmen. Konsequenterweise sind Professionelle gefordert,

- die sich über ihre institutionsgebundenen Ressourcen der Macht bewusst sind,
- die bereit sind, ihr Expertenwissen einzubringen, ohne die Betroffenen in ihrer Entscheidungs- und Wahlfreiheit zu dominieren,
- die ihr Expertenwissen in jeder Situation hinterfragen, überprüfen und reflektieren, um Kolonialisierungstendenzen entgegenzuwirken,

- die eine verständigungsorientierte Haltung einnehmen und Methoden anwenden, welche die Betroffenen in der Autonomie und in der psychosozialen Integrität stärken,

aber auch und im Besonderen Professionelle,

- die ihr Expertenwissen dafür einsetzen, um individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung zu benennen und zu bekämpfen.

Diese Forderung ist anschlussfähig an das Tripelmandat von Staub, welche den Auftrag der Sozialen Arbeit explizit auch als politisches Mandat definiert (vgl. Staub- Bernasconi, 2008, S. 201-202). Die Soziokultur beschreibt für die Umsetzung dieser anspruchsvollen Aufgabe unterschiedliche Rollen im professionellen Handlungskontext: Je nach Situation ist man in einer beobachtenden, allenfalls problemlösendenen Rolle (nicht-direktiv) oder in der Leitungs- und Expertenrolle (direktiv), welche den Betroffen im einen Fall mehr Selbsttätigkeit und Selbstorganisation ermöglicht (z.B. Beratung, Projektarbeit) (vgl. Moser et al., 1999, S. 144) und im anderen Fall sozial-strukturelle Stigmatisierung und Diskriminierung erkennt und bekämpft (z.B. Verhandlungen und Vermittlung im sozial-strukturellen Kontext). In der Umsetzung könnte dies Bedeuten, dass sich Professionelle der Soziokultur auf der institutionell-strukturellen Ebene, zusammen mit EX-IN Absolvierenden und weiteren Peer-Arbeitenden, dafür einsetzt, dass die Peer-Arbeit künftig bezahlt wird.

4.2 Offene Fragen

In Bezug auf die Thematik und adaptiert auf den sozialarbeitswissenschaftlichen Kontext stellen sich folgende weitere Fragen:

- Mit welchen Methoden und Kompetenzen kann die Handlungspraxis der Sozialen Arbeit Recovery-Prozesse positiv unterstützen, respektive wie behindert sie diese?
- Mit welchen Methoden und Kompetenzen kann die Handlungspraxis der Sozialen Arbeit die Peer-Arbeit und EX-IN positiv unterstützen, respektive wie behindert sie diese?
- Wie kann die Soziale Arbeit individuelle, institutionelle und gesellschaftliche (Partizipations-) Prozesse unterstützen, welche das personen-zentrierte Recovery-Konzept und den trialogischen Austausch fördern?

- Wie kann sich die Soziale Arbeit aktiv in die interdisziplinär geführte Diskussion einbringen, um ihren Auftrag (Berufskodex) gegenüber psychisch beeinträchtigen Menschen wahrzunehmen?

Diese Fragen sind nicht abschliessend, geben jedoch einen Einblick, welche möglichen Forschungsfragen sich die Sozialarbeitswissenschaft in Bezug auf die Thematik zu stellen hat. Ob das Thema auf Interesse in der Handlungspraxis stösst, wird auch daran zu messen sein, ob weitere Bachelor- und Masterarbeiten dazu geschrieben werden.

4.3 Fazit

Abschliessendes Fazit: Bei der theoretischen und empirischen Erarbeitung des Themas, stellte die Autorin immer wieder fest, dass sich die Soziale Arbeit, zumindest in der Schweiz, mit den Themen Recovery, Trialog und Peer-Arbeit (EX-IN) noch wenig befasst hat. Dem Anspruch der Komplexität der fachfremden Thematik gerecht zu werden und dabei den Bezug zur Sozialen Arbeit herzustellen, respektive für die Sozialarbeitswissenschaft relevante Hypothesen abzuleiten waren enorm herausfordernd und prägend für diese Arbeit.
Mit der Masterthesis werden einerseits disziplinübergreifende Thematiken in der Sozial-Psychiatrie aufgezeigt (Expertenmacht) und andererseits erste Informationen und Bezüge für die sozialarbeiterische Handlungspraxis hergestellt. Im Weiteren werden innovative Ideen theoretisch begründet und es wird beschrieben, wie die Soziale Arbeit das Recovery-Konzept, den Trialog und EX-IN künftig mit ihrem Know-how unterstützen und so zur (theoretischen) Weiterentwicklung einen Beitrag leisten kann. Die Arbeit stellt überzeugend dar, dass mit unterschiedlichen Zugängen, Ideen, Denkweisen und mit einem interdisziplinären Vorgehen dazu beigetragen werden kann, dass die Zukunft von Recovery und bezahlter Peer-Arbeit bald Gegenwart wird.

