

PRO MENTE SANA

AKTUELL ¹



RECOVERY IN INSTITUTIONEN

AKTUELL Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle:
erste Erfahrungen **Seite 38**

LIEBE LESERINNEN UND LESER



Sabine Schläppi

Vermutlich sind Sie dem Begriff Recovery längst begegnet, sind vertraut mit dem Gedanken der Möglichkeit der Genesung. Und natürlich kennen Sie Menschen, die mit ihrer Krankheitsgeschichte einer Herausforderung begegnet sind und dadurch Fähigkeiten erworben haben, welche ihnen nun ein weitgehend selbstbestimmtes Leben in neuer Qualität ermöglicht.

Als Psychologin bin ich diesen Gedanken bis anhin kaum begegnet; schon eher dann im Public-Health-Studiengang. Dort habe ich erfahren, dass Gesundheit nicht zuletzt von sozialen Bedingungen abhängt und dass es Faktoren gibt, die gesund erhalten. Auch das von Aaron Antonovsky entwickelte Konzept der Salutogenese habe ich dort kennengelernt. Dieses geht der Frage nach, wie ein guter Teil von Menschen auch trotz zutiefst belastenden Umständen gesund bleibt oder seine Gesundheit wiedererlangen kann. Das grundlegende Potenzial dieser Sichtweise ist ihr Fokus auf gesundheitsfördernde Faktoren – dies im Unterschied zur traditionellen Medizin und weiten Teilen der Psychologie, die ihren Blick in erster Linie auf die Pathogenese, d. h. auf die Entstehung von Erkrankungen richten.

Antonovsky setzt in seinem Konzept auf das Kohärenzgefühl. Darunter versteht er das Vertrauen in eine gewisse Vorherseh- und Erklärbarkeit der Umwelt, in die eigenen Fähigkeiten, sich den Anforderungen der Umwelt stellen zu können und in einen Glauben daran, dass sich die Mühe lohnt, eine Herausforderung anzugehen. Mit der salutogenetischen Haltung ist weiter ein Verständnis von Gesundheit als Prozess sowie die Sichtweise verbunden, dass jeder Mensch gesunde und kranke Anteile in sich trägt.

Stimmigerweise zeigte sich Antonovsky denn auch offen gegenüber einem Nebeneinander von Pathogenese und Salutogenese. Die Pathogenese ermöglicht es, den kranken Anteil zu analysieren und in gewisser Weise verstehbar zu machen. Damit wird – bei Betroffenen wie auch bei Fachpersonen – der Grundstein für das Vertrauen in eine Verstehbarkeit des Geschehens, des eigenen Erlebens oder eben dasjenige des Patienten gelegt.

Auf dieser Basis wird es möglich, die Angst vor dem bisweilen unverständlichen Geschehen zu transformieren, neue Schritte zu wagen und Raum zu schaffen für Gedanken an Gesundheit, an eigene Fähigkeiten und an Lebensziele – an neue oder verschüttete.

Eine gute Versorgung heisst demnach, beiden Sichtweisen Raum zu geben. Die Beschreibung und Analyse von Krankheitssymptomen und die Würdigung von Leid können hilfreich sein, soweit sich daraus bei den erkrankten Menschen wieder Vertrauen aufbauen lässt: in ihre Kompetenzen, in die Möglichkeit des Zugangs zu ihren Stärken und in gesunde Lebensziele. Eine gute Versorgung heisst, dass sowohl Klientinnen und Klienten wie auch Fachpersonen einen Umgang mit beiden Sichtweisen lernen und dass dadurch Systeme entstehen, die der Gesundheit ebenso viel Raum geben wie der Analyse der kranken Anteile.

Auch die Psychiatrie und Psychologie müssen sich entwickeln – hin zu einem System, das Vertrauen hat in eine gewisse Erklärbarkeit des Geschehens, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, den Herausforderungen, die psychische Erkrankungen stellen, gewachsen zu sein sowie den Glauben

IMPRESSUM

.....

Herausgeberin:

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich
Tel. 044 563 86 00, Fax 044 563 86 17
E-Mail: kontakt@promentesana.ch
PC 80-19178-4

Telefonische Beratung:

0848 800 858 (Normaltarif)
Mo, Di, Do 9–12 Uhr, Do 14–17 Uhr

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsdatum dieser Ausgabe:
20. März 2015

Redaktion: Lesly Luff

Fachredaktion: Uwe Bening

Titelbild und Illustrationen: Thomas Bögli

Gestaltung: Raoul Schweizer, Zürich
Satz, Druck und Versand:
Brüggli Medien, 8590 Romanshorn

Bezugspreise:

Einzelnummer Fr. 12.–

Jahresabonnement Fr. 40.–

GönnerInnenbeitrag inkl. Abonnement
Fr. 60.–

Die Zeitschrift ist ein Informationsorgan von Pro Mente Sana. Gleichzeitig versteht sie sich als Forum, in dem GastautorInnen ihre Meinung zu einem Schwerpunktthema unabhängig von der Meinung der Redaktion äussern.


Redaktionsschluss für Inserate und
Veranstaltungshinweise:

3/15: 15. Mai 2015

4/15: 14. August 2015

daran, dass sich therapeutische Interventionen lohnen. Oder wieder auf ein/das Individuum bezogen, wie es Thomas Ihde formuliert: „Recovery steht für die Hoffnung, dass Gesundheit auch bei schweren chronischen psychischen Krankheiten möglich ist. Recovery bedeutet, wieder die Verantwortung zu übernehmen für die eigene Gesundheit und schliesslich Strategien zu erlernen, wie mit den ‚Symptomen‘ umgegangen werden kann, damit neue Lebensqualität wiedergewonnen wird.“

Nur wenn unsere Versorgung diesen Gedanken und Methoden Raum gibt, sind auch unsere Systeme gesundet und können damit erst Basis sein für Menschen, deren gesunde Anteile in den Hintergrund geraten sind. Engagieren wir uns für eine rasche und umfassende Umsetzung!



RECOVERY – EIN GEWINN FÜR ALLE!

Lesly Luff
Uwe Bening



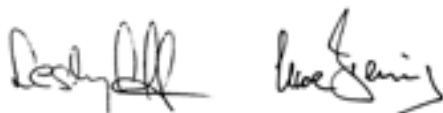
Am 6. November 2014 fand in Solothurn die Jahrestagung von Pro Mente Sana statt. Zahlreiche Interessierte folgten der Einladung von Pro Mente Sana und der Solodaris Stiftung, um sich mit dem Recovery-Gedanken auseinanderzusetzen. Dieser bewegt viele Fachpersonen und weckt zunehmend grosses Interesse im sozialpsychiatrischen Umfeld. Doch warum soll es sich lohnen, Recovery in Institutionen umzusetzen und inwieweit ist das denkbar und konkret umsetzbar?

In der vorliegenden Ausgabe unserer Zeitschrift finden Sie die Themen, die an der Tagung diskutiert wurden, sowie zusätzliche praktische Einblicke in Möglichkeiten der Peer-Einbindung.

„Ob eine Sache gelingt, erfährt man nicht, wenn man darüber nachdenkt, sondern nur, wenn man sie ausprobiert.“

In diesem Sinne möchten wir Sie dazu anregen, Neues anzupacken und neue Wege zu beschreiten. Lassen Sie sich durch die Beiträge anregen, ermuntern, ermutigen, bestätigen und... Sie dürfen auch Ängste und Unsicherheiten haben – die gehören bei Veränderungen genauso dazu. Es gibt nämlich keinen Fahrstuhl zum Glück: Man muss die Treppe nehmen.

Wir wünschen Ihnen eine bereichernde Lektüre.



INHALT

- 5 Pro Mente Sana informiert

- 6 Impressionen einer Tagungsteilnehmerin

- 7 Recovery durch Genesungsbegleitung – Aussichten für den nicht klinischen Sektor

- 10 Wie viel Nähe verträgt die professionelle Distanz?

- 12 Nachdenken über meine Peer-Arbeit

- 14 Luzerner Psychiatrie: der persönliche Genesungsweg im Fokus

- 17 Recovery in der Institution Betula

- 19 Welchen Beitrag leistet die Peer-Ausbildung zur Kompetenzerweiterung?

- 21 Expertinnen und Experten durch Erfahrung in der Pflegeausbildung

- 23 Bewerbungsgespräch für eine Peer-Anstellung – ein Musterbeispiel

- 25 Inklusion als Recovery-orientiertes Unternehmungsziel der Solodaris Stiftung

- 27 Recovery und Arbeitsintegration

- 30 Recovery und Erwerbstätigkeit

- 32 Akut

- 34 Sprachrohr

- 36 Selbsthilfe

- 37 Bücher und Medien

- 38 Psychiatrieszene

BONUSMATERIAL



Auch zu diesem Heft bieten wir Bonusmaterial an. Weiterführende Inhalte oder zusätzliche Beiträge können auf www.promentesana.ch abgeholt werden.



Ziel führend

Fachkurse und Weiterbildungsstudiengänge eröffnen Ihnen neue Perspektiven

Das Weiterbildungsprogramm der Berner Fachhochschule wird laufend weiterentwickelt: In zielorientierten Studiengängen und Fachkursen vertiefen Sie Ihre Kenntnisse und eignen sich neues, praxisnahes Wissen an. Alle Angebote finden Sie auf unserer Website.

Master of Advanced Studies (MAS)

- Mental Health

Diploma of Advanced Studies (DAS)

- Psychische Gesundheit

Certificate of Advanced Studies (CAS)

- Ambulante psychiatrische Pflege
- Clinical Assessment und Decision Making
- Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung
- Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung
- Psychiatrische Pflege
- Verbesserung der Gesundheit

Fachkurse

- Adherencetherapie
- Forensisch psychiatrische Pflege
- Ambulante psychiatrische Pflege
- Gesundheitsförderung
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Krisen- und Kurzzeitinterventionen
- Motivational Interviewing
- Pflegeprozess bei psychischen Störungen
- Psychiatrie
- Psychoedukation
- Public Health
- Wissenschaftliches Arbeiten – reflektierte Praxis

Telefon +41 31 848 44 44
weiterbildung.wgs@bfh.ch

gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

PRO MENTE SANA INFORMIERT

INFORMELLE ANHÖRUNG ZUM BERICHT „DIALOG-PROJEKT PSYCHISCHE GESUNDHEIT“

Am 20. November 2014 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) den Entwurf des Berichtes „Dialog-Projekt Psychische Gesundheit“ zur Anhörung freigegeben. Gegenstandsbereich des vorliegenden Berichtentwurfs sind die Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen. Die informelle Anhörung besteht aus zwei Teilen: einem Hearing sowie einer Onlineumfrage. In einer ersten Sichtung ist Pro Mente Sana überzeugt von den vorgeschlagenen Massnahmen. Die offizielle Stellungnahme wird vom Stiftungsrat im Februar verabschiedet und auf unserer Website publiziert. SAS

UNTERSTÜTZUNG BEIM AUSFÜLLEN IHRER PSYCHIATRISCHEN PATIENTENVERFÜGUNG (PPV)

Betroffene, Angehörige oder Fachpersonen (in Vertretung von betroffenen Personen) können sich bei Pro Mente Sana für ein Beratungsgespräch zum Ausfüllen einer Psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) anmelden (über das Sekretariat: 044 446 55 00, oder über das Beratungstelefon: 0848 800 858). Die Beratungsgespräche finden wenn möglich am Freitag auf der Geschäftsstelle von Pro Mente Sana in Zürich statt. Auf Anfrage kommen wir, soweit es uns zeitlich möglich ist, auch zu Ihnen – vorwiegend in eine Selbsthilfegruppe, einen Treffpunkt oder Ähnliches oder für eine Serie individueller Beratungen. Weiterhin können Sie Ihre Fragen betreffend PPV auch am Beratungs-

telefon stellen. Die PPV und die Arbeitshilfe sind abrufbar unter: www.promentesana.ch.

RECHTSKURSE 2015 VON PRO MENTE SANA

Pro Mente Sana bietet 2015 folgende Rechtskurse in Zürich an:

Sozialhilfe: Donnerstag, 11. Juni 2015. Kursleitung: Christine Vogel-Etienne, Dr. iur., Rechtsanwältin.

Arbeitsrecht und Krankentaggeld: Freitag, 12. Juni 2015. Kursleitung: Anita Biedermann, lic. iur., Juristin.

Krankenversicherung: Mittwoch, 26. August 2015. Kursleitung: Myriam Schwendener, Dr. iur., Juristin.

Invalidenversicherung: Donnerstag, 27. August 2015. Kursleitung: Christoph Lüthy, lic. iur., Rechtsanwalt.

Das Programm und Anmeldeformular finden Sie auf: www.promentesana.ch

EIN FALL AUS DER RECHTSBERATUNG: HABE ICH ANSPRUCH AUF HERAUSGABE MEINER KRANKENGESCHICHTE IM ORIGINAL?

Ich hatte zunehmend Schwierigkeiten mit meiner Therapeutin und habe aufgrund von Differenzen die Psychotherapie beendet. Nun fühle ich mich nicht wohl bei dem Gedanken, dass meine ehemalige Therapeutin meine Krankengeschichte bei sich lagert. Ich habe sie deshalb um Zustellung meiner Krankengeschichte gebeten, woraufhin ich eine Kopie meiner Akten erhalten habe. Lieber möchte ich jedoch die Herausgabe meiner Krankengeschichte im Original, damit ich die mir unangenehme Angelegenheit endgültig beenden kann. Ist das überhaupt möglich?

Für alle Krankengeschichten, die durch private Personen – zum Beispiel frei praktizierende Ärztinnen, Psychologinnen und Psychotherapeutinnen – geführt werden, gilt das Datenschutzgesetz des Bundes (DSG). Neben dem Datenschutzrecht ist auch das kantonale Gesundheitsrecht zu beachten.

