

«Erfahrungswissen ist zentral»

Caroline Gurtner im Gespräch mit Prof. Dr. Mike Slade



Respekt vor Menschen, die Peer-Arbeit leisten, und der Wunsch, diese noch besser in die Psychiatrie einzubinden: Einer der weltweit führenden Experten und Autoren zum Thema Recovery und Inklusion für eine ergebnisorientierte Psychiatrie gibt uns Einblicke in seine Erfahrungen und Visionen.

Caroline Gurtner (CG): Zuerst einmal herzlichen Dank, dass du dich spontan zu diesem Interview bereit erklärt hast. Du beschäftigst dich seit vielen Jahren mit Themen wie Recovery und sozialer Inklusion und betonst in diesem Zusammenhang, wie wichtig es ist, die Erfahrungsperspektive der Nutzer*innen von psychiatrischen Dienst-

«Ohne den Willen, etwas zu verändern, gibt es auch keine Notwendigkeit, etwas zu tun.»

– Mike Slade

leistungen einzubeziehen. Gerne möchte ich mit dir darüber sprechen, wie sich die psychiatrische Versorgung aus deiner Sicht in Zukunft verändern muss, damit sie sich besser an den Bedürfnissen der Nutzer*innen orientiert und nicht umgekehrt, dass sie also personenzentrierter und Recovery-orientierter wird.

Mike Slade (MS): Im traditionellen System (Anm. d. Red.: biomedizinisch geprägtes System) liegt der Schwerpunkt einer Behandlung vorwiegend auf der Compliance. Es geht also in erster Linie darum, die Patient*innen dazu zu bringen, sich an das zu halten, was der Arzt für das Beste für ihn hält. Dies hatte sowohl Vor- als auch Nachteile. Der neue Ansatz, von dem wir hier sprechen und der international als Recovery-orientierte, rechte-basierte oder personenzentrierte Versorgung bezeichnet wird, bewegt sich natürlich in denselben Versorgungssettings. Es handelt sich hier aber um eine ganz andere Erwartungshaltung, bei der Betroffene ihre Behandlung nicht passiv ertragen, sondern vielmehr aktiv daran mitwirken.

CG: Was genau bedeutet denn eine Recovery-orientierte Versorgung?

MS: Dies bedeutet ein persönlicher Entwicklungsprozess des Einzelnen, hin zu einem lebenswerten Leben, das entweder ein Leben mit psychischen Belastungen oder auch ein Überwinden dieser Belastungen sein kann. Beides ist möglich.

Das traditionelle System, von dem wir vorhin gesprochen haben, ist sehr stark auf die Symptome ausgerichtet. In vielen Ländern hat sich nun aber eine Veränderung vollzogen, die viel stärker auf ein zufriedenstellendes Leben fokussiert, mit umfassenderen Zielen der Betroffenen also einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt. Man kann aber auch nicht sagen, dass jetzt überall alles wunderbar ist. Die Umsetzung dieses neuen Ansatzes in der Praxis hat nicht immer Schritt gehalten mit den theoretischen und politischen Argumenten.

CG: Ja, das erleben wir auch hier in der Schweiz so.

MS: Grundsätzlich kann man schon sagen, dass sich ein Wandel vollzogen hat. Die Schweiz, wie auch andere Länder mit einem gut ausgebauten Gesundheitssystem, befin-

den sich in einem Veränderungsprozess. Und meines Erachtens gibt es derzeit kein Land oder kein System, wo ich nun mit dem Finger drauf zeigen und sagen könnte: «So müsste es am Ende aussehen, wenn ihr da angekommen seid, dann habt ihr den Wandel geschafft!» So etwas wäre komplett kontraproduktiv, denn ohne den Willen, etwas zu verändern, gibt es auch keine Notwendigkeit, etwas zu tun.

CG: Das ist eine sehr interessante Aussage, kannst du dies vielleicht noch etwas ausführen?

MS: Ich möchte hier gerne die beiden Begriffe «echter Wandel» und «oberflächlicher Wandel» kurz beschreiben. Um einen echten Wandel herbeizuführen, braucht es neben einem langen Atem auch viele kleine Schritte, die schliesslich zum gewünschten Ziel führen. In Neuseeland gibt es zum Beispiel Peer-geleitete Institutionen für die Begleitung von Menschen mit einer psychischen Belastung. Dies könnte man sozusagen als Symbol für echten Wandel betrachten. Es gibt jedoch auch den oberflächlichen Wandel, wenn zum Beispiel traditionelle Strukturen einfach ein Recovery-Label erhalten, ohne dass die Abläufe oder die Handlungen hinterfragt und angepasst werden.

