

RECOVERY IST SCHÖN, ABER MACHT VIEL ARBEIT

Ist die Peer-Arbeit wieder so eine Modeerscheinung, die in der Praxis schnell in den Strukturen der psychiatrischen Versorgung unterzugehen droht? Michaela Amering macht sich für die Peer-Arbeit stark und zeigt auf, mit welchen Befürchtungen und Widerständen zu rechnen ist.

Von Michaela Amering

In einer kürzlich in Österreich durchgeführten Untersuchung zum Einbezug von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen zeigten sich professionelle Helfer deutlich optimistisch (Sibitz u. a. 2008). Diese positive Einstellung in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen steht im Gegensatz zu den im deutschen Sprachraum noch spärlichen Erfahrungen mit einer solchen Einbeziehung in Planung, Organisation und Praxis. Trotzdem kann es als ermutigend angesehen werden, dass sich die überwiegende Mehrheit der Befragten für den Einbezug von Klientinnen und Klienten in Planung und Praxis psychiatrischer Angebote aussprach und den erwarteten Nutzen für alle Seiten als grösser einschätzt als die befürchteten Risiken. Eine Verbesserung der Angebote wurde häufiger durch Einbeziehung Betroffener als Beraternde in die Versorgungsplanung und Organisation als durch Anstellung von Betroffenen als Mitarbeiter erwartet.

Aber auch Befürchtungen wurden genannt, und zwar vorrangig: fehlende organisatorische Fähigkeiten sowie mangelnde persönliche Voraussetzungen wie Weiterbildung und Akzeptanz professioneller Helfer. Das heisst,

es wurde durchaus gesagt, dass die Einbindung auch zusätzliche Arbeit machen würde, was an den Ausspruch von Karl Valentin erinnert: „Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit.“

Der Befürchtung der Mehrarbeit im ohnehin schon stressigen Arbeitsalltag auf Seiten der professionellen Helfer steht die Erfahrung der Betroffenen gegenüber, in der Praxis schnell in den Strukturen der Einrichtungen unterzugehen. In den USA wird diese Kritik längst deutlich. Der Psychiater Dan Fisher, selbst psychoseerfahren und Direktor des National Empowerment Center, kritisiert längst den systematischen Einsatz von Peers in multiprofessionellen Teams und psychosozialen Diensten. Er macht vor allem das Versagen der Supervision durch traditionelle Kliniker dafür verantwortlich, dass im Rahmen der umfassenden Implementierung von Peers als reguläre Mitarbeiter sowohl die eigentliche Peer-Arbeit als auch die Recovery-Orientierung verloren gegangen sind. Um gegenzusteuern, ruft er zu einer Neudefinition von Recovery und Peer-Arbeit und zu voller Kontrolle durch die Nutzer auf.



WIDERSTÄNDE

Recovery ist in den letzten Jahren die gesundheitspolitische Orientierung für die psychiatrische Versorgung im angloamerikanischen Bereich geworden. So haben England, Schottland, Irland, Australien, Neuseeland, Kanada und die USA die Recovery-Orientierung als Vorgabe in ihren Psychiatrieplänen etabliert (Amering/Schmolke 2007). Traditionelle psychiatrische Hilfen sind für Recovery-Prozesse oft wichtig, greifen aber häufig wesentliche Chancen nicht auf oder sind sogar hinderlich für die Anstrengungen der Person auf dem Weg zur Genesung. Die Erfahrungen von Menschen, die selbst „in Recovery“ leben, und ihr Engagement in multiprofessionellen Teams haben grosse Bedeutung für Menschen, die sich in als aussichtslos erscheinenden Situationen befinden. Sie werden zu Identifikationspersonen und weisen den Weg hin zur Selbstbestimmung und Eigeninitiative. Sie können dem bias der Kliniker, deren Kenntnisse ohne eigene Psychoseerfahrung begrenzt und im klinischen Alltag allzu häufig auf Risiken, Krisen und Defizite verengt bleiben, entgegenwirken. Der Blick der Peers für Stärken und für zu stärkende Tendenzen hin zur Gesundheit auch in Phasen der Demoralisierung stellt direkt einen peer support für Betroffene dar, aber in Betreuungsteams darüber hinaus indirekt auch einen hilfreichen Input zum

Umgang mit der Dynamik von Enttäuschung und Resignation. Viele Aus- und Weiterbildungsprogramme für recoveryorientierte Teams nutzen daher Betroffene mit Recovery-Erfahrung sowohl als Mitarbeitende als auch als Lehrende oder Supervisoren.