Nach Art.8 DSG hat der Patient grundsätzlich einen Anspruch auf eine Kopie der Krankengeschichte. Von der Herausgabepflicht ausgenommen sind persönliche Notizen der Therapeutin in Bezug auf den Patienten, die ausschliesslich zum persönlichen Gebrauch erstellt worden sind und die weder der eigentlichen Behandlung dienen noch von Aussenstehenden oder Hilfspersonen eingesehen werden, zum Beispiel reine Gedächtnisstützen (Art.2 Abs.2 lit. a DSG). Das Auskunftsrecht kann zudem eingeschränkt werden, wenn schutzwürdige Interessen Dritter dies erfordern (Art. 9 Abs.1 lit. b DSG). Aus dem Datenschutzgesetz ergibt sich jedoch kein Anspruch des Patienten auf Herausgabe der Krankengeschichte im Original.

Die Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte und die Aufbewahrungspflicht sind sodann in den Gesundheitsgesetzen der Kantone

geregelt. Das Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich (GesG) hält in §13 zum Beispiel fest, dass die Krankengeschichte während zehn Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufbewahrt wird und dass PatientInnen einen Anspruch auf Herausgabe der Krankengeschichte in Kopie haben. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originale besteht nicht.

Anders verhält es sich, wenn die Krankengeschichte über zehn Jahre alt ist. In der Regel besteht nach diesem Zeitpunkt keine kantonale gesetzliche Aufbewahrungspflicht mehr – diese beträgt in den meisten Fällen zehn Jahre. Auch die Verjährungsfrist in Haftpflichtfällen beträgt grundsätzlich zehn Jahre (Art.60 Abs.1 OR). Der Patient kann also die Herausgabe seiner Krankengeschichte im Original verlangen.

Myriam Schwendener
Pro Mente Sana

MUT ZU MACHEN BRAUCHT MUT – IMPRESSIONEN EINER TAGUNGSTEILNEHMERIN

Die Jahrestagung von Pro Mente Sana regte dazu an, sich vertieft auf den Recovery-Gedanken einzulassen und über die eigene Haltung nachzudenken. Als eine Möglichkeit zur Implementierung von Recovery wurde der Einsatz von Peers diskutiert.

Von Barbara Schumacher Cheema



KlientInnen kann irritieren. War nicht früher professionelle Distanz gefordert? Und werden wir nicht bald erschöpft sein, wenn wir uns emotional stärker auf die KlientInnen und ihre Geschichten einlassen? Oder haben wir Angst davor, uns zu öffnen, weil wir dem Gegenüber nicht vertrauen?

Genau darüber nachzudenken birgt Chancen, Gemeinsames und Verbindendes zu entdecken. Eventuell habe auch ich als Betreuer oder als Ärztin plötzlich Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung. Auf einmal verstehe ich, dass es nicht einfach ist, sich zu öffnen und über seine schwierigen Seiten nachzudenken. Die Grenze zwischen gesund und krank wird unscharf. Referent Andreas Knuf inspirierte dazu, sich weiter mit dem Spannungsfeld von Nähe und Distanz auseinanderzusetzen, und propagierte zum Burnout-Risiko einen Lösungsansatz, indem er den Unterschied zwischen Empathie und Mitgefühl verständlich machte.

Um psychisch erkrankte Menschen auf ihrem individuellen Recovery-Weg unterstützend begleiten zu können, sind eine offene, freundliche Haltung und eine darauf aufbauende vertrauensvolle, authentische Beziehung die wohl wichtigsten Voraussetzungen. Genau das wurde bereits vor Beginn der Pro-Mente-Sana-Tagung vorgelebt. Bereits am Bahnhof hiess ein Mitarbeiter der Solodaris Stiftung alle Ankommenden freundlich lächelnd willkommen und wies die Richtung. Am Tagungsort war die Werkhalle der Solodaris Stiftung sorgfältig zum Vortragssaal umgestaltet worden, damit jede und jeder der 220 Teilnehmenden einen Platz fand. Und die Mitarbeitenden von Solodaris sorgten für eine Atmosphäre, die es ermöglichte, sich gut auf die Vorträge zu konzentrieren, sich in den Workshops zu beteiligen und in den Pausen auch mit zuvor Unbekannten ins Gespräch zu kommen.

„RECOVERY – EIN GEWINN FÜR ALLE!“

Das Programm war anregend und abwechslungsreich. Zusammengefasst einige mir bedeutsam erscheinende Gedanken:

- Peer-Arbeit ist ein Mittel, um die Recovery-Haltung in einer Institution zu stärken. Damit sie aber nachhaltig wirken kann und nicht zu einem Imageprojekt verkommt oder an Konflikten scheitert, braucht es Willen und Einsatz auf jeder Ebene der Institution.
- Peers können das Rollenverständnis der Mitarbeitenden durcheinanderbringen und ihre Nähe zu den

RESSOURCENORIENTIERUNG IN DER KRITIK

Im letzten Referat wehte ein anderer Wind: Niklas Baer kritisierte humorvoll Ressourcenorientierung und vermeintliche Recovery-Haltung. Wenn bei einem erkrankten Menschen offensichtliche Defizite da sind, dann sollten die Fachleute sich auch dafür interessieren. Nur so können, z.B. in der Arbeitsintegration, hilfreiche Massnahmen getroffen werden. Das Nicht-wissen-Wollen von Diagnosen sei kontraproduktiv. Vielleicht ist es sogar eine subtilere Form von Stigmatisierung? Weil wir bei bestimmten Diagnosen nur vordergründig und oberflächlich an Recovery glauben, versuchen wir sie durch „Ressourcenorientierung“ auszublenden...

Ein unglaubwürdiges Prinzip Hoffnung führt nicht weiter. Aber bedeutet Recovery wirklich (nur) Hoffnung? Geht es nicht vielmehr darum, den Menschen auch Schwieriges zuzutrauen und ihnen Mut zu machen für kleinere und grössere Schritte auf ihrem individuellen Weg?



Barbara Schumacher Cheema hat nach ihrer Erkrankung ein Ethnologiestudium absolviert und war danach in der Entwicklungszusammenarbeit tätig. Sie besucht die Peer-Weiterbildung der Pro Mente Sana.

RECOVERY DURCH GENESUNGSBEGLEITUNG – AUSSICHTEN FÜR DEN NICHT KLINISCHEN SEKTOR

Mit der erfolgreichen Verbreitung der Ex-In-Ausbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz erweiterten sich die Arbeitsmöglichkeiten für GenesungsbegleiterInnen enorm. Inzwischen sind sie in allen psychiatrischen Versorgungsbereichen zu finden.

Von Jörg Utschakowski

Ex-In-AbsolventInnen arbeiten in psychiatrischen Krankenhäusern und Tageskliniken als Peer-BeraterInnen ausserhalb der Stationen oder integriert in die Teams auf den Stationen. In der integrierten Versorgung (Spitex) und in sozialpsychiatrischen Diensten sind ErfahrungsexpertInnen in der ambulanten Vor- und Nachsorge und in der Krisenintervention tätig. Auch in Tageszentren, in Wohnheimen und im Betreuten Wohnen sowie in Beschwerde- und Fürsprachestellen und mittlerweile auch in der Qualitätssicherung sind GenesungsbegleiterInnen angestellt.

Im folgenden Artikel steht die Arbeit im nicht klinischen Sektor im Mittelpunkt. Daher wird auf die Tätigkeiten von ExpertInnen durch Erfahrung in Krankenhäusern und Tageskliniken nicht näher eingegangen.

GENESUNGSBEGLEITUNG IN AUSSERKLINISCHEN TAGESANGEBOTEN

Tageszentren, Tagesstätten und Kontaktstellen gehören je nach Ausprägung und Region zu den niederschweltesten psychiatrischen Anlaufstellen. Neben strukturierten Angeboten bieten die ausserklinischen Tagesangebote viele offene Möglichkeiten der Begegnung. In diesem Zusammenhang entsteht ein grosser Freiraum für GenesungsbegleiterInnen, ihre Fähigkeiten sowohl in Einzelkontakten als auch in Gruppenangeboten einzubringen. In Tagesangeboten bietet sich einerseits die Möglichkeit, frei mitzuarbeiten, aber auch als Teil des Teams angestellt zu werden.

In manchen Regionen werden durch Peers auch Sonderöffnungszeiten angeboten, z. B. an Wochenenden oder während der Nacht. In den Niederlanden gibt es zunehmend die Tendenz, die Tagesstätten ganz in die Hand von ExpertInnen durch Erfahrung zu legen. Diese erhalten dann eine spezielle Fortbildung zu Themen wie Gruppen- und Sitzungsleitung, aber auch in Buchführung und Budgetverwaltung. Die sonst mit der Leitung beauftragten SozialarbeiterInnen unterstützen die NutzerInnen bei der Praktikums-, Ausbildungs- und Arbeitssuche.

Genesungsbegleitung in der integrierten Versorgung

In Deutschland ist durch neue Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen in den letzten Jahren ein neues psychiatrisches Komplexangebot zur Krankenhausvermeidung entstanden, das mit der schweizerischen Spitex vergleichbar ist. Die integrierte Versorgung bietet



dadurch, dass die Einzelleistungsabrechnung durch eine Pauschalfinanzierung ersetzt wurde, die Möglichkeit, nicht nur in akuten Krisensituationen, sondern auch in krisenfreien Zeiten Angebote zu machen, mit dem sozialen und professionellen Netzwerk zu arbeiten, Krisenpläne zu entwickeln und vieles mehr. In diesem Feld können GenesungsbegleiterInnen besonders gut aktiv werden und ihr Erfahrungswissen einsetzen, um die KlientInnen in ihrem Recovery-Prozess, beim Aufbau sozialer Kontakte, bei der Entwicklung von Krisenplänen und auch in Krisensituationen zu unterstützen.

Der Einbezug von GenesungsbegleiterInnen wird beim Berliner Träger Pinel GmbH in seinem Netzwerk psychische Gesundheit (NwpG) als besonders wichtig erachtet. Neben einer dialogisch geführten Krisenpension sind in allen fünf Regionalteams jeweils zwei „ExpertInnen durch Erfahrung“ angestellt. Die GenesungsbegleiterInnen sind klar in das Team integriert, häufig arbeiten sie mit den anderen psychiatrischen Fachkräften gemeinsam in einem Tandem.

Zunehmend stellen auch die in Deutschland steuerfinanzierten sozialpsychiatrischen Dienste ExpertInnen durch Erfahrung ein. Die Landesregierung in Bayern hat zwischenzeitlich sogar Mittel bereitgestellt, um in allen sozialpsychiatrischen Diensten Bayerns GenesungsbegleiterInnen anstellen zu können.

Genesungsbegleitung in Heimen und im Betreuten Wohnen

GenesungsbegleiterInnen arbeiten im Betreuten Wohnen und in Heimen als geringfügig Beschäftigte, als Teilzeitkräfte oder auch als VollzeitmitarbeiterInnen.

Sie sind in der Regel Mitglieder der Betreuungsteams und übernehmen neben Spezialangeboten oft ähnliche Aufgaben wie die übrigen Teammitglieder.



WIE FÖRDERT GENESUNGSBEGLEITUNG RECOVERY?

Die Recovery-Förderung durch Peers vollzieht sich natürlich am stärksten im direkten Kontakt mit KlientInnen. Oft nicht beachtete Aspekte sind aber auch die Auswirkungen der Peer-Arbeit auf die KollegInnen, auf die Leitung und das Management und schliesslich auf die Organisationskultur insgesamt.

Genesungsbegleitung im Kontakt mit KlientInnen

Im direkten Kontakt mit KlientInnen können Experten durch Erfahrung Recovery besonders dadurch fördern, dass sie wissen

- wie wichtig es für den Erhalt der Selbstbestimmung ist, über ausreichende Informationen zu verfügen und Wahlmöglichkeiten zu haben,
- welche Bedeutung die Frage nach dem Sinn seelischer Erschütterungen hat,
- welche Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien aus Betroffenenansicht besonders hilfreich sind.

Letztendlich bewirkt oft schon ihre Anwesenheit, dass KlientInnen Hoffnung schöpfen. Ihnen steht jemand gegenüber, der es geschafft hat zu genesen, wieder auf die Beine zu kommen und jetzt sogar in einem psychiatrischen Dienst Unterstützung anbietet. Damit wird deutlich, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt.

Recovery-Unterstützung vollzieht sich natürlich auch direkt auf der Handlungsebene. Viele KlientInnen berichten, das Besondere an der Genesungsbegleitung sei, dass die Peers

- dieselbe Sprache sprechen,
- über Erlebnisse statt über Symptome reden,
- authentisch Hoffnung vermitteln und dabei überzeugender wirken als die anderen MitarbeiterInnen,
- vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung die Interessen des Gegenübers sensibler wahrnehmen,
- emotionale Unterstützung bieten, die auf Selbstachtung und Stärkung zielt,

- dabei unterstützen, Verantwortung zu übernehmen und eigene Interessen selbst zu vertreten,
- Schwellenangst mindern, neue oder ungewöhnliche Angebote zu erproben,
- deutlich machen, wie wichtig es ist, mit den eigenen Zielen in Verbindung zu bleiben und eigene Entscheidungen zu treffen,
- Brücken schlagen zum sozialen Umfeld und zu den Angeboten in der Gemeinde.

ExpertInnen durch Erfahrung sind aber auch dadurch wirksam, dass sie besondere Angebote machen. Hierzu gehören z. B.

- themenbezogene Gesprächskreise,
- Mobilisierungsangebote,
- besondere Freizeitangebote,
- Recovery-Gruppen (in manchen nicht klinischen Angeboten werden die TeilnehmerInnen an Recovery-Gruppen sogar bezahlt, weil sie bereit sind, Extraanstrengungen für ihre Genesung zu unternehmen).

Genesungsbegleitung im Dialog mit MitarbeiterInnen

Im Kontakt mit KollegInnen fungieren GenesungsbegleiterInnen häufig als „Dolmetscher zwischen zwei Kulturen“. Sie können oft für die jeweils andere Seite übersetzen und Bedürfnisse und Anliegen vermitteln, die im direkten Kontakt manchmal unverstanden bleiben. Psychiatrische Fachkräfte entdecken dadurch Zugänge zu KlientInnen, die ihnen vorher verschlossen waren. Diese entstehen auch häufig dadurch, dass die Peers den KlientInnen nicht mit der sonst üblichen, gewohnten professionellen Distanz begegnen. Dies wird von den Kolleginnen manchmal als mangelnde Abgrenzung interpretiert, ist aber oft eine bewusst eingegangene „professionelle Nähe“. Diese und weitere Unterschiede in der Wahrnehmung und in den Begegnungsformen können helfen, tradierte professionelle Grundhaltungen zu überprüfen und eventuell neu zu bestimmen.