Persönliches Schlusswort: Ich bin mir bewusst, dass die Offenlegung der wissenschaftlichen Positionierung und die Nähe zur Praxis (Aktions- und Praxisforschung) in der scientific community unüblich und wenig akzeptiert ist. Wie auch Amering und Schmolke, bin ich davon überzeugt, dass es neue, auch andere Arten von Evidenz und wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn braucht und dass sich insbesondere die Soziale Arbeit nicht in den Elfenbeinturm zurückziehen darf, um soziale Probleme wissenschaftlich isoliert zu bearbeiten

und dabei sowohl die Betroffenen als auch den professionellen Handlungskontext unberücksichtigt lässt. Direkte Bewertungen und Handlungsaufforderungen an die Professionellen sind deshalb im Kontext dieser Positionierung zu betrachten.

Literaturverzeichnis

Amering, Michaela & Schmolke, Michaela (2010). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Amering, Michaela & Schmolke, Michaela (2009). *Recovery in Mental Health. Reshaping scientific and clinical responsibilities.* World Psychiatric Association. Wiley-Blackwell. Singapore: Markono Print Media Pte Ltd.

Abel, Thomas; Kolip, Petra & Wydler, Hans (2010). Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung. In Wydler, Hans; Kolip, Petra & Abel, Thomas (Hrsg), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts (4. Aufl.).* Weinheim und München: Juventa Verlag.

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Dgvt- Verlag.

Binder, Werner & Bender, Wolfram (2008). *Angehörigenarbeit und TRIALOG. Auf dem Weg zu einer trialogischen Psychiatrie.* Köln: Claus Richter Verlag.

Blosser, Ursula; Schleicher, Johannes; Schmid, Walter & Wohler, Monika (2010). Konsekutives Masterstudium in Sozialer Arbeit- zum vielfältigen Nutzen eines neuen Bildungsangebotes. In Benz, Petra; Meier Kressig, Marcel; Riedi, Anna Maria & Zwilling, Michael (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Schweiz. Einblicke in Disziplin, Profession und Hochschule.* Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.

Bergol, Jarg & Thomas, Stefan (2010). Partizipative Forschung. In Mey, G. & Muck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Bock, Thomas (2009). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyivér & Bock, Thomas (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bock, Thomas; Dörner, Klaus & Naber, Dieter (2004). *Anstösse zu einer anthropologischen Psychiatrie.* Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bombosch, Jürgen; Hansen, Hartwig & Blume, Jürgen (2007). *Trialogisch praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*. Neumünster: Parnausverlag.

Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Cranach, M.v. (2007). Von der Rehabilitation zu Recovery - Zur Weiterentwicklung des Rehabilitationsbegriffes. In Becker, Thomas; Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabriele & Wolfgang, Weig (Hrsg.), *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Fröhlich, Werner D. (2000). *Wörterbuch der Psychologie* (23. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.

Duden, (1997). *Das Fremdwörterbuch, Band 5* (6.Aufl). Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Greve, Jens (2009). *Jürgen Habermas: Eine Einführung.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Häder, Michael (2006). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hafen, Martin (2010). Die Soziokulturelle Animation aus systemtheoretischer Perspektive. In Wandeler, Bernard (Hrsg), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion.* Luzern: interact Verlag.

Hangartner, Gabi (2010). Ein Handlungsmodell in der Soziokulturellen Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In Wandeler, Bernard (Hrsg), *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion*. Luzern: interact Verlag.

Herriger, Norbert (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (4 Aufl.). Stuttgart: Kollhammer-Verlag.

Hoester, Norbert (2003). *Ethik und Interesse.* Stuttgart: Reclam Verlag.

Homfeldt, Hans Günther (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Thole, Werner (Hrsg), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Soziawissenschaften.

Hongler, Hanspeter & Willener, Alex (1998). *Die Projektmethodik in der Sozikulturellen Animation*. Luzern: Fachverlag Zentralschweiz.