DIE TOP-TEN-EINWÄNDE

Die Widerstände der professionellen Helfer gegen die in manchen US Bundesstaaten mit einigem Druck von oben verordnete Recovery-Orientierung und die damit verbundene Nutzer- und Angehörigenkontrolle fasst eine prominente Publikation so zusammen (Davidson u. a. 2006, eigene Übersetzung). So heisst es häufig:

- Recovery birgt zu hohe Risiken: „Wenn Recovery also mit Eigenverantwortung der Person zu tun hat, warum werden wir dann zur Verantwortung gezogen, wenn etwas schiefgeht?“
- Recovery entwertet die professionellen Anstrengungen: „Warum habe ich eine jahrelange Ausbildung gemacht, wenn jetzt Leute ohne Ausbildung alle Entscheidungen treffen sollen?“
- Recovery-Orientierung kann man nicht abrechnen und gehört nicht zur evidenzbasierten Medizin.
- Recovery kann nur durch die Schaffung neuer Einrichtungen erreicht werden: „Klar, wir machen gerne Recovery; gebt uns das Geld und wir entwickeln ein Recovery-Zentrum.“
- Recovery kann nur als Resultat von Krankheits- und Behandlungseinsicht entstehen: „Meine Patientinnen und Patienten erkennen nicht einmal, dass sie krank sind. Wie kann ich mit ihnen über Recovery reden, wenn sie nicht einmal einsehen, dass sie krank sind.“
- Recovery in der Psychiatrie ist eine verantwortungslose Modeerscheinung: „Das ist wieder so eine Modeerscheinung, und zwar eine, die Leute mit Sicherheit zum Scheitern bringt.“
- Recovery geschieht nur im Leben einiger Menschen mit weniger schweren psychiatrischen Erkrankungen: „Ihr sprecht nicht über jene Patienten, die ich sehe. Die sind zu stark behindert. Für die ist Recovery nicht möglich.“
- Recovery bedeutet, dass die Person bereits geheilt ist: „Was meinen Sie damit, Ihre Klienten seien ‚in Recovery‘? Sehen Sie nicht, wie behindert die sind? Ist das nicht ein Widerspruch?“
- Eine Recovery-orientierte Behandlung trägt zur weiteren Belastung von professionellen Helfern bei, die ohnehin bereits mehr leisten müssen als ihre Ressourcen es erlauben: „Soll das heissen, wir müssen die Leute nun nicht nur behandeln und betreuen, sondern wir müssen auch noch für ihre Recovery sorgen?“
- Recovery ist nichts Neues: „Was soll die ganze Aufregung? Wir machen Recovery seit Jahrzehnten.“

Die neuen Rollen und Aufgaben, die sich durch Recovery-Orientierung und Nutzerbeteiligung ergeben, führen zu Zuständigkeits- und Machtfragen in verschiedenen Konfliktbereichen. Die „Top Ten“ der Widerstände be-

ziehen sich einerseits stark auf die Frage der – immer viel zu geringen – Ressourcen, andererseits zeigen sie die professionellen Widerstände im Umgang mit dem Risiko sowie die Notwendigkeit einer Klärung von Verantwortung. Selbstbestimmung führt bei den Professionellen zu der Sorge, dass es zur selbstgewählten Vernachlässigung der Patienten kommt, dass die Helfenden jedoch das volle Risiko tragen und schliesslich die Verantwortung übernehmen müssen, „wenn etwas passiert“ (Meehan u. a. 2008). Deshalb sind Krisenpläne, Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen wichtige Instrumente, um die Betreuungssituationen zu klären und zu entlasten. Obwohl „die Würde des Risikos“ und das „Recht, Fehler zu machen“ wesentliche Grundbausteine der Recovery-Orientierung sind, steht jedoch zu befürchten, dass die Professionellen weiterhin lieber einmal zu viel auf Nummer sicher gehen, als Risiken mitzutragen, solange die rechtliche Situation sie nicht ganz klar unterstützt und von ihren Sorgen befreit.