Hierzu gehören auch Aspekte von (subtiler) Machtausübung, Fremdbestimmung und der Anwendung von Zwang, auf die die GenesungsbegleiterInnen in der Re-



gel aufgrund des eigenen Erfahrungshintergrundes sehr sensibel reagieren. Schliesslich wird die Bedeutung von Hoffnung in der Zusammenarbeit von Fachkräften und ExpertInnen durch Erfahrung noch deutlicher und verständlicher. Nicht zuletzt gibt die Begegnung mit GenesungsbegleiterInnen auch den KollegInnen Hoffnung, denn sie erleben, das Recovery wirklich möglich ist.

Genesungsbegleitung im Dialog mit Management und Leitung

In der Kooperation mit Management und Leitung werden ErfahrungsexpertInnen damit beauftragt, Formulare, Leitlinien und Leitbilder in Hinblick auf Recovery und Nutzerorientierung zu überarbeiten und Arbeitsabläufe, Standards und Konzepte vor diesem Hintergrund zu überprüfen. Sie werden bei Hilfeplankonferenzen eingesetzt, um einen stärkeren Fokus auf die Interessen der Nutzenden zu legen.

„Deswegen sitzt bei uns eine Ex-In Kraft im zentralen Qualitätszirkel. Dort werden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Qualitätszirkeln noch einmal aufbereitet, kritisiert, konkretisiert, gegebenenfalls ergänzt und verabschiedet. Das ist auch wichtig, um sicherzustellen, dass diese tollen Formulierungen, die wir Profis mitunter kreieren, in eine für alle Beteiligten verständliche Sprache weiterentwickelt werden.“

GENESUNGSBEGLEITUNG – CHANCE FÜR DIE GESAMTE ORGANISATION

Wenn der Einsatz von ExpertInnen durch Erfahrung nicht nur als Bonbon oder interessante Ergänzung der bisherigen Angebote betrachtet wird, sondern als Chance, die gesamte Organisation mehr in Richtung Recovery zu orientieren, dann sollte der Einsatz gut vorbereitet sein. Die KollegInnen sollten im Vorfeld mit dem Ansatz vertraut gemacht werden. Hierzu gehört die Beschäftigung mit den folgenden Fragen:

- Welche Mittel, Methoden und Ansätze nutzen wir, um Empowerment und Recovery zu fördern?

- Welche Aspekte wollen wir verbessern?
- Welchen Beitrag können GenesungsbegleiterInnen leisten?
- Wie kann eine gute Dialogkultur entstehen, in der neue Anregungen zu einem offenen, kreativen Auseinandersetzungprozess führen und auch der offene Dialog mit ErfahrungsexpertInnen Platz hat?

Dazu gehört auch die Bereitschaft, die gesamte Organisation einzubeziehen.

Dies kann dadurch entstehen, dass in der Organisation über notwendige und erwünschte Veränderungsprozesse gesprochen wird, die von einer „kreativen Koalition der Veränderer“ begleitet wird (O'Hagan, M. (2011): Peer Worker Competencies And Change Management Tools: Vortrag bei Trimbos, 31. März 2011). Dies geht natürlich nicht, wenn GenesungsbegleiterInnen als EinzelkämpferInnen das Veränderungsmandat übergeben wird. Es sollten immer mindestens zwei ErfahrungsexpertInnen eingestellt werden. Sie sollten zudem die Gelegenheit haben, sich mit anderen GenesungsbegleiterInnen in Supervision, Intervision und Peer-Austausch zu beraten.

Wenn ExpertInnen durch Erfahrung auf Dauer BefürworterInnen und UnterstützerInnen auf allen Ebenen der Organisation haben, besteht die Chance, dass sie einen nachhaltigen, wertvollen Beitrag zur Recovery-Orientierung von psychiatrischen Angeboten leisten.

Webseite Bremen: www.ex-in.info

Ex-In Deutschland: www.ex-in.de

Kontakt: utschakowski@izsr.de



Jörg Utschakowski, 52 Jahre, ist Vater von drei Kindern, Leiter des Fortbildungs- und Forschungsinstituts F.O.K.U.S. in Bremen, Ex-In-Trainer und Vorstandsmitglied Ex-In Deutschland e.V.

WIE VIEL NÄHE VERTRÄGT DIE PROFESSIONELLE DISTANZ?

Peers stellen das klassische Konzept der professionellen Distanz infrage. Sie bringen sich explizit mit ihren Erfahrungen ein und ermöglichen damit eine besondere Qualität der Unterstützung. Was ist das Revolutionäre am Peer-Konzept?

Von Lesly Luff

Er ist Diplompsychologe und Psychotherapeut mit eigener Praxis. Er hat von 2001 bis 2009 für Pro Mente Sana gearbeitet. Er spricht sich aus eigener persönlicher und beruflicher Erfahrung für Achtsamkeit, Mitgefühl und Recovery-Orientierung aus. Die Rede ist von Andreas Knuf, der an der Tagung 2014 von Pro Mente Sana in Solothurn ein Referat hielt und in Ergänzung dazu einen Workshop leitete. Der Vortrag beleuchtete Möglichkeiten einer Recovery-orientierten Beziehungsgestaltung. Es freut mich sehr, darüber eine Zusammenfassung zu schreiben, denn die Ausführungen von Andreas Knuf haben mich sowohl als Mensch als auch als Expertin aus Erfahrung bestätigt. Nicht zuletzt auch deshalb, weil der Referent genau das verkörpert, wovon er redet und wozu er ermutigt: professionelle Nähe. Er macht menschliche Annäherung spürbar und zeigt auf, wie sich durch umsichtiges Einbringen, Erzählen und Wertschätzen eine mitfühlende Beziehung aufbauen lässt – eine Beziehung, in der sich beide Seiten berühren und in der dennoch die gegenseitigen Grenzen und unterschiedlichen Rollen geachtet werden. Diese Erkenntnis gibt Anlass dazu, über die professionelle Rollengestaltung nachzudenken und nachzuvollziehen, was Peers allenfalls anders machen.

WIE BEEINFLUSSEN PEERS DIE KLASSISCHE ROLLE PROFESSIONELL TÄTIGER?

Gemäss Andreas Knufs Darlegungen weisen Studien zur Peer-Arbeit nach, dass Peer-to-Peer-Begleitung in bestimmten Arbeitsfeldern ähnlich hilfreich ist wie professionelle Unterstützung. Unter bestimmten Bedingungen kann sie sogar hilfreicher sein. Dies wohl auch deshalb, weil sich Peers nicht hinter einer professionellen Rolle verstecken, sondern als Personen spürbar sind und sich mit ihren eigenen Erfahrungen einbringen. Professionell Tätige haben im Gegensatz dazu oft gelernt, bewusst Distanz zu wahren und sich mit ihren eigenen Erfahrungen zurückzuhalten. Betroffene erleben aber besonders diejenigen Fachpersonen als unterstützend, die sich als Personen zeigen und ggf. sogar zu unkonventionellem Verhalten bereit sind (Baer et al. 2003; Borg & Kristiansen 2004). Verstecken sich Fachpersonen hinter einer Profimaske, verunsichern sie den Betroffenen, denn die Resonanz vom Gegenüber fehlt.

Immer wieder fällt auf, wie viel Mühe professionell Tätigen auch die Perspektivenübernahme und der Rollenwechsel mit den KlientInnen zu bereiten scheint. Würde dieser besser gelingen, wäre es bestimmt leichter, einen



grossen Teil des Verhaltens der KlientInnen als nachvollziehbar oder gar als sinnvoll zu verstehen. Zum Beispiel, wenn man sich in die Situation eines Klienten versetzt, dem ein Medikament verschrieben wird, das Folgeschäden haben könnte. Würde es ihnen leicht fallen, eine solche Entscheidung zu treffen? Und mit welchen Gefühlen wäre diese verbunden?

Viele Fachpersonen haben selbst Erfahrungen mit psychischen Schwierigkeiten gemacht, verheimlichen diese aber oftmals und bringen sie nicht in ihre Arbeit ein. Doch wie nah sind wir am Kranksein? 50 Prozent aller Menschen erleben einmal oder öfter in ihrem Leben eine psychische Krise, Fachpersonen sind da nicht ausgenommen.

Doch sollen, dürfen Fachpersonen sich überhaupt persönlich zeigen? Verlieren sie damit nicht ihre Glaubwürdigkeit, wird dadurch nicht ihre Rolle infrage gestellt? Gefährden sie damit nicht ihre eigene psychische Gesundheit? Andreas Knuf jedenfalls plädiert dafür, dass Fachpersonen in begrenztem Umfang bereit sein sollten, von ihren eigenen Erfahrungen zu berichten. Er nennt das die „Peer-Fähigkeit“ der klassisch professionell Tätigen, die darin besteht, diesen eigenen Erfahrungshintergrund nicht abzuspalten, sondern angemessen zu reflektieren und ggf. in die Arbeit einzubringen. Eingbracht werden können beispielsweise die Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten, je nachdem aber auch eigene Krisenerfahrungen. Es geht nicht darum, die intimsten Dinge zu offenbaren, sondern ganz einfach als Mensch spürbar zu sein. Diese Transparenz erleichtert den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und eines Vertrauensverhältnisses und relativiert die Idealisierung der Profis durch die KlientInnen. Die Verantwortung für die eigenen Grenzen darf bei all dem nicht an diese delegiert werden, sondern ist Sache der Fachperson.

Die Peer-Bewegung kann klassisch professionell Tätige ermutigen, ihre eigenen Erfahrungen besser zu reflektieren und eine Beziehungsgestaltung mit ihren KlientInnen

zu pflegen, in der auch Gemeinsamkeiten benannt werden können, statt Unterschiede herauszustellen.

WAS IST HILFREICH FÜR EINE NEUE ROLLENIDENTITÄT?

- Reflektieren der eigenen psychischen Beeinträchtigungen und der Ähnlichkeiten mit KlientInnen,
- als Person spürbar sein, sich nicht hinter einer pseudoprofessionellen Abstinenz verstecken,
- sich mit eigenen Erfahrungen einbringen,
- sich in die KlientInnen hineinversetzen: Wie würde es mir gehen, wenn ich in dieser Situation wäre?
- sich nicht nur für Symptome und Diagnosen zu interessieren, sondern für die Person auch ohne ihre Krankheit,
- Transparenz zeigen, persönliche Begründungen für Entscheidungen ausführen,
- unter Achtung der eigenen Grenzen wirkliche mitfühlende Begegnung mit den KlientInnen zulassen und sich berühren lassen.

EMPATHIE ODER MITGEFÜHL?

Könnte es sein, dass viele Fachpersonen sich Sorgen um ihre eigene Belastbarkeit, ihre eigene Verletzlichkeit machen, wenn es darum geht, mehr Nähe zu zeigen? Ist es nicht besser, sich innerlich zu schützen und einen gewissen emotionalen Abstand zu halten?

Während gemeinhin von professioneller Seite die Wichtigkeit der Empathie von Fachpersonen betont wird, zeigen moderne Untersuchungen der Neuropsychologin Tania Singer, dass diese Fähigkeit bei Fachpersonen zu unangenehmen Gefühlen führen kann und das Risiko eines Burnouts erhöht. Eine reine Einfühlung in das Gegenüber kann für Fachpersonen, aber auch für Peers negative Folgen haben. Möglicherweise sind hier sogar Peers gefährdeter als klassisch professionell Tätige. Wer sich als Peer in alle leidvollen Erfahrungen des Gegenübers besonders gut einfühlt, läuft Gefahr, den dadurch ausgelösten, unangenehmen Empfindungen längerfristig nicht gewachsen zu sein. Daher wird zunehmend zum Konzept des Mitgefühls geforscht, welches als eine liebevolle Grundhaltung zum Gegenüber verstanden wird, gepaart mit dem Wunsch, das Leid des anderen zu lindern. Es ist gar nicht erforderlich, sich in alle leidvollen Erfahrungen einfühlen zu können, wohl aber dem Gegenüber mit offenem Herzen zu begegnen und es auch darin zu unterstützen, mit sich selber mitfühlend umzugehen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Peer-Einsatz bereichert die Psychiatrie nicht nur durch den Einbezug von Peers in der psychiatrischen Arbeit, sondern u. a. auch durch das Hinterfragen des Rollenverständnisses und der Beziehungsgestaltung von professionell Tätigen. Doch wie könnte eine Recovery-

BUCHEMPFEHLUNG

Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Andreas Knuf. Matthias Hammer. Bonn 2013: Psychiatrie Verlag.

Dies ist das erste deutschsprachige Buch, das sich mit der Anwendung des Achtsamkeitskonzepts speziell für den psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Bereich beschäftigt. Methodik, praktische Umsetzung und wissenschaftlicher Hintergrund fügen sich zu einem umfassenden Grundlagenbuch zusammen. Schwerpunkt ist dabei die Umsetzung in verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern, und zwar sowohl als Haltung professionell Tätiger wie auch als therapeutische Strategie bei verschiedenen Klientengruppen. Mit zahlreichen Fallbeispielen und vielen Anregungen, die eigene Achtsamkeit mit dem beruflichen Alltag zu verbinden.



orientierte Haltung aussehen, in der auch die Erfahrungen von professionell Tätigen für die Einfühlung und die Erarbeitung von Handlungsstrategien genutzt wird?