Hug, Theo & Poscheschnik, Gerald (2010). *Empirisch Forschen. Studieren aber richtig*. Wien: Verlag Huter & Roth KG.

Husi, Gregor (2010). Ein Handlungsmodell in der Soziokulturellen Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In Wandeler, Bernard (Hrsg), *Soziokulturelle*

Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion. Luzern: interact Verlag.

Knoblauch, Hubert (2005). *Wissensoziologie.* Weihnheim und Basel: Beltz Verlag.

Knuf, Andreas; Osterfeld, Margaret. & Seibert, Ulrich (2007). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit (*5. Aufl.). Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Kuhnt, Beate & Norbert R. Müller (2006). *Zukunftswerkstätten verstehen, anleiten, einsetzen. Das Praxishandbuch zur sozialen Problemlösung Zukunftswerkstatt* (3. Aufl.). Frankfurt/ Neu- Ulm: SOVA Verlag.

Kunstreich, Timm & Lindenberg, Michael (2005). Die Tantaulus-Situation - Soziale Arbeit mit Ausgegrenzten. In Thole, Werner (Hrsg), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (2. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayring, Phillip (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Phillip (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Moser, Heinz (1995). *Grundlagen der Praxisforschung.* Freiburg im Preisgau: Lambertus Verlag.

Moser, Heinz (2008). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung* (4.Aufl). Zürich: Lambertus Verlag.

Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein, Heinz & Willener, Alex (1999). *Soziokulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.

Nussbaum, Hans (2009). Exit-, Sozial-Schulung zum Peer-Coach. Erfahrungen aus Oesterreich. In Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyivér & Bock, Thomas (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Prins, Sibylle (2007). Theaterflitter. Vom Unbehagen im Trialog. In Bombosch, Jürgen; Hansen, Hartwig & Blume, Jürgen (Hrsg.), *Trialogisch praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie* (2. Aufl.). Neumünster: Parnausverlag.

Przyborski, Aglaja & Riegler, Julia (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch.* München: Oldenburg Verlag

Ralph, R. O., & The Recovery Advisory Group. (1999). *The Recovery Advisory Group Recovery Model. Paper presented at the National Conference on Mental Health Statistics*. Washington, DC.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt Verlag.

Seibert, Ulrich (2007). Zwang und Empowerment - Alternative Wege in der Krise. In Knuf, Andreas; Osterfeld, Margaret & Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit (*5. Aufl.). Bonn: Psychiatrie - Verlag.

Stimmer, Franz (2006). Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit (2. Aufl.) Stuttgart: Kollhammer Verlag.

Spiegelberg, Udo (2009). Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychiatrieerfahrenen. In Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyivér & Bock, Thomas (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern.* Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyivér & Bock, Thomas (Hrsg.) (2009a). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern.* Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Utschakowski, Jörg (2009a) Peer - Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyivér & Bock, Thomas (Hrsg.) (2009a). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Wandeler, Bernard (Hrsg) (2010). *Soziokulturelle Animation. Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion.* Luzern: interact Verlag.

Watkins, Peter N. (2009). *Recovery- wieder geniessen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker*. Bern: Hans Huber Verlag.

Weber, Matthias & Stiehler, Steve: Reflexion methodischen Handelns: Zur Dualität von Konzept und Fall. In Benz, Petra; Meier Kressig, Marcel; Riedi, Anna Maria & Zwilling, Michael (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Schweiz. Einblicke in Disziplin, Profession und Hochschule.* Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.

Wustmann, Corinna (2008). *Widerstandskraft von Kindern in Tageseinrichtungen fördern.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Zwilling, Michael (2007). *Handlungsmethoden in der Sozialen Arbeit. Zur Entwicklung eines integrativen Modells*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Artikel aus Zeitschriften und Publikationen

Avenir Social, (2010). *Berufskodex Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen der Sozialen Arbeit*. Bern: Avenir Social.

Anthony, A. (1993). Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990`s. *Psychosocial Rehabilitation* , 93(16), 11-23.

Berner, Markus (2010). Resilienz – Bedeutung für die psychiatrische Pflege. In Hahn, Sabine; Schulz, Michael; Schoppmann, Susanne; Abderhalden, Christoph; Stefan, Harald & Needham, Ian (Hrsg), *Depressivität und Suizidalität. Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen – Selbsthilfe.* Vorträge und Posterpräsentationen 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Marktoberdorf: Schnitzerdruck Print und Media GmbH.