GRENZEN UND MÖGLICHKEITEN DER EINBEZIEHUNG

Überblickt man die zahlreichen britischen Publikationen zur Einbeziehung von Betroffenen und Familien, dann wird rasch klar, dass der Aufruf zur Veränderung und zur gleichberechtigten Zusammenarbeit bei den Professionellen nicht nur Begeisterung ausgelöst hat. Ganz typisch wird in Grossbritannien sogar für möglich gehalten, dass die Einbeziehung seitens der Regierung dazu benutzt wird, um unliebsame und ungünstige Veränderungen – allen voran Sparmassnahmen – „demokratisch“ zu rechtfertigen.

In Grossbritannien sind die politischen Vorgaben so, dass Betroffene auf allen Ebenen mit einbezogen werden. Aus den Berichten über die Schwierigkeiten mit dieser neuen Politik fassen L. Tait und H. Lester (2005) die Hindernisse auf dem Weg zur Betroffenenbeteiligung wie folgt zusammen:

- Mangel an Information;
- Kosten der Einbeziehung von Betroffenen (Zeit und Geld);
- Widerstände der Professionellen gegenüber der Idee einer gleichberechtigten Einbeziehung von Betroffenen;
- Sorgen um die Repräsentativität.

Die ersten drei Punkte machen allesamt klar, was nicht zu übersehen ist: Wollen wir die psychiatrische Versorgung dadurch verändern und verbessern, dass die Nutzerinnen und Nutzer unserer Hilfeangebote in allen Bereichen gleichberechtigt beteiligt sind, dann ist das eine riesige Veränderung. Selbst diejenigen unter uns, die darin eine grossartige Chance sehen, müssen erleben, wie sehr uns Erfahrung, Expertise und guter Rat fehlen. Wir wissen noch nicht, wie wir mit dieser Möglichkeit umgehen sollen. Und um uns das Know-how anzueignen, um dieser Aufgabe gerecht zu werden, brauchen wir Zeit und Geld, Training und Supervision. Angebote von Seiten der Betroffenenbewegung gibt es derzeit – glücklicherweise. Jedoch reicht



zur vollen Nutzung dieses Angebots unser guter Wille allein nicht aus. Wir wissen, dass der Prozess einer solchen Neuorientierung spannend und lehrreich sein wird, aber es ist auch klar, dass Rückschläge zu ertragen sein werden, Enttäuschungen verarbeitet werden müssen und neue nicht bedachte Probleme auftauchen werden.

Eines dieser Probleme formuliert sich häufig über die Frage, wie repräsentativ diejenigen Betroffenen sind, die nun plötzlich in den Gremien und Arbeitsgruppen sitzen, mitplanen und abstimmen. Repräsentativ für was oder wen, ist die nächste Frage. Beim Nachdenken darüber kann man schon in eine Grundsatzdiskussion geraten. Praktisch kann das so aussehen: Diejenigen, die nun in den Gremien sitzen, sind Menschen mit grossem Engagement und häufig auch mit dem Talent, solche Situationen zu nutzen, um Kritik und Veränderungsvorschläge anzubringen. Für die Professionellen entsteht die Sorge, dass jene Klienten, die ihnen üblicherweise ruhig und zufrieden gegenüberstehen, hier gar nicht vorkommen. Sie sind der Meinung, dass ihre anderen Klienten, wie sie sie aus therapeutischen Kontakten kennen, ganz anders und viel bedürftiger und nicht so fordernd und selbstbestimmt sind.

Die Vertreter der Nutzerinnen und Nutzer antworten, dass sich wohl die Pflegepersonen oder Ärzte ja auch nicht gerade durch jene vertreten lassen würden, die am wenigsten eloquent und durchsetzungsfähig seien. Sie wissen um die Sorgen und Wünsche anderer Klienten, die ihnen manches anvertrauen, was sie den Professionellen gegenüber im Einzelkontakt nicht ausdrücken würden. Oft haben die Aktivisten viel Erfahrung in der Selbsthilfe, die sie jetzt nutzen können.