Dafür erscheint es von Bedeutung, dass professionell Tätige und Betroffene näher zusammenrücken. Unterschiede sollten nicht betont, sondern Ähnlichkeiten wahrgenommen und reflektiert werden – natürlich ohne die Unterschiede zu verwischen oder die Erfahrungen von psychiatriee erfahrenen Menschen und nicht psychiatriee erfahrenen Menschen gleichzusetzen. Teams sollten eine Kultur des Vertrauens etablieren, in der Mitarbeitende offen mit ihren eigenen Krisen umgehen können. Und natürlich ist es sinnvoll, Peers zukünftig vermehrt in die psychiatrische Arbeit zu integrieren.

www.andreas-knuf.de

www.SEEminar.de

www.achtsamkeit-beratung.de



.....
Andreas Knuf ist Diplom-Psychologe mit eigener Praxis in Konstanz und Autor von verschiedenen Fachbüchern zum achtsamen Umgang mit Gedanken und Gefühlen. Neuerscheinung im Psychiatrie Verlag, 2013: „Die Entdeckung der Achtsamkeit“ in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen.



Lesly Luff ist Kindergärtnerin, Eltern- und Erwachsenenbildnerin FA, Recovery-Coach, Angehörige und Selbstbetroffene, freischaffende Journalistin und verantwortliche Redaktorin der vorliegenden Ausgabe von Pro Mente Sana aktuell.

NACHDENKEN ÜBER MEINE PEER-ARBEIT

Peer-Arbeit orientiert sich an den persönlichen Erfahrungen mit psychischer Erkrankung und Gesundheit und verlangt eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Lebens- und Wertvorstellungen. Peers können Recovery für PatientInnen und Fachleute fassbar machen.

Von Ulrike Kaiser

Kürzlich sagte ein Patient lachend und auch etwas ironisch zu mir: „Sie dürfen sich gerne zu uns setzen, wenn Sie Ihren VIP-Ausweis vorweisen.“ Seine Aussage brachte mich als Genesungsbegleiterin, als Peer, als Expertin aus Erfahrung zum Nachdenken.

WER BIN ICH ALS PEER?

Ich erinnere mich gut daran, als ich die Abteilungstür zum ersten Mal hinter mir zuschloss. Ich schloss Menschen ein. Ich tat etwas, worunter ich als Patientin selbst gelitten hatte. Ich nahm Menschen die Freiheit. Plötzlich war ich in einer Position, die über das Machtsymbol Schlüssel verfügte und die durch ihren Ausweis legitimiert dazu war. Solches Nachdenken ist wichtig: mich immer wieder hinterfragen, was ich da mache, warum ich es mache und ob nicht alles auch ganz anders sein könnte. Dabei helfen mir meine Erfahrung in psychischer Erkrankung und meine eigene Psychiatrieerfahrung. Bei allen Handlungen als Fachfrau kann ich die Perspektive der Betroffenen in meine Überlegungen einbeziehen.

In der Psychiatrie begegne ich fremden Denk- und Handlungsweisen, die ich aus meinem Vorwissen, aus meiner Perspektive heraus interpretiere. Wenn ich Menschen mit einer psychischen Erschütterung begleite, dann bin ich Teil des Geschehens, beeinflusse das Geschehen durch mein Dasein sowie die Art, wie ich mich verhalte. Ich interpretiere das Geschehen aus meinen Denkmustern heraus. Die Frage nach meinen eigenen Überzeugungen und Einstellungen ist deshalb wichtig. Ich muss meine Haltung und mein Handeln immer wieder überprüfen und manchmal auch verändern. Wenn ich weiss, wer ich bin, dann bin ich in mir verankert und gehalten. So werden Nähe und Mitgefühl mit den

PatientInnen möglich – und damit echte und erfüllende Begegnung, in der ich mich nicht hinter meiner Professionalität verstecken muss.

Ich habe gelernt, meine schwierigen Lebenserfahrungen zu reflektieren und mit anderen Menschen zu teilen. Dieses Erfahrungswissen bildet die Grundlage meiner Peer-Arbeit. Ich habe gelernt, würdevoll zu mir und meiner Geschichte zu stehen. Als Peer ist mir deshalb wichtig, die Lebenswege und Lebensstrategien der PatientInnen ebenso zu würdigen, weil ich weiss, dass ich meine dysfunktionalen Verhaltens- und Denkweisen erst ändern konnte, nachdem ich ihre Sinnhaftigkeit als Überlebensstrategie verstanden hatte und durch meine Therapeutin gewürdigt bekam. Als Peer habe ich Erfahrung in psychischer Erkrankung und Gesundheit. Ich habe aber auch viele andere Erfahrungen. Die PatientInnen und auch mich selbst als Gesamtkunstwerk zu sehen, ist mir wichtig.

WAS KANN ICH DEN PATIENTINNEN ANBIETEN?

Als Peer versuche ich Schwimmlehrerin zu sein, im salutogenetischen Sinn. Das heisst, die PatientInnen immer wieder stärken, ermutigen und für das Leben begeistern. Manchmal bin ich Boje, ein Haltegriff, wenn die Strömung zu stark ist und die SchwimmerInnen erschöpft sind. Bojen liegen gut verankert im Wasser – auf gleicher Augenhöhe wie die Schwimmenden. Durch diese gleiche Augenhöhe erhalte ich von den PatientInnen Vertrauen. Manchmal muss ich mich entschleunigen. Für meine Arbeit heisst das Innehalten, gemeinsam aushalten und annehmen, was im Moment nicht verändert werden kann. Das ist für mich die grösste Herausforderung. Sehr viel einfacher wird es, wenn Bewegung ins Spiel kommt, wenn bei den PatientInnen Visionen oder Bedürfnisse erkennbar werden. Da spüre ich ihre Lebensenergie und auch die Hoffnung auf Veränderung. Manchmal ver falle ich dem Wahn, ich könnte zum Hafenkran werden und die Menschen aus ihrem gefährlichen Strom retten. Ich kann es nicht, und manchmal schmerzt mich das. Aber aus eigener Erfahrung weiss ich, dass ich selbst schwimmen lernen musste und dass die Menschen für mich am hilfeichsten waren, die mich ermutigten, selbst zu schwimmen, mir immer wieder auch zutrauten, dass ich nicht ertrinke, und die in verzweifelten Zeiten für mich die Hoffnung aufrechterhielten, dass ich irgendwann eine gute Schwimmerin werde.





WAS KANN ICH DEN FACHLEUTEN ANBIETEN?

Als Peer kann ich versuchen, eine Verständigungsbrücke zu bauen, weil ich beide Ufer kenne. Manchmal sehe ich mich als Stein im Flusslauf der psychiatrischen Gewohnheiten. Steine im Flusslauf verlangsamen den Strom und verursachen Strudel. Innehalten und Reflektieren müssen nicht nur die PatientInnen, sondern auch die Fachleute. Sich Zeit nehmen, um nachzuprüfen, ob wir das, was wir tun nur deshalb so tun, weil wir es schon immer so getan haben, oder weil es das ist, was den einzelnen PatientInnen tatsächlich weiterhilft. Die Gefahr ist gross, dass irgendwann die Vorstellungen der Behandelnden im Zentrum stehen und dass die Kreativität und der Mut verloren gehen, auch Ideen mitzutragen, die erst einmal riskant und unkonventionell erscheinen. Da sehe ich für uns Peers die Aufgabe, den Lauf der Dinge abzubremsen, um auch solchen Ideen Raum zu geben. Ob Wege gangbar sind, erfahren wir erst, wenn wir sie gehen. Das beinhaltet auch Scheitern, Hinfallen und wieder Aufstehen. Manchmal merke ich, dass Aussagen von mir fast reflexartig als Angriff empfunden werden. Ich frage mich dann, wie oft sich Fachleute in der Psychiatrie wohl Angriffen auf ihr Berufsverständnis ausgesetzt sehen. Sie hören vermutlich viel zu selten, wie wertvoll ihre Arbeit ist. Als Peer kann ich den Fachleuten erzählen, was für mich auf meinem Weg hilfreich war und was mich behindert hat. Indem ich an den Ort des Geschehens zurückkehre, kann ich ihnen auch die Früchte ihrer Arbeit vor Augen führen und ihnen den Wert ihrer Arbeit zeigen. Und vielleicht können wir Peers so auch ein gutes Medikament gegen Abnützungsercheinungen und Hoffnungslosigkeit für sie sein.

WAS BIN ICH ALS PEER?

Als Peers sind wir eines von vielen Gepäckstücken im „Re-koffer-y“. Wir sind die, die wissen, wie sich psychi-

sche Erkrankungen anfühlen können und was bei ihrer Überwindung hilfreich sein kann und was hinderlich.

Wir sind die, die der Theorie ein Gesicht geben – nicht nur der Theorie der Erkrankung, sondern auch der der Gesundheit. Wir haben viel über unsere Krankheit und Gesundheit nachgedacht, haben eingeordnet und uns neu geordnet und haben nach dem Sinn des Erlebten gesucht. Wir haben erfahren, dass wir mit der richtigen Unterstützung wieder handlungsfähig wurden, und wir haben unsere Hilflosigkeit überwunden und unsere Selbstwirksamkeit neu oder überhaupt erst kennengelernt. Wir haben uns wieder unser selbst ermächtigt. Wir haben gelernt, die Verantwortung für unser Leben zu übernehmen und wir haben eine vielleicht noch nie zuvor dagewesene Lebensfreude entdeckt. Und manchmal straucheln wir auch wieder und versuchen uns dann wieder von Neuem aufzurappeln. Wir haben gelernt, über unser Straucheln und über unser Aufrappeln zu reden und würdevoll dazu zu stehen.

Dieses Erfahrungswissen können wir in unsere Arbeit einbringen und sie dem Fachwissen zur Seite stellen. Wir wissen, dass Gesundheit möglich ist und dafür stehen wir ein. Die Hoffnung auf Gesundheit, aber auch das Wissen um die Möglichkeit der Gesundheit gehören zu den wirkungsvollsten Medikamenten, die wir Menschen mit einer psychischen Erschütterung anbieten können. Recovery geht uns alle an. Gemeinsam können wir einen Raum schaffen, in dem Heilung möglich wird.



.....
Ulrike Kaiser arbeitete vor ihrer psychischen Erschütterung als Primarlehrerin und Ethnologin. Sie absolvierte die Ausbildung des Vereins Ex-In und arbeitet als Peer in der Luzerner Psychiatrie und beim Verein traversa. Sie ist in der Aus- und Fortbildung tätig.

LUZERNER PSYCHIATRIE: DER PERSÖNLICHE GENESUNGSWEG IM FOKUS

In den Stationären Diensten der Luzerner Psychiatrie sind seit dem Jahr 2012 Peers im Einsatz. Dadurch findet Recovery auch in den Behandlungsteams immer breitere Unterstützung. Im Folgenden ein Rückblick auf die vergangenen zwei Jahre – und ein Ausblick auf künftige Projekte.

Von Andrea Kunz

Vor gut sieben Jahren hörte Johann Meinhof das erste Mal von Recovery. Für den Pflegeexperten war klar: „Dieser Ansatz wird die Psychiatrie verändern.“ Tatsächlich läutete die Recovery-Bewegung einen Paradigmenwechsel ein. Sie rückt die Tatsache ins Zentrum, dass psychisch erkrankte Personen im Rahmen ihrer individuellen Fähigkeiten und Ressourcen gesunden oder mit den Symptomen ihrer Krankheit ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können. Der Begriff Gesundheit erfährt dadurch eine grundlegende Bedeutungsverschiebung: von der Symptommfreiheit hin zum ganz persönlichen Wohlbefinden.

ERSTE PEER

Dass eine Genesung für psychisch erkrankte Personen möglich ist, zeigen die Lebensgeschichten vieler Betroffener. Durch die sogenannten GenesungsbegleiterInnen oder Peers werden diese Geschichten öffentlich und für andere nutzbar. Es handelt sich bei Peers um Psychiatrieerfahrene, die sich intensiv mit ihrer Krankheits- und Genesungsgeschichte auseinandergesetzt und individuelle Strategien zur Bewältigung von Krisen und zur Erhaltung von Wohlbefinden und Stabilität erarbeitet haben. Dass sie in der Lage sind, andere an ihrem Schicksal teilhaben zu lassen, macht ihre Erfahrung so wertvoll. Der Einbezug von Peers in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung ist ein wichtiger Teil des Recovery-Ansatzes.

Erste Kontakte zu Peers knüpfte Meinhof über die Fachhochschule Bern, wo seit dem Jahr 2010 der Studiengang „Experienced Involvement“ angeboten wird. Psychiatrieerfahrene werden für die Mitarbeit in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung (Begleitung von Betroffenen, Bildung, Öffentlichkeitsarbeit, Teamreflexion u. Ä.) ausgebildet.

Zu den AbsolventInnen des Ex-In-Studiengangs gehört auch Doris Blank – die erste Peer in der Luzerner Psychiatrie. Die heute 56-Jährige erkrankte mit 24 Jahren an einer Angst-Panik-Störung. Nach jahrelanger Krankheit mit vielen Therapien und Klinikaufenthalten schaffte sie es, sich ein stabiles Leben aufzubauen. Im Umfeld wurde sie immer wieder auf ihre Genesung angesprochen, sie begann zu beraten und unterstützen – intuitiv. Durch die

Ausbildung erwarb sie dann die nötigen Kenntnisse, um ihre Erfahrungen gezielt und professionell einzusetzen.