Bock, Thomas; Buck, Dorothea & Meyer, Hans-Joachim (2009). Entwicklungslinien des Trialogs. *Sozialpsychiatrische Informationen,* 09(3), 4-6.

Bock, Thomas (2009). Aus Erfahrung anders - ein Überblick. *Soziale Psychiatrie,* 09(1), 4-5.

Bock, Thomas; Buck, Dorothea; Dörner, Klaus; Heim, Susanne, Schäfer, Cornelia; Schmitt, Eva; Stolz, Peter & Zingler, Ursula (2009). *Es ist normal, verschieden zu sein. Verständnis und Behandlung von Psychosen* (7. Aufl.). Neumünster: Brücke Neumünster GmbH.

Bombosch, Jürgen (2002). Das Prinzip des Trialogs in Verbindung mit dem FMM [Freiburger Manangement Model]. *Verbands-Management (VM). Fachzeitschrift für Verbands- und Nonprofit- Management* 28(3), 42-47.

Bombosch, Jürgen (2007). So viel Trialog war noch nie ... . *Psychosoziale Umschau, 22*(4), 4-6.

Bridler, Renè & Lötscher, Kathrin (2006). Fragebogen zur Evaluation der Recovery-Orientierung von Psychiatrischen Institutionen. Deutsche Übersetzung. In Wesley, Sowers (2005), Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, 05(41-No.6), 757-773. Community Mental Health Systems.

Burr, Christian; Abderhalden, Christoph; Reist, Sonia; Winter, Andréa & Seidel, Elena (2010). Projektplan: Umsetzung eines Recovery orientierten Konzeptes einer Psychiatrischen Station. In Hahn, Sabine; Schulz, Michael; Schoppmann, Susanne; Abderhalden, Christoph; Stefan, Harald & Needham, Ian (Hrsg), *Depressivität und Suizidalität Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen - Selbsthilfe.* Vorträge und Posterpräsentationen 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Marktoberdorf: Schnitzerdruck Print und Media GmbH.

Dörner, Klaus (2003). Der „Trialog"- eine Spielart der Ethik Kommission in der Psychiatrie? *Ethik in der Medizin, 15*(1), 37-42.

Häuptli, Lukas (2010). Arbeitgeber wollen keine Behinderten anstellen. *Neue Zürcher Zeitung am Sonntag* [NZZ am Sonntag], 9(50),15.

Heinz, Andreas & Naber, Dieter & Juckel, Georg (2006). Mehr als nur Linderung der Symptomatik. Outcomeparameter in der Schizophrenietherapie. *NeuroTransmitter. Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell,* 17(11), 51-56.

Lange, Kathrin (2008). Erfahrene verändern die Psychiatrie. Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung. *Psychosoziale Umschau,* 08(1), 4-5.

Moser, Heinz (1998). *Die Praxisforschung als Mittel zur Entwicklung von Fachhochschulen.* Vortrag, Jahreskongress der „Schweizerischen Gesellschaft für Lehrerinnen- und Lehrerbildung". Basel, 7. Nov. 1997.

Müller, Brigitte, (2008). *Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Methodentriangulation.* Veröffentlichte Dissertation: Universität Zürich.

Pro Mente Sana (2009). Recovery. Wieder gesund werden*. Pro Mente Sana Ratgeber, Infoblatt 7.* Zürich: Pro Mente Sana.

Schön, Ulla-Karin; Denhov, Anne & Topor Alain (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry. 09(*55/4), 336-347.

Schrank, Beate & Amering, Michaela (2007). Recovery in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie, 21*(1), 45-50.

Schröder, Sibylle & Casanova, Brigitte (2003). Trialog, Drei Parteien im Gespräch. Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie, 1(07), 11-13.

Sibitz, Ingrid; Swoboda, Hemma; Schrank, Beate; Priebe, Stefan & Amering, Michaela (2008). Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. Medizinische Universität Wien: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Österreich. In *Psychiat Prax,* (08)35, 128- 134.

Sowers, Wesley (2005). Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, *41*(06), 757-773.

Topor, Alain (2001). *Managing the contradictions Recovery from severe mental disorders. Stockholms University: Institutionen för socialt arbeite*. Akademitryck AB, Edsbruk, Sweden.

Utschakowski, Jörg (2009b). Psychiatrie- Erfahrung als Kompetenz: Das Projekt Ex-In. *In Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie*, 09(1), 10-21.