So gibt es beispielsweise Behandlungsteams in der Versorgung, die sich plötzlich als Recovery-Teams bezeichnen, ohne dass sich an ihrer Arbeitsweise etwas geändert hätte. Natürlich stehen wir auch aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den Ländern an unterschiedlichen Punkten in der Umsetzung, es kann aber nirgendwo das Ziel sein, dass Peer-Mitarbeitende plötzlich auf der Abteilung herumlaufen und Medikamente verteilen. Wichtig sind deshalb sogenannte Marker für Veränderung, die auch Orientierung während des Veränderungsprozesses bieten.

CG: Kannst du vielleicht ein konkretes Beispiel für einen solchen Marker geben?

MS: In Dänemark gibt es eine psychiatrische Klinik, da entscheiden die Patient*innen selbst über eine stationäre Aufnahme, nicht die Ärzt*innen, es ist also eine sogenannte «Patienten-kontrollierte Patientenaufnahme» (Anm. d. Red.: Die Patient*innen entscheiden sich proaktiv für eine stationäre Behandlung. Traditionell ist es eher so, dass Patient*innen von ihrem Behandler – Hausarzt*in oder Psychiater*in – überwiesen werden und keine echte Mitsprache haben). Dies zeigt, dass Innovation möglich ist, und wir sollten uns deshalb nicht immer nur daran orientieren, was eben nicht oder noch nicht gut funktioniert. Natürlich muss man aber auch sagen, dass gerade im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie auch zusätzliche Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu bewältigen waren.

«In der psychiatrischen Versorgung stehen besonders jene Personen im Spannungsfeld, die sich im Grenzbereich zwischen der Gruppe der Gesundheitsfachpersonen und derjenigen der Patient*innen befinden, also die Peer-Mitarbeitenden.»

– Mike Slade

CG: Mike, du hattest zu Beginn auch die rechte-basierte Versorgung angesprochen. Kannst du hierzu noch etwas sagen, was für uns in der Schweiz hinsichtlich dieser Forderung zu beachten wäre?

MS: Als Teil der Quality Rights Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden Instrumente entwickelt, die Möglichkeiten aufzeigen, wie zum einen der Recovery-Ansatz sowie zum anderen die Menschenrechte in der Versorgung von Menschen mit psychischer Belastung umgesetzt werden können (siehe [QualityRights materials for training, guidance and transformation: who.int](http://QualityRights.org)).

Dies erfolgte in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sowie weiteren internationalen Standards für Menschenrechte. Auf regionaler Ebene wurde diese Initiative bereits vielerorts umgesetzt und es ist daraus eine Reihe von Veröffentlichungen entstanden. Dies ist insofern interessant, als Länder auf der ganzen Welt das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unterzeichnet haben und sich dazu verpflichten, diese Rechte einzuhalten. Das erzeugt einerseits einen gewissen Druck auf politischer Ebene, andererseits bewegt sich aber gleichzeitig auch etwas aufseiten der Nutzer*innen.

So sind auch neue akademische Disziplinen entstanden wie Mad Studies und Survivor Research, die eine spannende Alternative präsentieren und auf der Annahme basieren, dass Erfahrungswissen zentral ist.

CG: Du sprichst die Bedeutung der Nutzer*innenperspektive an, wie muss man sich das in der Praxis konkret vorstellen?

MS: Man kann dies zum Beispiel anhand eines Gesprächs zwischen einem Patienten und einer Ärztin verdeutlichen. Eigentlich müsste man von zwei Expert*innen im Raum sprechen: Wenn also die Ärztin mit dem Patienten zusammentrifft, ist das Erfahrungswissen des Patienten, also die Erfahrungsperspektive, für die Entscheidungsfindung wertvoller als klinisches Wissen. Das stellt natürlich das gesamte Machtverhältnis auf den Kopf. Es geht also um Macht und um eine Veränderung der Machtverhältnisse, und das ist natürlich schwierig für Menschengruppen, die Macht verlieren, denn keine Gruppe gibt freiwillig Macht ab.

CG: Für welche Gruppe siehst du hier die grösste Herausforderung?

MS: In der psychiatrischen Versorgung stehen besonders jene Personen im Spannungsfeld, die sich im Grenzbereich zwischen der Gruppe der Gesundheitsfachpersonen und derjenigen der Patient*innen befinden, also die Peer-Mitarbeitenden. Für sie ist es eine sehr schwierige Situation, denn sie werden in verschiedene Richtungen gezogen. Es stellt sich die Frage, gehören sie eher zu den Patient*innen oder vielleicht doch eher zu den Fachpersonen?