GEMEINSAME ERFAHRUNGEN VERBINDEN

Ihr Erfahrungswissen stellt die Peer seit dem Jahr 2012 der Luzerner Psychiatrie zur Verfügung: den Fachpersonen u. a. in Fallbesprechungen, den Patientinnen und Patienten in Einzelgesprächen und einem stationsübergreifenden Gruppenangebot. Der Erfahrungsaustausch unter Betroffenen stösst bei den Patientinnen und Patienten auf positives Echo. Denn nebst der Unterstützung und Begleitung durch Fachpersonen kann es für Betroffene sehr wohltuend sein, sich mit Menschen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. „Ich weiss, was es heisst, psychisch zu erkranken, was dies für die Betroffenen selbst bedeutet und für ihre Angehörigen. Ich kenne auch das Problem der Selbststigmatisierung. Da gibt es viele Bezugspunkte“, gibt Blank zu bedenken. Und weiter: „Die Patientinnen und Patienten können mit mir anders über ihre Krankheitserfahrungen sprechen als mit Fachpersonen. Es entsteht eine andere Ebene.“

PEERS SIND ALLTAG

Die Anfänge als Peer in der Luzerner Psychiatrie waren für Blank nicht immer einfach. Dass eine ehemalige Patientin plötzlich als Mitarbeitende dazukam, war für die Fachpersonen ungewohnt. Anfängliche Berührungszwänge zwischen der Peer und den Behandlungsteams seien aber einem gegenseitigen Vertrauen gewichen, stellt Blank fest. „Heute ist es ganz selbstverständlich, dass Peers da sind. Peers sind Alltag geworden“, fügt sie an. „Wir sind integriert. Man kennt uns und bezieht uns z. B. in Fallbesprechungen ein.“

Heute sind neben Blank noch drei weitere Peers für die Luzerner Psychiatrie im Einsatz. Ein solches Peer-Team hat sich Blank schon von Beginn an gewünscht. Jetzt ist es Realität. „Dieses Jahr werden wir unseren ersten Teamausflug machen!“, freut sie sich. Den Austausch unter den Peers erachtet sie als äusserst wertvoll. Zwar habe jeder Peer seine eigenen Stärken und Haltungen, diese gemeinsam zu reflektieren sei aber wichtig. Es ist



denn auch eine Plattform für den regelmässigen Austausch geplant.

AUSBAU DES ANGEBOTS

Mit zusätzlichen Peers konnte das Angebot in den Stationären Diensten erweitert werden. Die Anzahl Recovery-Gruppen konnte von anfangs einer auf vier erhöht werden: zwei davon finden in der Klinik St.Urban und eine in der Klinik Luzern statt. Vor allem die Gruppe „Yoga und Recovery“ erfreut sich grosser Beliebtheit. Beim regelmässigen Üben von Yoga können die Betroffenen die gesunden Anteile, die sie in sich tragen, erleben und stärken. Wenn Patienten erkennen, dass sie Einfluss auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden haben, steigert dies auch das Selbstvertrauen und die Übernahme von Eigenverantwortung – beides wesentliche Aspekte auf dem Genesungsweg.

Auch das Angebot an Einzelgesprächen konnte laufend ausgebaut werden. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch mit einer Peer auf fünf Stationen am Standort St.Urban und auf allen drei Stationen am Standort Luzern. Diese Gespräche laufen meist im Einzelsetting. Noch einmal betont Blank den Wert der gemeinsamen Erfahrungen: „Es ist immer wieder unglaublich berührend, wie offen die Patientinnen und Patienten sind, wie schnell sich ein Kontakt herstellt. Manchmal spüre ich ihre Erleichterung: ‚Da ist jemand, der weiss, wie sich das anfühlt.‘“

Blank ist auf drei Stationen an je einem halben Tag pro Woche anwesend. Langfristiges Ziel ist, dass auf jeder Station der Kliniken St.Urban und Luzern an einem gan-

zen Tag pro Woche eine Peer präsent ist. Mehr Präsenzzeit bedeutet mehr Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme. „Manchmal bleibt nicht genügend Zeit für Gespräche mit den Betroffenen, z. B. wenn es zu einer Überschneidung mit einer Therapie kommt, die der Patient schon abgemacht hat“, merkt Blank an. Auch die Rückmeldungen an das Behandlungsteam würden durch längere Anwesenheit erleichtert werden, da die Peers so eher bei Rapporten oder Fallbesprechungen dabei sein könnten. Blanks Peer-Kollegin am Standort St.Urban arbeitet bereits ganztags auf einer Station und die Erfahrungen sind sehr positiv.

DER EIGENE WEG

Es sind viele Geschichten, mit denen sich die Peers in den Gesprächen auseinandersetzen. Auf die Frage, wie sie damit umgeht, entgegnet Blank: „Bei mir hat es 25 Jahre gedauert, bis ich meinen Recovery-Weg antreten konnte. Ich weiss, dass jeder für seine Entwicklung seine ganz persönliche Zeit braucht und seinen Weg gehen muss. Dieses Wissen lässt mich auch schwere Lebensgeschichten leichter ertragen.“

Den eigenen Weg gehen und akzeptieren – da knüpfen auch die Behandlungsteams an. „Wir erleben die stationär behandelten PatientInnen nicht in ihrer persönlichen, sondern in der ungewohnten Lebensumwelt der Klinik. Dieses Umstands müssen wir uns bewusst werden. Wir müssen den Zugang zur Lebenswelt der PatientInnen finden oder uns zumindest auf diese beziehen“, so Meinhof. Dies bedeute auch, dass persönliche Entschei-



dungen des Patienten bzw. der Patientin – aus fachlicher Sicht nicht immer die sinnvollste Massnahme – als individueller Weg respektiert werden sollen. Ziel der Luzerner Psychiatrie ist es, die Patientinnen und Patienten in alle wichtigen Entscheidungen betreffend Behandlung einzubeziehen. Oder wie Blank vereinfacht sagt: „Wir sollten nicht über die Patientin sprechen, sondern mit ihr.“ Blank beobachtet allgemein einen sehr wertschätzenden Umgang mit den Patientinnen und Patienten in der Luzerner Psychiatrie. Immer öfter suchen die Behandlungsteams auch von sich aus den Kontakt zu den Peers. Vor allem bei Patientinnen und Patienten, die immer wieder in die Klinik zurückkehren, kann eine alternative Sichtweise neue Horizonte eröffnen. Es gehe darum, immer die bestmögliche Voraussetzung zu schaffen, damit der ganz persönliche Recovery-Weg gegangen werden könne, meint Blank.

SCHULUNG: RECOVERY PRAKTISCH!

Es gibt aber auch in der Luzerner Psychiatrie noch weiteres „Recovery-Potenzial“. Blank sieht, dass Betroffene auch in weiterführende institutionelle Entscheide einbezogen werden könnten: in Fragen der Raumgestaltung zum Beispiel. Damit das Bewusstsein in der Luzerner Psychiatrie weiter wachsen kann, finden zwischen Januar und Juni 2015 erste interne Schulungen statt. Die Schulungsunterlagen „Recovery praktisch!“ dienen dabei als Vorlage. Geschult werden zwei Behandlungsteams mit je zwei Pflegefachpersonen und drei Therapeutinnen und Therapeuten. Auch sechs Betroffene (ehemalige stationäre Patientinnen und Patienten) werden an der Schulung dabei sein. Ein Team der Luzerner Psychiatrie, das die Schulung in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern bereits selbst besucht hat, wird die Schulung durchführen. Mit dabei ist auch Doris Blank.

EINGESPIELTES TEAM

Blank sieht sich aber nicht als Wegbereiterin. Diese Rolle überlässt sie lieber Johann Meinhof, dem Pflegeexperten und Initianten des Recovery-Projekts in der Luzerner Psychiatrie. Es brauche eine Fachperson, die „vorfadet“, sagt Blank. Und natürlich eine Klinikleitung, die hinter dem Projekt steht und die nötigen Ressourcen freigibt.

Die Betroffene Blank und der Experte Meinhof scheinen sich gut zu ergänzen. Nicht nur in der Luzerner Psychiatrie, sondern auch darüber hinaus, stehen sie für Recovery im Einsatz. Für das Projekt Ex-In sind sie in der Öffentlichkeitsarbeit tätig und sie übernehmen auf Anfrage externe Schulungen, zuletzt bei der Gassenarbeit Luzern. Ein zentrales Thema ist stets die Verbindung von Fach- und Erfahrungswissen. Dazu Meinhof: „Das Interesse an Erfahrungsberichten und die Verknüpfung zu den Grundlinien unserer Ausbildungen ist bei vielen Fachleuten riesig. Zur Wahrnehmung haben wir alle von Watzlawick, Schulz von Thun und anderen gelernt; wie eine Lebensgeschichte aussieht, kennen wir aus der Anamnese. Aber was machen wir, wenn jemand seine Erfahrungen schildert, uns teilhaben lässt, wenn Emotionen und Bilder im Vordergrund stehen? Wie bringen wir dies in Verbindung zu unserem Fachwissen?“

Der Recovery-Gedanke wird also auch künftig Veränderungen anstossen – sogar über die Psychiatrie hinaus. Apropos Veränderungen: Was wünscht sich Doris Blank heute für die Zukunft? „Unter anderem wäre es wunderbar, wenn es für PatientInnen und Angehörige eine Infothek geben würde – mit ganz viel Informationsmaterial über weiterführende Recovery-orientierte Angebote und Veranstaltungen!“



Doris Blank, 56 Jahre alt, ist Mutter von drei erwachsenen Töchtern, Floristin und Psychiatrieerfahrene. 2010 liess sie sich zur Genesungsbegleiterin/Peer-Ex-In an der Berner Fachhochschule ausbilden. Seit 2012 arbeitet sie in der Luzerner Psychiatrie.



Johann Meinhof, 51 Jahre alt, ist Vater von zwei erwachsenen Söhnen, Schreiner, Krankenpfleger, Fachkraft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Diplom-Pflegewirt (FH). Er arbeitet seit 2009 als Pflegeexperte in der Luzerner Psychiatrie.



Andrea Kunz, 32 Jahre alt, ist Mutter einer zweijährigen Tochter und Fachübersetzerin ZFH. Sie arbeitet seit 2011 als Mitarbeiterin Kommunikation in der Luzerner Psychiatrie und schreibt regelmässig zum Thema Recovery und Peer-Arbeit.

RECOVERY IN DER INSTITUTION BETULA

Recovery steht bei uns als Synonym für hoffnungsvoll und kompetenzenorientiert. Wir sehen es als unseren Auftrag, unsere Angebote so auszurichten, dass Menschen Hoffnung in eine gute Zukunft entwickeln können. Dafür spricht auch die Zusammenarbeit mit Peers.

Von Christian Brönimann und Stefan Ribler

Im Betula unterstützen wir mit einem Wohnheim, einer Wohngemeinschaft, im betreuten Einzelwohnen und mit verschiedenen Tagesstrukturangeboten Menschen mit Psychiatrieerfahrung.

Als theoretisches Modell und Leitlinie für Werte und Haltung orientieren wir uns seit Jahren am „Lösungsorientierten Modell“ nach Shazer-Berg. Abläufe, Prozesse, Unterstützungs- und Fördergefässe sind darauf ausgerichtet, Ressourcen zu erkennen, einzubeziehen und die Wünsche und Ziele der betreuten Personen ins Zentrum zu stellen. Indem wir Wünsche, Ziele und Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer als Grundlage der Zusammenarbeit voraussetzen, haben wir erreicht, dass die betreuten Menschen vermehrt in der Rolle des Kunden auftreten. Je nach persönlichen Möglichkeiten übernehmen sie damit Verantwortung für den Aufenthalt im Betula und für ihre Zukunftsplanung. Ein gutes Leben zu führen, ist das zentrale Thema: gut im Sinne von ressourcenorientiert und auf die Perspektiven ausgerichtet.

UNSERE HALTUNGSGRUNDLAGEN

Wir sind auf Mitarbeitende angewiesen, die in der Lage sind, die individuellen Gesundheitswege und die damit einhergehende Auseinandersetzung mit der Krankheit und den gesunden Anteilen zu führen, zu begleiten und mitzutragen. Sie brauchen die Sicherheit, dass Risiken zum Recovery-Weg gehören und diese vor allem die oder der Betroffene trägt. Es ist nicht wichtig, was die Betreuungspersonen als nützlich und erfolgversprechend einschätzen, die betreuten Personen verfolgen ihre Ziele und werden darin als kundige ExpertInnen ihres Lebens unterstützt und begleitet. Die Bekenntnisse zum Lösungsorientierten Modell und zu Recovery bietet den Mitarbeitenden Sicherheit zur Gestaltung des Alltags. Den Führungspersonen gibt sie Klarheit und Legitimation zur Formulierung und Einforderung der erwarteten Betreuungsqualität in Haltung und Methode.

WAS VERSPRACHEN WIR UNS VON EINER PEER-PERSON IM BETULA?

Noch bevor wir im Betula mit einer Peer-Person zusammenarbeiteten, machten wir uns Gedanken über unsere Erwartungen. Welche Fähigkeiten, welche Kompetenzen könnten unser Team ergänzen, bereichern? Wir kamen zu folgenden Schlüssen:

Eine oder ein Peer kann uns für Situationen sensibilisieren, zu denen wir keinen oder nur einen eingeschränk-

ten Blick haben. Wir denken da an (natürlich immer gut gemeinte) subtile Machtausübung, Fremdbestimmung oder Anwendung von Zwang. Peer-Arbeit kann selbstständige Prozesse aufdecken und zur Diskussion bringen, eine oder ein Peer gibt Recovery ein Gesicht und macht diesen Ansatz persönlich ansprechbar. Eine oder ein Peer spricht dieselbe Sprache und redet von Erfahrungen und Erlebnissen, über welche unsere Bewohnerinnen und Bewohner auch berichten. Diese Erfahrung kann Psychiatrieerfahrenen Hoffnung machen. Gemeinsames Handeln und nicht Behandeln wird angesteuert und ganz persönliche Wege werden möglich.

Eine oder ein Peer kann auch als Fürsprecherin oder Fürsprecher der Nutzerinnen und Nutzer vorgesehen werden. Beschwerdewesen, Qualitätsziele und -sicherung, Recovery-Gruppen, Bewohnerrat sind Wünsche und Ideen, die wir mit unseren Peer-MitarbeiterInnen implementieren wollen.

UNSERE ERSTEN PEER-ERFAHRUNGEN

Im April 2014 trat eine krankheitserfahrene Frau mit dem Wunsch, im Betula ein Peer-Praktikum zu machen, an uns heran. Sie stiess mit ihrer Anfrage auf offene Türen und brachte uns dazu, dass wir uns nun ganz konkret mit einem Einsatz einer Peer-Mitarbeiterin auseinandersetzen.

Auf die für uns neue Rolle und Funktion hatten wir uns sehr gut vorbereitet. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen wurden in einer Stellenbeschreibung definiert und mit der Praktikantin und den involvierten Betreuungsteams abgesprochen. In diesen nahm sie, nebst der Präsenz im Alltag, auch an den Teamsitzungen teil und war an die im Herbst stattfindenden Teamretriten eingeladen.