Utschakowski, Jörg (2009c). Aus Erfahrung anders. Den reichen Schatz an Erfahrungswissen nutzen. *Soziale Psychiatrie X*(01), 6-8.

Vogel, Urs & Wider, Diana. (2009). Neues Erwachsenenschutzrecht – Übersicht über den kantonalen Regelungsbedarf, den Stand der Umsetzungsarbeiten und ein Ausblick auf Unterstützungsangebote. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz ZVW,* Verlag Schulthess, 01/2009, 73-83.

Elektronische Publikationen

Bergold, Jarg B. (2000). Über die Affinität zwischen qualitativen Methoden und Gemeindepsychologie. *FQS- Forum Qualitative Sozialforschung. 01*(2). Zugriff am 18.01.2011 auf http://www.qualitative-research.net /index.php/fqs/article/view/1097/2412

Berner Fachhochschule Gesundheit (2010). *DAS Experienced Involvement. Ein Studiengang für Psychiatrie-Erfahrene. Beschreibung und Konzeption.* Zugriff am 10.02.2010 auf http://www.gesundheit.bfh.ch/de/weiterbildung/angebote_nach_abschluss/veranstaltungen_details.html?kursid=1088

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2009). Bundesblatt: *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PrävG).* Zugriff am 20.11.2010. Verfügbar unter http://www.admin.ch/ch/d/ff/ 2009/7071.pdf

Die Bundesversammlung- das Schweizer Parlament (2010). *Präventionsgesetz. Verzicht auf neues Institut für Prävention beantragt.* Zugriff am 20.11.2011 auf http://www.parlament.ch/d/mm/2010/Seiten/mm-sgk-n-2010-09-03.aspx

Bundesamt für Gesundheit (2004a). *Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Februar 2004.* Zugriff am 19.11. 2010 auf http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de

Bundesamt für Gesundheit (2004b). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse zum Strategieentwurf. Dezember 2004.* Zugriff am 20.11.2010 auf http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de

Bundesamt für Gesundheit (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251).* Zugriff am 29.11.2011 auf http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html

Centre for Community Mental Health (2010). *Research & Development*. *Ex-In: Experienced Involvement.* Zugriff am 17.02.2011 auf http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/ research.html

EX-IN Hamburg (2011). *EX-IN. Ein Projekt macht Schule.* Zugriff am 17.02.2011 auf http://www.ex-in-hamburg.de/index.htm

EX-IN, (2011). *Experienced Involvement. Projektseite*. Zugriff am 17.02.2001 auf http://www.ex-in.info/index.html

Pro Mente Sana (2006). *Erwachsenenschutzrecht. Revision des Erwachsenenschutzrechts: Pro Mente Sana* begrüsst *die Grundausrichtung.* Zugriff am 21.11.2010 auf http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=97

Pro Mente Sana & Gränicher, Dieter (2007). *Recovey. Wie die Seele gesundet-acht Frauen und Männer erzählen.* Begleitheft. Produktion: momenta film GmbH.

Pro Mente Sana (2010a). Tagung in Mendrisio. *Jahrestagung von Pro Mente Sana. „Autonomie im neuen Erwachsenenschutzrecht“*. Zugriff am 21.11.2010 auf http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=240&language=de

Pro Mente Sana (2010b). *Vorentwurf und Erläutender Bericht zum zweiten Massnahmepacket der 6. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), sogenannt Vorlage 6B.* Zugriff am 20.11.2010 auf http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=270

Pro Mente Sana (2010c). *Peer-Ausbildung. Neue Ausbildung zur Peer-Beraterin.* Zugriff am 17.12.2010 auf http://www.promentesana.ch/ page.php?pages_ id=226&language =de

Pro Mente Sana (2010d). *Der Patientenrat stellt sich vor. Patientenrat- wozu?* Zugriff am 25.12.2010. Verfügbar unter http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/ Selbsthilfe/ Diverses/BroschuerePatientenrat.pdf

Weltgesundheitsorganisation (1999). *GESUNDHEIT 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO.* Zugriff am 16.11.2011. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf

Weltgesundheitsorganisation, (2005). *Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen.* Zugriff am 16.11.2011. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf

Weltgesundheitsorganisation (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO- Konferenz. Zugriff am 16.11.2011. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf

Weltgesundheitsorganisation, (2010). *Die WHO in der Welt. Wir stellen uns vor.* Zugriff am 16.11.2011 auf http://www.euro.who.int/de/who-we-are/who-worldwide

Zivilgesetzbuch, Schweizerisches (2008). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch. Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht*. Änderung vom 19. Dezember 2008. Zugriff am 20.11.2011. Verfügbar unter http://www.admin.ch/ch/d/ff/2009/141.pd

Anhang

Anhang A: Einladung Round-Table

Auszug: Einladung für die Round-Table Gespräche

Fragen für den Round-Table:

KRITIK (-PHASE)→ Gibt es Ihrer Meinung nach etwas, dass eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen behindern?