Meine persönliche Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Betroffenen in der klinischen Praxis und der Selbsthilfebewegung stimmt mich äusserst hoffnungsvoll in dieser Richtung. In Birmingham, wo Ron Coleman Mitarbeiter und Berater in dem Assertive-Outreach-Team war, in dem ich gearbeitet habe, war eindrucksvoll zu erleben, wie Coleman gerade mit Menschen, deren Lebens- und Psychiatrieerfahrung von Gewalt geprägt war, in einer Weise umgehen konnte, die viel zur Deeskalation

beitrug. Die Expertise aus seiner eigenen Erfahrung mit ähnlichen Situationen eröffnete neue Chancen, die ohne seine spezielle Rolle niemals denkbar gewesen wären. Auch ein von Betroffenen geleitetes Krisenhaus, das Betreuungsplätze alternativ zu Krankenhausbetten zur Verfügung stellt, bedeutete eine deutliche Erleichterung und Bereicherung der Interventions- und Hilfemöglichkeiten. Gerade Interventionen in Richtung Motivation und Übernahme von Verantwortung durch Betroffene, das Durchbrechen von Chronifizierungstendenzen und Traditionen, die durch eine Konzentration auf „Stabilisierung“ gelähmt sind, kommen aus der Reihe der Mitarbeitenden und Leiter, die eigene Erfahrung mit Recovery haben. Es ist bei weitem nicht nur ihr Beispiel, das hier wirksam wird. Es sind Techniken und Methoden und neue Formen der Beziehungsgestaltung, die gezeigt werden. Und daraus lernen auch Professionelle. Ist – wie oben gesagt – genug Zeit, Geld, Trainings- und Supervisionsmöglichkeiten für diese neuen Herangehensweisen vorhanden, dann ist auch das Potenzial solcher Veränderungen im Kampf gegen den Burn-out der professionellen Mitarbeitenden nicht zu unterschätzen.

Aus der Arbeit der Australierin Helen Glover (Amering/Schmolke 2007) mit psychiatrischen Teams, die sich in Richtung Recovery-Orientierung verändern wollen, ist zu berichten, dass solche Veränderungsprozesse sehr mühsam sein können und viel Zeit brauchen. Aus ihrer Sicht ist eine wesentliche Voraussetzung für recoveryorientiertes Arbeiten, dass sich die professionellen Helferinnen und Helfer selbst in einer Situation befinden, in der sie ihre Arbeit positiv bewerten und gestalten können. Zweifeln sie selbst hingegen an ihrem Wert und an ihrer Gestaltungskraft, dann können sie schwerlich Recovery-Motivation bieten.

Eine wichtige Übung ist es, der beherrschenden Geschichte von Krankheit, Drehtürpsychiatrie und Hoffnungslosigkeit eine neue, andere Geschichte entgegenzusetzen. Jede kleine Veränderung in Richtung Recovery-Orientierung muss laut vom Dach gerufen und in ihrer Bedeutung bestätigt werden, damit sie sich neben der herrschenden Geschichte behaupten kann. Allerdings braucht man angesichts der Tatsache, dass sich die herrschende Tradition über Jahrhunderte entwickelt hat, viel Geduld und einen langen Atem.



.....
Michaela Amering ist Professorin und Oberärztin der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien. Seit vielen Jahren verfolgt sie die internationale Entwicklung der Betroffenenbewegung und Angehörigenbewegung und beschäftigt sich mit den grossen Chancen, die durch eine starke Betroffenenbewegung und eine dialogische Gestaltung der Psychiatrie entstehen. Der Text ist ein Auszug aus dem Artikel „Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit“ in: UTSCIAKOWSKI, SIELAFF, BOCK „Vom Erfahrenen zum Experten“. (2009): Psychiatrie Verlag – mit freundlicher Genehmigung des Verlages und der Autorin.