Der erste Arbeitstag wurde mit ihr gut vorbereitet: Wie stellt sie sich den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeitenden vor? Wie formuliert sie ihre Rolle und Aufgabengebiete? Was sagt sie zu ihrer Krankheitserfahrung?

Der Einsatzplan sah vor, dass die Praktikantin in zwei Wohnbereichen und in einem Tagesstrukturangebot zum Einsatz kommt. Einen Grossteil der Arbeitszeit verbrachte sie mit Aufgaben, welche unser Betreuungspersonal auch ausführt. Beim gemeinsamen Kochen, Putzen oder bei Freizeitangeboten wie z.B. Walken kann man sich näherkommen und ungezwungen Kontakt aufnehmen. Im Tagesstrukturangebot wurde sie für die Umsetzung einzelner Projekte oder Teilschritte eingesetzt.



Die Peer-Praktikantin wurde von den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern und auch von den Teammitgliedern offen und herzlich aufgenommen. Das Praktikum wurde durch die Praxisausbilderin, welche auch für die Ausbildung unserer Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen zuständig ist, begleitet und unterstützt. Im ersten Drittel des Praktikums waren nach jedem Dienst Austausch- und Reflektionsmöglichkeiten vorgesehen. Nachher lag die Verantwortung bei der Praktikantin, wobei wir Offenheit und Bereitschaft zum Austausch immer wieder betont haben.

Im Betula war die Peer mit allen Rechten und Pflichten einer Betreuungsmitarbeiterin angestellt. Sie verfügte über uneingeschränkten Zugang zu den Akten und dokumentierte ihre Beobachtungen und Arbeitsleistung im Tagesjournal. Nach zwei Wochen hatte sie so weit Fuss gefasst, dass sie Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende bei spezifischen Fragestellungen unterstützen konnte.

ROLLE UND AUFGABEN MÜSSEN KLAR SEIN

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich Mitarbeiterteams im Vorfeld vertieft Gedanken zum Einsatz von Peers machen müssen. Werden die Rolle und Aufgabe, die spezielle Sichtweise und die daraus resultierenden Kompetenzen nicht vorgängig reflektiert, ist der inhaltliche Zugang zur Peer-Aufgabe und somit zur Person erschwert. Dies zeigt sich in Fragen wie: Hat die Person Akteneinsicht, einen Schlüssel, ist sie bei der Supervision auch dabei, darf sie sich zum Gespräch mit jemandem zurückziehen? Die eigene Rolle und das Berufsverständnis erhalten einen ungewohnten Impuls, der heissen kann: Da kommt eine ungelernete Person und tut dasselbe wie ich und hat identische Kompetenzen, ist das richtig so? Die Einführung der Rolle und Funktion

benötigt Zeit und Auseinandersetzung. Es bedarf aber auch der klaren Absichtsbekundung der Führungspersonen, dass zukünftig auf diese Ressource gezählt wird.

WIE GEHT ES WEITER MIT DER PEER-ARBEIT IM BETULA?

Wir sind überzeugt vom Potenzial, welches die Rolle und Ressourcen einer krankheitserfahrenen Person ins Betula einbringen kann. Wir denken dabei an Einsatzmöglichkeiten wie sie unsere Peer-Praktikantin angetroffen hat: Einsätze in den Wohn- und Tagesstrukturangeboten in der Funktion als Betreuerin. Möglich wäre auch der Aufbau eines Bewohnerrates und einer Recovery-Gruppe. Zahlreiche weitere Einsatzmöglichkeiten wie Öffentlichkeitsarbeit, die Teilnahme an Vorstellungsgesprächen oder die Mitarbeit auf Vorstandsebene bieten sich zudem an.

Weitere Informationen unter www.betula.ch



Christian Brönimann, Sozialpädagoge, ist Co-Leiter der Institution Betula in Romanshorn.



Stefan Ribler, Sozialpädagoge und Sozialinformatiker, ist Co-Leiter der Institution Betula in Romanshorn.

WELCHEN BEITRAG LEISTET DIE PEER-AUSBILDUNG ZUR KOMPETENZERWEITERUNG?

Wie kam es zur Peer-Ausbildung in der Schweiz? Wie wird heute in Aus- und Weiterbildung Erfahrungswissen reflektiert? Welches Wissen und welche Kompetenzen brauchen Peers für ihre Arbeit? Ein Einblick in Inhalte und Methoden der Peer-Qualifikation.

Von René Hadorn

Mit Peers sind Menschen gemeint, welche sich durch die gleiche Altersgruppe, ihre ähnlichen sozialen und kulturellen Erfahrungshintergründe sowie über dieselben Einstellungen und Vorlieben auszeichnen. Der Einbezug von Peers in der Genesungsbegleitung von Menschen hat vor allem im Suchtbereich in den angelsächsischen Staaten schon länger Tradition. Im Hinblick auf die Förderung der psychischen Gesundheit setzte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ziel, Menschen mit Erfahrung in psychischer Erkrankung und Gesundung verstärkt einzubeziehen. So entstand 2005 unter Beteiligung von Deutschland, den Niederlanden, England, Schweden, Norwegen und Slowenien das europäische Leonardo-da-Vinci-Projekt „Experienced Involvement“ (kurz Ex-In). Das Ziel des Projektes war, ein Weiterbildungscurriculum unter Einbezug von Fachleuten aus der Psychiatrie und Wissenschaft wie von Psychiatrieerfahrenen zu entwickeln. Die erste Ex-In-Weiterbildung startete im März 2006 in Bremen. Seither gibt es an diversen Standorten vor allem in Deutschland und auch in den Niederlanden Ex-In-Weiterbildungen.

Pro Mente Sana (PMS) führte erstmals 2008/09 eine kurze Peer-Qualifikation durch. Im März 2010 gründeten Fachpersonen und Psychiatrieerfahrene den Verein Ex-In Bern. In Zusammenarbeit mit Ex-In Deutschland und der Berner Fachhochschule für Gesundheit (BFH) wurde das europäische Curriculum an Schweizer Verhältnisse angepasst. Dies war die Grundlage, damit im Herbst 2010 ein Pilotstudiengang mit 18 Teilnehmenden an der BFH starten konnte. Ein Folgestudiengang von 2012 bis 2014 wurde schliesslich in Kooperation mit Pro Mente Sana, dem Verein Ex-In Bern und der BFH erfolgreich durchgeführt und ausgewertet.

INHALTE UND METHODEN DES CURRICULUMS

Die Weiterbildungsinhalte sind in Basis- und Aufbau-module gegliedert. Die elf Module befassen sich beispielsweise mit Gesundheit und Wohlbefinden, Dialog, Recovery, Selbsterforschung, Erfahrung und Teilhabe, Beraten und Begleiten, Krisenintervention, unabhängiger Betroffenenfürsprache sowie Lernen und Lehren. Methodisch geht es dabei weniger um die Vermittlung von fachlichem Know-how, sondern in erster Linie um das „Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen“. Persönliches Erfahrungswissen wird vertieft reflektiert, in Arbeitsgruppen ausgetauscht, mit wissenschaftlichen Erkenntnissen

verknüpft und erweitert. Dieser methodische Ansatz wird weiter durch vielfältige Formen wie Plenumsdiskussionen, Rollenspiele, Wahrnehmungsübungen, Filme, Vorträge der Teilnehmenden etc. gefördert. Die Modulinhalte stehen stets in Bezug zu den individuellen Erfahrungen mit psychischer Gesundheit und Krankheit der Teilnehmenden. Dies löst regelmässig emotionale Betroffenheit aus, welche die Basis für die Entwicklung und Erarbeitung von Kompetenzen für die Peer-Arbeit bildet. Es wird offensichtlich, dass dies nur in einer Atmosphäre von gegenseitigem Vertrauen möglich wird.

Praktika im Umfang von insgesamt 190 Stunden in verschiedenen Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich, z. B. auf Stationen von psychiatrischen Kliniken, im Rahmen von Präventionsprojekten wie zum Beispiel Schulprojekten (Grund- und Berufsschulen) oder Unterrichtstätigkeiten im Berufsbildungsbereich, ermöglichen den Transfer und die individuelle Rollenfindung als Peer. Wie sich aus den beiden bisher wissenschaftlich begleiteten Evaluationen der ersten beiden Weiterbildungen zeigte, tragen diese Praktikumseinsätze wesentlich zur Festigung der Fähigkeiten und Fertigkeiten bei.

FÖRDERUNG VON KOMPETENZEN BEI PEERS / GENESUNGSBEGLEITENDEN

Unter Kompetenzen werden allgemeine Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die dazu dienen, den Anforderungen im Arbeits- und Lebensbereich gewachsen zu sein bzw. diese bewältigen zu können = Handlungskompetenz. Folgende Illustration soll aufzeigen, aus welchen Teilen sich die Handlungskompetenz zusammensetzt.





Im Workshop der PMS-Tagung in Solothurn wurde die Frage gestellt, über welche Kompetenzen Genesungsbegleitende verfügen sollten. Dabei zeigte sich deutlich, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Sozial- und Selbstkompetenz einen hohen Stellenwert haben. Im Folgenden soll kurz aufgezeigt werden, dass jedoch Kompetenzen in allen vier Bereichen gefordert sind und wie dies in der Peer-Aus- und -Weiterbildung umgesetzt wird.

Fachkompetenz

Damit ist die Umsetzung von Fachkenntnissen gemeint. So erarbeiten die Weiterbildungsteilnehmenden z. B. im Modul „Erfahrung und Teilhabe“ Wissen zu verschiedenen psychischen Erschütterungen bzw. Krankheiten. Das Erfahrungspotenzial der Weiterbildungsgruppe ist dafür von grosser Bedeutung. In weiteren Modulen geht es darum, sich einen Überblick und einen Einblick in das Angebot von psychiatrischen Einrichtungen zu verschaffen. Das erarbeitete Fachwissen soll in der Praxis konkret ein- und umgesetzt werden können.

Methodenkompetenz

Aufbauend auf den Grundkenntnissen des Lernens gehört auch, wie ein Referat aufgebaut oder ein Workshop gestaltet werden kann. Im Rahmen der Weiterbildung erhalten die Teilnehmenden dazu viele Übungsmöglichkeiten und Anregungen, verschiedene unterstützende Hilfsmittel gezielt einzusetzen. Vielfältige Lernmöglichkeiten unterstützen die Teilnehmenden in der Aufbereitung und Gestaltung ihres Portfolios, welches Einblick in ihren Lernprozess gibt.

Sozialkompetenz

In der Rolle als Peer geht es darum, sich beispielsweise in ein Team innerhalb einer psychiatrischen Institution zu integrieren. Wichtig dafür ist, dass Peers über eine gut

ausgeprägte Kritik- und Konfliktfähigkeit verfügen und in der Lage sind, sich differenziert auszudrücken. Hier ergeben sich im Rahmen der Weiterbildung intensive Lernfelder aufgrund des bereits erwähnten methodischen Ansatzes „Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen“. Themen wie Gruppendynamik, Kommunikation, Rollenbewusstsein, professionelle Nähe und Distanz etc. werden unmittelbar erfahren und mittels Rollenspielen, Diskussionen, Übungen zu Beratungssituationen etc. konkret umgesetzt. Einen wichtigen Beitrag zur Sozialkompetenz leistet zudem die reflektierte Erfahrung aus den Praktika.

Selbstkompetenz

In diesem Bereich verfügen die Teilnehmenden meist über gut ausgebildete Fähigkeiten. So zeigen sie eine hohe Lernmotivation und sind bereit, Verantwortung für eine Peer-Tätigkeit zu übernehmen. In den Modulen Gesundheit/Wohlbefinden und Recovery setzen sie sich aktiv mit ihren Belastungsgrenzen auseinander, festigen bewährte Bewältigungsstrategien oder entwickeln neue. Gerade innerhalb der Selbstkompetenz zeigen Teilnehmende regelmässig eine hoffnungsvolle Entwicklung und machen dadurch anderen psychiatriee erfahrenen Menschen Mut.

Handlungskompetenz ist also mehr als die Summe ihrer Teile. Alle Kompetenzbereiche interagieren miteinander und beeinflussen sich gegenseitig und leisten so ihren Beitrag zur Kompetenzförderung.



.....
René Hadorn, Projektleiter Ex-In Bern, ist Weiterbildungsverantwortlicher an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern, selbstständiger Supervisor und Coach BSO sowie Erwachsenenbildner HF.

EXPERTINNEN UND EXPERTEN DURCH ERFAHRUNG IN DER PFLEGEAUSBILDUNG

Mit dem Einbezug von ExpertInnen durch Erfahrung in der Ausbildung von Pflegefachpersonen sind zwei zürcherische Kliniken neue Wege gegangen. In diesem Artikel werden die unterschiedlichen Einsatzgebiete und Konzepte vorgestellt und die Praxiserfahrungen erläutert.

Von Fabio Razzai, Maya Locher, Severina Kümin und Stephanie Ventling

„Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten“ – dieses chinesische Sprichwort hat uns für den Einbezug von Erfahrungswissen in die Pflegeausbildung geleitet.

Vor fünf Jahren hat sich die Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg AG und vor zwei Jahren die Clenia Schlössli AG dazu entschieden, Expertinnen und Experten durch Erfahrung (EdE) in die Ausbildung miteinzubeziehen. Die Recovery-Bewegung und die Ausbildungsmöglichkeiten zu EdE waren wichtige Impulsgeber für diese Entwicklung. Die Absicht beider Klinikschulen war, die Psychiatrieerfahrenen als Expertinnen und Experten ihres Erfahrungswissens aktiv und partnerschaftlich in die Ausbildung miteinzubeziehen. Es stellte sich die Frage, wie dieses Wissen für die Ausbildung nutzbar gemacht werden kann. Es wurden unterschiedliche Gefässe und Prozesse entwickelt, welche diese Absicht verfolgen. Neben dem klassischen Einbezug des Expertenwissens im Unterricht, wo spezifische Recovery-orientierte Themen bearbeitet werden (z.B. Hoffnung, Selbstmanagement, Wohlbefinden etc.), wurden weitere Formen wie die Begleitung in der Praxis (BIP), Reflexionsgruppen und Lernprojekte installiert, worin die EdE zentrale Aufgaben übernehmen.