FANTASIE (-PHASE)→ Welche Visionen haben Sie, damit eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen in Zukunft besser gelingen?

REALISIERUNGS (-PHASE)→: Was ist Ihrer Meinung nach heute bereits umgesetzt, das eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen erleichtert?

Auszug: „Im Mittelpunkt der Diskussion steht das Recovery-Konzept, welches die Person und ihren jeweils eigenen Umgang mit der Genesung oder der Akzeptanz der eigenen Grenzen in den Vordergrund stellt. Die folgende viel zitierte Definition (deutsche Übersetzung) von Anthony (1993) bietet die Grundlage unserer Diskussion. Die deutsche Definition wird gewählt, um von einer einheitlichen Übersetzung ausgehen zu können“.

> Recovery ist ein zutiefst persönlicher und einmaliger Prozess der Veränderung der eignen Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen. Es ist der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und beitragenden Leben innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen. Recovery beinhaltet auch die Entwicklung von einem neuen Lebenssinn im Prozess der Überwindung der katastrophalen Folgen der psychischen Erkrankung (Anthony, 1993; zit. in Cranach 2007, S.337).

Einverständniserklärung:

Ich bestätige hiermit, dass ich von Vera Zihlmann über Inhalte und Ziele der Masterthesis und den Ablauf des Round-Tables zum Thema Recovery informiert worden bin. Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Beitrag unter Einhaltung der nachfolgenden Bestimmungen zum Datenschutz aufgenommen und paraphrasiert wird. Auszüge daraus dürfen in der Masterarbeit von Vera Zihlmann und allfälligen Folgepublikationen zitiert werden.

Datenschutz

- Der Round-Table wird aufgenommen.
- Bei der Verschriftlichung (Paraphrasierung) des Round-Table werden folgende Angaben anonymisiert: Vorname, Name, Wohnort, Adresse und Telefonnummer, Arbeitsort, alle Personen- und Ortsnamen.
- Einzelne Zitate dürfen in der Rollenfunktion (Betroffene, Angehörige, professionell Tätige) in der Arbeit als Ankerbeispiele verwendet werden.
- Die Aufnahme Round-Table wird nach der Annahme der Masterthesis gelöscht.
- Drittpersonen haben keine Einsicht in die Aufnahmen und die paraphrasierten Gespräche.
- Die paraphrasierten Gespräche werden zumindest bis zur Annahme der Masterarbeit aufbewahrt.
- Ich behalte mir das Recht vor, jederzeit und ohne Erklärung den Raum zu verlassen und im Weiteren meine Einwilligung zur Verwendung meiner Beiträge jederzeit schriftlich oder mündlich zurückzuziehen, ohne, dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich (Vera Zihlmann) bestätige, dass ich den/die Teilnehmende/n über Inhalt, Ziele und Ablauf des Round-Tables informiert habe. Ich gewährleiste, dass das paraphrasierte Gespräch nur im Rahmen meiner Masterthesis und allfälligen Folgepublikationen verwendet wird und ich den oben genannten Bestimmungen zum Datenschutz Folge leiste.