Für Peer-Mitarbeitende ist es deshalb eine grosse Herausforderung, einen Platz zwischen den verschiedenen Kräften einzunehmen, aber natürlich ist es genau diese Art von Rolle, die zu einem Träger wird. Die Tatsache, dass sie weder das eine noch das andere sind, bricht das Stigma, das innerhalb des Systems über die psychische Verfassung eines Menschen urteilt. Und sobald wir anfangen, diese Unterscheidungen infrage zu stellen, sehen wir nicht mehr Patient*innen, sondern Menschen.

CG: Diese Aussage gefällt mir sehr. Dann siehst du die Peer-Arbeit also auch als zentral für die Transformation der Versorgung vom traditionellen zum neuen System?

MS: Ja, ich denke, sie ist mitunter der wichtigste Faktor. Ich habe so viel Respekt vor Menschen, die als Peer-Mitarbeitende arbeiten. Wir führen zur Peer-Arbeit derzeit eine Studie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen durch (UPSIDES – Research Into Recovery).

Da sind zum Beispiel Länder wie Indien, Tansania und Uganda involviert, damit wir verstehen, was anders ist, wenn Peer-Arbeit in eher kollektivistischen Gesellschaften stattfindet. Was können wir hier lernen? Und wie sehen die Ergebnisse aus? Welche Auswirkungen hat die Peer-Arbeit auf Menschen mit psychischer Belastung in diesen Ländern? Ich denke, dass die Evidenzbasis für Peer-Arbeit als wirklich kulturübergreifender, transformativer Ansatz sehr hoch ist.

Die Schweiz hat mit ihren föderalen Strukturen wieder andere Herausforderungen, hier gibt es viele Kantone und diese agieren sehr autonom. Das heisst der Bund kann den Kantonen nicht vorschreiben, was sie zu tun haben. In den USA beispielsweise wurde die Umsetzung der Peer-Arbeit auf nationaler Ebene stark beeinflusst durch die Einführung der Erstattungsfähigkeit im Rahmen von Medicaid, also des Krankenversicherungssystems. (Anm. d. Red.: Dies bedeutet, dass die Peer-Arbeit durch die Krankenversicherung abgedeckt ist, also erstattungsfähig wird. Dies ist in der Schweiz noch nicht der Fall und macht den Einsatz von Peers gerade im ambulanten Setting eher schwierig.)

CG: Dann siehst du auch die Finanzierungsstrukturen als treibenden oder eben hemmenden Faktor für Veränderung im Gesundheitswesen?

MS: Einer der Vorteile von krankenversicherungsbasierten Gesundheitssystemen wie das der Schweiz ist sicher, dass gewisse Dienstleistungen erstattungsfähig werden. Ich könnte jetzt aber keine allgemeingültige Zauberformel nennen, wie ein solches System für Veränderung genutzt werden kann. Unabhängig von der Art des Systems bin ich jedoch überzeugt davon, dass Veränderung möglich ist.

CG: Hast du eine abschliessende Botschaft für die Leser*innen, was in diesem Zusammenhang auch noch wichtig wäre?

MS: Es gibt ein interessantes Sprichwort aus der Organisationsentwicklung. Es lautet: Wenn die Menschen sich ändern, ändern sich auch die Leader. Es geht also auch darum, Druck vonseiten der Basis zu erzeugen. Veränderung hat auch einen sehr kreativen Aspekt, nämlich etwas zu erschaffen.

CG: Das ist ein perfektes Schlusswort! Herzlichen Dank, Mike, für dieses inspirierende Interview. Ich bin überzeugt, dass deine Aussagen unsere Leser*innen ermutigen werden und es uns allen gemeinsam gelingen wird, den Weg für das neue System zu ebnen.



Mike Slade

Mike Slade ist Professor für Recovery und soziale Inklusion an der Universität von Nottingham. Seine Hauptforschungsinteressen sind genuesungsorientierte und ergebnisorientierte psychiatrische Gesundheitsdienste, einschliesslich Recovery-Colleges sowie Recovery-Geschichten. Er hat über 300 wissenschaftliche Artikel verfasst und 15 Bücher veröffentlicht.

Mehr Informationen zu Mike Slade und seinen Projekten finden Sie unter:

► researchintorecovery.com



Caroline Gurtner

Leiterin Recovery & Sozialpolitik
Pro Mente Sana

c.gurtner@promentesana.ch