SICHTWEISEN DER EXPERTINNEN DURCH ERFAHRUNG

„Die selbst gewählten Ausbildungssituationen der Lernenden auf der Station (BIP) in der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg AG zu begleiten, war von gemeinsamen Lernprozessen geprägt. Unabhängig von der Ausbildungsstufe zeichnete sich ein hoher Lerntransfer im Verständnis von Recovery-Prozessen ab. Nach anfänglicher gegenseitiger Nervosität endeten durchgehend alle BIPs mit einem vertrauensvollen Gespräch auf gleicher Augenhöhe. Eine Studierende sagte, sie hätte ‚fürs Leben dazugelernt!‘. Als Vorteil kristallisierte sich die Rolle als Expertin aus Erfahrung heraus, gerade weil sie unabhängig von anderen Dienstpersonen in der Begleitung frei ist von Ansprüchen des Teams oder der Linie. So war jedes Mal auch im Nachgespräch Platz, um Frust und Unsicherheiten am Arbeitsplatz ausserhalb der gewählten Aufgabensituation wertfrei und auf ‚neutralem‘ Boden zu besprechen.“

„Meine Erfahrungen als EdE in der Reflexionsgruppe in der Clenia Schlössli waren durchwegs sehr positiv. Anfänglich gab es zwar auch Bedenken beiderseits, da

WO EXPERTINNEN UND EXPERTEN DURCH ERFAHRUNG MITEINBEZOGEN WERDEN:

- Begleitung in der Praxis (BIP)
- Reflexionsgruppe
- Begleitung eines Lernprojektes in der Praxis
- Recovery
- Hoffnung, Hoffnungsförderung
- Krisenintervention
- Einzelne Krankheitsbilder

mich eine intensive Patientengeschichte mit dieser Klinik verband. Diese stellte sich aber im Nachhinein sogar als Vorteil heraus. Ab der ersten Stunde herrschte eine Offenheit und Wertschätzung zwischen uns allen, die mich nur erstaunen liess. Zu sehen, wie sich Sichtweisen in nur 1½ Stunden um fast 180 Grad drehten, hat eine unsagbare Kraft. Der Mut zur Ehrlichkeit und das gegenseitige Vertrauen verschafften uns die Chance, dass auch heikle Themen wie Drehtürpsychiatrie besprochen werden konnten. Dies half auch mir persönlich auf meinem Recovery-Weg sehr.“

RÜCKMELDUNG DER STUDIERENDEN

„Es ist für mich wichtig zu hören, welche möglichen Auswirkungen die Pflegeinterventionen haben und ob sie den Betroffenen gut tun.“ *(Aussage einer Studierenden)*

Die Rückmeldungen der Studierenden sind vielversprechend. Eine Auswertung von zwei Unterrichtsmethoden ergaben sehr positive Resultate. Die Studierenden bewerteten mit grosser Übereinstimmung, dass der Einbezug des Erfahrungswissens motivierend, für die Praxis relevant, interessant und lehrreich war. Es habe ihre Sichtweise erweitert und bereichert. Besonders erfreulich war, dass sich alle Studierenden dafür aussprachen, dass der Einbezug von Expertinnen und Experten durch Erfahrung in der Pflegeausbildung ausgebaut werden sollte.

SICHTWEISE DER LEHRPERSON

Die Studierenden zeigten eine sehr grosse Aufmerksamkeit in diesen Unterrichtseinheiten und das gegenseitige Wohlwollen war gut zu spüren. Beide Formen von Unter-



richt lösten intensive Diskussionen aus. Die Befürchtung, dass es zu schwierigen Situationen führen könnte, wenn Psychiatrieerfahrene die Sichtweise von Studierenden durch allzu kritische Positionen infrage stellen, hat sich bei dieser Auswertung nicht bestätigt.

In beiden Kliniken ist der Unterricht mit EdE bereits fester Bestandteil der Ausbildung. Durch den Einbezug der EdE können die unterschiedlichen Perspektiven lebendig und situationsnah bearbeitet werden. Pflegerische Interventionen werden weitergedacht und es wird gemeinsam nach neuen Lösungswegen gesucht. Lernen wird zu einem aktiven Prozess, welcher durch seine Vielseitigkeit und emotionale Komponente nachhaltig wirkt. Die Rolle der Lehrperson wird zum Wissensvermittler und Moderator in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Perspektiven. Die Neugierde und Fähigkeit, aus Geschichten zu lernen und in der Situation zu reagieren, ist sowohl pädagogisch als auch für den Berufsabschluss in der Pflege relevant.

ABSCHLIESSENDE ÜBERLEGUNGEN

Eine gewisse Gefahr besteht, wenn EdE nicht in ihrer Fachexpertise anerkannt, sondern nur als attraktive Unterrichtsergänzung gesehen werden. Um dem entgegenzuwirken, ist die konsequente Mitarbeit in der Entwicklung der Angebote eine effektive Vorgehensweise. Der Einbezug soll bewusst geschehen und didaktisch-methodische Überlegungen, wie die Erfahrungsexpertise miteinbezogen werden kann, sollen gezielt vorgenommen werden. Damit der Einbezug gelingt, sind die Unterstützung der Vorgesetzten und die Überzeugung der Lehrperson wichtige Voraussetzungen.

Der Einbezug von EdE in die Pflegeausbildung steht am Anfang einer vielversprechenden Entwicklung. Im Ausbildungskontext kann eine Umgebung geschaffen werden, in der sich Studierende und Menschen mit Er-

fahrungsexpertise auf Augenhöhe begegnen können. Dadurch können das gegenseitige Verständnis erhöht und die Empathiefähigkeit der Studierenden gesteigert werden. Das Ziel ist, dass sich Gelehrte und Erfahrene ergänzen und zum Wohl aller eine bessere Dienstleistung vollbracht werden kann.



Fabio Razzai, Psychiatrischer Krankenpfleger, Erwachsenenbildner HF, ist seit 10 Jahren Lehrperson in der Clenia Schlössli AG.



Maya Locher, Pflegefachfrau Psychiatrie HF, Erwachsenenbildnerin HF, ist seit 12 Jahren Leiterin Pflegepädagogik an der Sanatorium Kilchberg AG.



Severina Kumin, Betroffene Borderlinestörung, Vorstand Verein Dialog Winterthur, ist selbstständigerwerbende Peer in Teilzeit.



Stephanie Ventling, Peer-Mitarbeiterin Pflegepädagogik & Entwicklung, an der Sanatorium Kilchberg AG, MSc. cand. Mental Health Recovery.

BEWERBUNGSGESPRÄCH FÜR EINE PEER-ANSTELLUNG – EIN MUSTERBEISPIEL

Was für Fragen sollten bei der Anstellung eines Peers geklärt, welche Informationen ausgetauscht werden? Das folgende Bewerbungsgespräch steht exemplarisch dafür und zeigt auf, dass Peers ganz normale Mitarbeitende sind und sein wollen.

Von Thomas Ihde und Martin Reinert

Arbeitgeber (A): Grüezi Herr R. Herzlich willkommen bei den Psychiatrischen Diensten. Es freut mich ausserordentlich, dass Sie sich bei uns spontan beworben haben. Was hat Sie dazu bewogen?

Peer (P): Guten Tag Herr I. Herzlichen Dank für die Einladung zum Bewerbungsgespräch. Nun, ich habe die Peer-Ausbildung bei Pro Mente Sana absolviert und Ende 2011 abgeschlossen. Als gelernter kaufmännischer Angestellter arbeite ich seit fünf Jahren zu 50 Prozent auf dem Beruf. Seit einiger Zeit hatte ich immer mehr den Wunsch, eine Stelle als Peer anzutreten. In meinem Umfeld habe ich Kolleginnen und Kollegen, die sich wertvoll, gebraucht und wohlfühlen in der Arbeit als Peer. Gerade bei Ihnen kenne ich einige, die mit den Rahmen- und Arbeitsbedingungen zufrieden sind. Sie sehen, der Wunsch, mich als Peer zu versuchen, hat sich seit einiger Zeit aufgebaut und ich würde gerne bei Ihnen starten.

A: Schön und ja, wir haben einige Peers bei uns. Welche Art von Tätigkeit würde Sie interessieren?

P: Ich wäre vor allem an einer Festanstellung interessiert. Dabei würde ich gerne zu 50 Prozent arbeiten. Könnten Sie mir beschreiben, was für Aufgaben die verschiedenen Peers bei Ihnen haben?

A: Ja, gerne. Wir haben drei fest angestellte Peers, die seit über drei Jahren bei uns sind. Eine arbeitet im Ambulatorium zu 80 Prozent. Dieses hohe Pensum ist in der Schweiz eher selten. Die meisten Peers arbeiten mit einem tieferen Beschäftigungsgrad. Sie führt vor allem Peer-Beratungen beziehungsweise Genesungsbegleitungen durch. Sie betreut Menschen vornehmlich zu Hause oder trifft sich mit ihnen zum Beispiel für einen Spaziergang im öffentlichen Raum. Ein wichtiges Standbein ist für sie die Angehörigenberatung. Sie leitet schon länger eine Angehörigengruppe und betreut neu ein Angehörigentelefon. Die zweite Peer-Fachfrau, die seit über drei Jahren dabei ist, arbeitet mit einem 30-Prozent-Pensum in der Tagesklinik. Sie leitet freitags eine Recovery-Gruppe, bietet dort Einzelgespräche an und macht viel Öffentlichkeitsarbeit. Zusätzlich haben wir einen Peer, der mit einem 10-Prozent-Pensum in unserem offenen Begegnungszentrum, dem Café Lichtblick, tätig ist. Er arbeitet gerne mit Musik und als ehemaliger Handwerker betreut er unsere eher wortkargen Berner Oberländer, die mit der Psychiatrie eher Berührungängste haben. Dann gibt es noch eine Peer-Fachfrau, die vor allem Einzelbegleitungen anbietet für Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind. Und schliesslich haben wir



aktuell zwei Peer-Praktikantinnen, welche die Peer-Ausbildung bei Ex-In Bern oder Pro Mente Sana noch nicht absolviert haben. Sie sind sozusagen am Schnuppern. Sie sehen, die Vielfalt an möglichen Arbeitseinsätzen ist gross. Wo sehen Sie Ihre Stärken?

P: Ich würde gerne in ein Team einbezogen sein und möchte vorwiegend auf einer Station arbeiten. Zusätzlich könnte ich mir ambulante Einzelbegleitungen vorstellen, denn ich sehe meine Stärken in der persönlichen Beratung. Sicherlich wäre für mich, den Patienten Mut und Hoffnung zu machen, ein wichtiger Teil der Arbeit. Sehen Sie in diesem Sinne eine Möglichkeit für mich?

A: Wir werden bald eine Kriseninterventionsstation eröffnen und planen, dort Peers einzustellen. Der Aufnahmeprozess ist für Betroffene oft sehr belastend und da könnte es hilfreich sein, einen Peer an seiner Seite zu wissen, der einen durch den ganzen Prozess begleitet. Das Gleiche gilt in dieser Zeit für die Angehörigen. Und für unsere Patienten ist der Übertritt von der Klinik nach Hause oft schwierig. Hier ist der Einsatz eines Peers sicherlich wertvoll. Der Patient hätte im Peer eine Art Bindeglied, jemanden, der einen in der ersten Zeit bei Bedarf auch zu Hause besucht. Dies wäre eine Stelle, an der ich Sie sehe. Was die Arbeitszeit und andere Arbeits- und Rahmenbedingungen von Peers betrifft, gab es vor vier Jahren, als wir mit dieser Arbeit begannen, viele Sonderregeln. Mittlerweile hat sich herauskristallisiert, dass Peers in unseren Diensten ganz normale Mitarbeitende sind und sein möchten. Demgemäss sind Arbeitsverträge, Stellenbeschriebe und Ähnliches genau gleich aufgebaut wie bei den anderen Arbeitnehmern. Einige Peers entscheiden sich für ein Jahresarbeitszeitmodell.

Während Peers am Anfang oft wünschten, unabhängig zu arbeiten und nicht im engeren Sinne Teil der Dienste zu sein, hat sich dies verändert. Heute möchten viele ins Team integriert sein, auch wenn sie immer noch wichtige Brückenbauer zwischen den Behandlungsteams und den Betroffenen und Angehörigen sind.

P: Wie akzeptiert sind Peers bei Ihnen? Gibt es im Team noch Ängste, Verunsicherungen, Widerstände gegenüber deren Einbezug?

A: Mittlerweile sind Peers sehr gut akzeptiert. Initial gab es Berührungsängste. Viele unserer Mitarbeitenden kommen direkt von der Universität. Sie sind noch nie mit dieser Art von Zusammenarbeit konfrontiert worden. Wichtig ist deshalb, dass alle Mitarbeitenden Arbeitserfahrungen mit Peers machen und merken, was diese bewirken können. Heute, denke ich, gäbe es eine Protestwelle, wenn Peer-Stellen gekürzt würden. Neulich kam eine Mitarbeiterin zu mir, die es sehr bedauerte, dass eine Peer nicht mehr an ihrer Interventionsgruppe teilnahm. Sie schätze ihre Inputs enorm und erlebt sie für sich als ergänzend. Wenn Sie heute zu uns an eine Teamsitzung kommen, werden Sie nicht unmittelbar unterscheiden können, wer Peer und wer ein „traditioneller“ Mitarbeitender ist.

P: Wer wäre für mich auf der Station Ansprechperson und weisungsberechtigt? Und habe ich das Anrecht auf eine Supervision und/oder Intervention?