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Anhang B: Kategoriensystem

Strukturierungs-dimensionen	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Kritik: = (mögliche) Differenz zwischen Ist- und Soll Zustand	Kritik (Bemängelung, Beanstandung, Missfallensäusserung, Tadel, Unmut) Als prüfende Beurteilung, Einschätzung und Wertung. Kritisierend im Sinne von tadelnd, ablehnend, beanstandend in Bezug auf das zu überprüfende Thema.	„Und von diesem Moment an, als ich diesen FFE [Fürsorgerischer Freiheitsentzug] (Anm.der Autorin) hatte, habe ich gedacht, so jetzt bist du ausgeliefert. Von da an war es weg mit eigener Meinung, fertig mit entscheiden. Und ich glaube, das ist eine grosse Kritik und ich glaube auch die Art und Weise wie man mich abgeholt hat“ (Betroffenen EX-IN).	Beschrieben als Kritikpunkte über die vorgegebene Definition (siehe Anhang A) und/oder kritische Äusserungen darüber, welche Hindernisse, Probleme, Schwierigkeiten etc. eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen behindern.
Vision: = Soll- Zustand.	Eine Vision als ideale Vorstellung, ein Entwurf, ein Bild über die Zukunft. Ein Zustand wie etwas sein soll (Soll-Zustand).	„Wir müssen Leute ermutigen, auch eine Vorbildfunktion zu übernehmen. Darum finde ich diese Ausbildung [EX-IN] so fantastisch. Es sollte ja auch noch eine finanzielle Ressource werden, dass man diese Vorbildfunktion übernehmen kann und so arbeiten kann. Warum nicht, irgendwie ein Finanzsystem gründen können, ob eine Stiftung oder so, dass Leute Vorbilder sein können“ (Angehörige).	Beschrieben als Ideen, Vorstellungen, Fantasien, Utopien, damit eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen in Zukunft besser gelingt.
Realität: = Ist-Zustand.	Die Realität, als Abbild der (konstruierten) Wirklichkeit. Die tatsächliche Lage, welche die aktuellen Gegebenheiten abbilden.	„Also überall in X, Klinik X, sind sie dran, Peer-Arbeit zu machen, die läuft. Die sind dran, Peer-Arbeit so Pilotmässig zu beginnen, das läuft auf einer Station und wo sie sogar dann jemanden anstellen möchten, wo Psychiatrie-Erfahren ist usw.“ (Professioneller).	Beschreibung und/oder Erklärung, was eine Genesung oder die Akzeptanz der krankheitsbedingten Grenzen erleichtert.

Anhang C: Ergebnisübersicht

Trialogischer Round-Table: Übersicht der Hauptkategorien

Rolle→	**Betroffenen EX-IN**	**Profis**	**Angehörige**
Dimension Kritik Kategorien (K)→	K1: Kritik am professionellen Behandlungssystem K2: Kritik Autonomieverlust K3: Kritik Stigmatisierung K4: Kritik, wenig Interesse an Recovery	K1: Kritik an professionellen, institutionellen & gesellschaftlichen Wirkungsräumen K2: Kritik fehlende Aufarbeitung & Reflexion K3: Kritik Ausbildung	K1: Kritik am professionellen Helfersystem K2: Kritik Umgang mit Angehörigen K3: Kritik Gesundheitssystem
Rolle→	**Betroffenen EX-IN**	**Profis**	**Angehörige**
Dimension Vision Kategorie (K)→	K1: Vision Mitsprache & Mitbeteiligung K2: Vision Peer-Arbeit K3: Vision Ziel der Entstigmatisierung	K1: Vision Partizipation & Ermächtigung K2: Vision innovative Handlungsmodelle K3: Vision Recovery- und Peer-Arbeit in den Institutionen	K1: Visionär denken, reflektieren und behandeln K2: Vision bezahlte Peer-Angebote K3: Vision Vorbilder
Rolle→	**Betroffenen EX-IN**	**Profis**	**Angehörige**
Dimension Realität Kategorie (K)→	K1: Aufbau von neuen Unterstützungsangeboten K2: Individuelle & institutionelle Veränderungen K3: Profis unterstützen Recovery- & Peer-Arbeit	K1: Peer-Arbeit & EX-IN K2: Institutionelle Offenheit & Bewegung (Strategie, Struktur, Kultur)	K1: Neue Angebote & Innovation K2: Hilfe durch Selbsthilfe

Round-Table Betroffene EX-IN: Übersicht der Hauptkategorien

Dimensionen →	**Kritik**	**Vision**	**Realität**
Betroffene Kategorie (K)→	K1: Kritik an Definition(en) K2: Kritik Grenzen K3: Kritik Helfersystem K4: Kritik Peer-Arbeit & EX-IN	K1: Vision Therapie & Behandlung K2: Vision Finanzierung K3: Vision Recovery- und Peer-Arbeit	K1: Bewältigung, Akzeptanz & Strategien K2: Realisierungsphase: Recovery, Peer-Arbeit & EX-IN K3: Neue Angebote K0: Zustimmung Definition

Experteninterview: Übersicht der Hauptkategorien

Dimensionen →	**Kritik**	**Vision**	**Realität**
Experte Kategorie (K)→	K1: Kritik Hindernisse K2: Kritik Konzepte und Theorien & Therapie und Behandlung K3: Kritik Fehlende Strukturen K4: Kritik Einseitiges Interesse	K1: Vision Forschung & Entwicklung (neue Konzepte) in der Psychiatrie K2: Gesellschaftliche Integration K3: Vision Paradigmenwechsel: Professionelle Kompetenzen und Fähigkeiten	K1: Wandel in der Psychiatrie K2: Neue Formen: professionelles Lernen und Denken K3: Recovery-Konzept: CH/Ausland

Anhang D: Glossar

Verwendete Begriffe:

- Psychiatrie: Teildisziplin der Medizin, welche sich mit der Diagnostik, Erforschung und Behandlung psychischer Störungen befasst.

- Soziale Psychiatrie: Berücksichtigt soziologische, psychologische, biologische und rechtliche Aspekte, sowie individuelle, familiäre und örtliche soziale Gegebenheiten, und schafft und unterstützt Angebote, um die Lebenssituation von psychisch erkrankten Menschen zu verstehen, zu respektieren und (falls gewünscht), zu verbessern. Verschiedenen Disziplinen (z.B. Psychologie, Soziale Arbeit, Pflege etc.) sind dafür zuständig.

- Sozial-Psychiatrie: Dieser Begriff wird in der Arbeit verwendet, um sowohl die institutionelle Psychiatrie, wie auch die Soziale Psychiatrie in einem Wort zu beschreiben. Bei adressierten Beschreibungen (z.B. Psychiatrie), werden die beiden oberen Begriffe getrennt verwendet.

- (ehemals) Betroffene und Betroffene: Diese Begriffe werden Synonym verwendet, da sich der Betroffenheitsbegriff im Verlaufe eines Genesungsprozesses (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) subjektiv immer wieder verändern kann.

- EX-IN: Experienced Involvement, Einbezug (Beteiligung) Erfahrener. EX-IN bedeutet, dass Menschen mit Erfahrung mit psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung ihre reflektierten persönlichen Erfahrungen zur Unterstützung anderer einsetzen und in verschiedenen Rollen als "ExpertInnen durch Erfahrung" tätig werden (Auszug aus der Homepage von www.ex-in-bern.ch). Die Experten und Expertinnen durch Erfahrung werden in der Literatur als Experten durch Erfahrung genannt. Dieser Begriff wird so übernommen. ExpertInnen wird aufgrund der unkorrekten Schreibweise nicht verendet.

- Peer-Ausbildung: Die Berner Fachhochschule für Gesundheit (EX-IN) und Pro Mente Sana bieten in der Schweiz Peer-Ausbildungen mit jeweils unterschiedlichen formalen Anforderungen an. In der Ausbildung werden die Peer's befähigt, künftig in verschiedenen Funktionen in der Peer-Arbeit tätig zu sein.

- Peer-Arbeiter/innen, Peer's, Peer-Worker: Nach der Peer-Ausbildung sind die Peer-Arbeitenden in verschiedenen Funktionen (z.B. Weiterbildung, Lehre, Forschung, institutionelle oder ambulante Sozial-Psychiatrie, Beratung und Begleitung, Konzept- und Projektarbeit etc.) tätig. Es ist anzunehmen, dass die genannten Funktionen in engem Zusammenhang mit dem bildungsbiographischen Hintergrund der Personen stehen.

- Betroffene EX-IN und/oder Studierende EX-IN: EX-IN Studierende werden im Forschungsdesign als Betroffene EX-IN bezeichnet, da sie die Betroffenenperspektive stellvertretend repräsentieren und wie aus dem Theorieteil hervorgeht, Betroffene und Peer-Arbeitende bis heute nur im Ansatz Beteiligte sind.

- Professionelle, professionell Tätige, Experten (Expertinnen und Experten→ Plural, die Experten): Diese Begriffe werden synonym verwendet, für jene Personen, welche im professionellen Handlungskontext der Sozial-Psychiatrie tätig sind. Adressierte Professionsbezeichnung (z.B. Pflege, Medizin, Soziale Arbeit) werden ausgeschrieben.

Persönliche Erklärung Einzelarbeit:

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich die Masterthesis selbstständig verfasst habe. Zitate, Literatur- und Autorenbezüge sind in der Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und regelkonform (APA-Richtlinien) angegeben.

Name:	Vera
Vorname	Zihlmann
Titel:	Das personen-zentrierte Recovery-Konzept
Abgabe:	17. Juni 2011
Fachbegleitung:	Prof. Sabine Makowka M.A. / FHS St.Gallen
Unterschrift:	