A: Auch hier gilt das „Normalitätsprinzip“. Peers werden so wie alle andern Mitarbeitenden behandelt. Sie haben einen direkten Vorgesetzten. Es gibt Institutionen, in denen Peers eine Sonderstellung haben. Organisiert wie bei einer Stabsstelle sind sie quasi direkt dem Pflegedirektor oder dem Chefarzt unterstellt. Ich denke, dies macht es für die Peers schwierig, sich im Team zu integrieren und nicht überfordert zu sein. Peers nehmen an den dienstinternen Interventionsgefässen teil und haben eine spezifische Peer-Intervention. Diese ist extern und hat sich ebenfalls bewährt. Schliesslich hätten Sie, wie alle Mitarbeitenden, einen Weiterbildungsbetrag zur Verfügung, den Sie auch für Einzelsupervision und Weiterbildung nutzen können.

P: Wie sieht denn die Bezahlung aus?

A: Wir haben diesbezüglich zusammen mit den UPD Bern den Antrag an das Personalamt des Kantons gestellt, das uns einen Lohnklassenvorschlag machte, durch den wir heute die Löhne bestimmen. Und Peer-Mitarbeitende haben die Wahl, sich fest anstellen zu lassen oder im Stundenlohn zu arbeiten.

P: Sie haben sicher festgelegte Prozesse, die Sie anwenden, wenn Mitarbeitende erkranken. Könnte ich mich, falls ich unerwartet eine Krise hätte, bei Ihren Diensten behandeln lassen?

A: Auch hier ist es prinzipiell gleich wie bei allen andern Mitarbeitenden. Wir empfehlen, sich ausserhalb des Systems behandeln zu lassen. Wir hatten Peers, die bereits vor der Tätigkeit bei uns Patienten waren und Vertrauen

5 TIPPS FÜR INSTITUTIONEN ZUR ANSTELLUNG VON PEERS

- 1. Die Anstellung eines Peers soll vorbereitet sein**
Offenheit, Neugier und Lust auf Veränderung bei den Mitarbeitenden auf allen Hierarchieebenen sind hilfreich für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Peers.
- 2. Es gilt das Normalitätsprinzip**
Peers haben die gleichen Rechte und Pflichten wie die andern Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- 3. Erstellen Sie einen Stellenbeschrieb**
Regeln Sie damit die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung eines Peers.
- 4. Lassen Sie sich darauf ein**
Die Peer-Arbeit ist eine Ergänzung und Bereicherung für die Institution.
- 5. Mit der Anstellung von Peers begeben Sie sich auf eine Reise**
Es ist nicht alles bis ins kleinste Detail planbar und voraussehbar. Genau das macht es spannend. Darum ist eine wertschätzende und transparente Gesprächskultur wichtig.

in unsere Behandlung aufgebaut haben. In diesem Fall sind wir bereit, Mitarbeitende in unseren Diensten als PatientInnen aufzunehmen.

P: Das hört sich für mich alles sehr gut an.

A: Das freut mich. Auch ich habe ein gutes Gefühl. Ich werde Sie noch diese Woche kontaktieren.

Anmerkung der Redaktion: Dieses Bewerbungsgespräch wurde an der diesjährigen Pro-Mente-Sana-Tagung im Rahmen eines Workshops durchgespielt und soll zur Nachahmung anregen. Obwohl es sich um ein fiktives Gespräch handelt, gibt es realitätsgetreu die Anstellungsbedingungen von Peers in den Psychiatrischen Diensten Frutigen Meiringen Interlaken wieder.



Thomas Ihde ist Stiftungspräsident von Pro Mente Sana, Chefarzt Psychiatrische Dienste Spitäler fmi AG, Arbeitgeber mehrerer Peers, Ex-In-ausgebildet.



Martin Reinert ist Stiftungsrat von Pro Mente Sana, Experte durch Erfahrung, Vorstandsmitglied Peer+.

INKLUSION ALS RECOVERY-ORIENTIERTES UNTERNEHMUNGSZIEL DER SOLODARIS STIFTUNG

Die Solodaris Stiftung hat sich entschieden, den Weg der Inklusion bewusst zu gehen. Für eine Institution mit 165 Angestellten und ca. 400 von ihr betreuten Menschen ist dies eine grosse Herausforderung. Wie geht sie die Aufgabe an, wie sehen die konkreten Schritte aus?

Von Brigitte Althaus und Daniel Wermelinger

Die Solodaris Stiftung besteht in der heutigen Form seit 2008. Das übergeordnete Ziel für die Jahre 2010 bis 2013 war es, im Kanton Solothurn zum Kompetenzzentrum für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zu werden. Als neue gemeinsame übergeordnete Leitlinie für die Jahre 2014 bis 2017 steht die Weiterentwicklung von der Behindertenorganisation zu einem Integrationsunternehmen. Einer der fünf definierten Schwerpunkte bildet die Inklusion. Die Vision ist, aufgrund des kulturellen Wandels dem Bedürfnis der Anspruchsgruppen (betreute Menschen, Personal, zuweisende Institutionen) zu entsprechen.

Die Verantwortlichen sind sich bewusst, dass diese Umsetzung eine grosse Herausforderung darstellt und Zeit in Anspruch nehmen wird. Es geht vor allem darum, an Werten und Haltungen zu arbeiten, dabei das bereits Bestehende zu wertschätzen und das Zukünftige mutig und bedacht anzugehen. Es gilt, alle Ebenen zu berücksichtigen: die persönlichen Ressourcen, die institutionellen Rahmenbedingungen und den gesellschaftlichen Auftrag. Es geht darum, alle Beteiligten ins Boot zu holen. Deshalb stellten sich die folgenden Fragen: Wie können möglichst alle von Anfang an am Entwicklungsprozess beteiligt sein? Was gibt es für Formen der Mitbestimmung und Mitwirkung? In einem ersten Schritt wurde entschieden, in der Stiftung eine Arbeitsgruppe zu bestimmen und diese mit einem konkreten Projektauftrag auszustatten.

EIN ERSTER SCHRITT IN RICHTUNG ZIEL

„Wie können den Angestellten, BewohnerInnen und Mitarbeitenden Rahmenbedingungen und eine Umgebung mit direkter Einflussnahme, Selbstbestimmung und Übernahme von Verantwortung geboten werden?“ Mit der Klärung dieser Grundsatzfrage wurde die Arbeitsgruppe beauftragt. Dass deren Zusammensetzung bestimmt wurde, mag nicht sehr inklusiv sein, doch es kam eine Diskussion in Gang: Weshalb bin ich in der Arbeitsgruppe? – Was kann mein persönlicher Beitrag sein? Die Erkenntnis daraus: Wir alle können unseren ganz persönlichen Beitrag leisten!

In der Gruppe war der Wissensstand zum Thema sehr unterschiedlich und spiegelte somit die Institution wider. Was bedeutet Inklusion genau? Für die Gruppe war klar, dass Inklusion eine Grundhaltung ist, die Folgendes beinhaltet: Empowerment, Recovery, Peer-Arbeit, Erkennt-



nisse über Resilienz und somit Ressourcenorientiertheit. Doch wie weit ist es möglich, diese Grundhaltung umzusetzen, was bedeutet barrierefrei? Wie verhält es sich mit Selbstbestimmung, Freiraum und Grenzen? Eine Einigung fand sich schliesslich nach langem Ringen in der folgenden Definition:

INKLUSION

Inklusion beschreibt eine Gesellschaft, in der jeder Mensch akzeptiert wird und gleichberechtigt und selbstbestimmt an dieser teilhaben kann – unabhängig von Geschlecht, Alter, Glaube oder sozialer Herkunft, von eventueller Beeinträchtigung oder sonstigen individuellen Merkmalen.

In der inklusiven Gesellschaft gibt es keine definierte Normalität, die jedes Mitglied dieser Gesellschaft anzustreben oder zu erfüllen hat. Normal ist allein die Tatsache, dass Unterschiede vorhanden sind. Diese Unterschiede werden als Bereicherung aufgefasst und haben keine Auswirkung auf das selbstverständliche Recht der Individuen auf Teilhabe.

INKLUSION IN DER SOLODARIS STIFTUNG

Aufgabe der Solodaris Stiftung ist es, innerhalb ihrer Angebote in allen Lebensbereichen Strukturen zu schaffen, die es den Menschen ermöglichen, sich barrierefrei darin zu bewegen.

WAS BEDEUTET DAS AUF DER HANDLUNGSEBENE?

Das Recht auf Selbstbestimmung meint für alle Menschen, auch für diejenigen mit einer Beeinträchtigung, dass sie selbst wählen können, in welchem Lebensbereich und zu welchem Zeitpunkt sie Unterstützung benötigen. Das schliesst nicht aus, dass diese Fähigkeit im Einzelfall erst entwickelt werden muss.

Gemeinsam handeln wir aus, wer welche Freiräume wie nutzen kann und welche Fähigkeiten entwickelt werden sollen.

Grundlage für Wahlfreiheit ist, dass die Freiheit (und Sicherheit) des anderen nicht oder jedenfalls in keiner unzumutbaren Weise beeinträchtigt wird.

Und nun wie umsetzen in einer grossen Institution mit vielen unterschiedlichen Bedürfnissen?

BEDÜRFNISABKLÄRUNG BEI ALLEN BETROFFENEN

Der Ruf nach externer Unterstützung wurde laut. Es setzte sich dann aber die Ansicht durch, dass es Sinn macht, zuerst ein Ist-Inventar zu erstellen. Die Rückmeldungen auf den Fragebogen, den alle NutzerInnen und Angestellten der Solodaris Stiftung erhielten, bildeten die Basis für einen ersten gemeinsamen Impulstag.

ERSTER INTERNER IMPULSTAG

Ein Referent führte in das Thema ein. Die Arbeitsgruppe Inklusion übergab den Angestellten anschliessend in vier Workshops die folgenden Inhalte zur Auseinandersetzung:

1. Wie zeigt sich Inklusion in unserem Alltag?

Wie sieht Inklusion in der Betreuung aus – oder eben nicht? > Wir spielen kurze Szenen aus dem Alltag.

2. Welches sind meine Befürchtungen/Ängste und welches ist meine Hoffnung?

Inklusion in unserem Arbeitsalltag bedeutet, einen anderen Blickwinkel einzunehmen: von „Ich weiss, was das Beste für die von mir betreuten Menschen ist“ zu „Ich begegne den betroffenen Menschen auf gleicher Augenhöhe“. Wo habe ich diesbezüglich Widerstände, wo Hoffnung und wohin führt das? Denkmuster zu verändern ist anspruchsvoll, verunsichernd, bereichernd... > In gemeinsamer Diskussion spüren wir Ängste und Hoffnungen auf.

3. Inklusion verleiht Flügel? Barrieren animieren zum Nachdenken!

Inklusion hat sehr viel mit der eigenen Haltung und Einstellung zu tun. Was ist an einer inklusiven Haltung beflügelnd und was nicht? Wo sind die Grenzen der Selbstbestimmung anzusetzen?... > Wir setzen uns mit unserer persönlichen Haltung auseinander.

4. Wo sehe ich meinen persönlichen Beitrag auf dem Weg zur Inklusion?

Jeder und jede kann einen Beitrag leisten. Was könnte mein Beitrag sein? Wo sind meine Stärken? Wie kann ich den Inklusionsprozess in der Solodaris Stiftung unterstützen? > Wir orientieren uns an unseren Ressourcen und tragen unsere Stärken zusammen.

WEITERE SCHRITTE NACH DEM IMPULSTAG

Aufgrund der Ergebnisse des Impulstages schreitet die Auseinandersetzung mit dem Thema voran und es gibt innerhalb der Institution vieles zu bereden. Der nächste Impulstag findet im Frühjahr 2015 statt. Für das Jahr 2015 wird Inklusion in die Jahresziele in jedem Bereich aufgenommen. Die Arbeitsgruppe wird ein Supportangebot für die Angestellten erarbeiten und in diesem Zusammenhang die notwendigen Ressourcen aufzeigen.

RECOVERY – EIN GEWINN FÜR ALLE? – WORKSHOP AN DER PMS-TAGUNG IN SOLOTHURN

An der Pro-Mente-Sana-Tagung in Solothurn informierte die Solodaris Stiftung in einem der angebotenen Workshops detailliert über das Vorgehen in ihrem Inklusionsprozess. Nach den Ausführungen wurden die Workshopteilnehmenden in den Prozess miteinbezogen, womit das partizipative Vorgehen multipliziert werden konnte. Aufgrund der drei vorgelegten Fragen wurden Rückmeldungen eingeholt und der Blickwinkel weiter geöffnet.

Die Ergebnisse dazu finden Sie auf der Homepage von Pro Mente Sana als Bonusmaterial zu dieser Heftausgabe.

Den internen Prozess der Solodaris Stiftung an der Tagung weiterzuführen, fanden wir sehr spannend, bereichernd und inspirierend. Wir werden die Rückmeldungen in unser weiteres Vorgehen einbeziehen. Herzlichen Dank an alle, die sich daran beteiligt haben!



Daniel Wermelinger ist Geschäftsführer der Solodaris Stiftung.



Brigitte Althaus ist in der Solodaris Stiftung zuständig für den Fachbereich Information und Teil der Arbeitsgruppe Inklusion.

RECOVERY UND ARBEITSINTEGRATION

Damit Recovery als Paradigma eine Relevanz bekommt, die über Einzelschicksale hinausgeht, muss es die professionelle Hilfe einbeziehen, die psychische Krankheit und ihre Folgen würdigen und auf Integration in den ersten Arbeitsmarkt zielen.

Von Niklas Baer



Der Recovery-Begriff und die damit in Gang gesetzte Bewegung von Personen, die selbst an einer meist schweren psychischen Störung leiden oder gelitten haben, hat das Denken von psychiatrischen Fachleuten und Politikern sehr beeinflusst. Einer der grossen Verdienste dieser Bewegung liegt darin, die Individualität psychisch kranker Menschen ins Zentrum gestellt zu haben: Jede Person hat ihren eigenen Weg, wie sie mit ihrer Erkrankung und deren oft markanten Konsequenzen umgeht, wie sie also ihr Schicksal bewältigt. Auf diesem Weg soll sie von Fachleuten begleitet werden, die versuchen, das persönliche Erleben der Betroffenen zu verstehen und sich in eine echte Beziehung mit ihnen zu geben, statt sie nur technisch zu behandeln, und ihnen etwas zutrauen.

DIE BEDEUTUNG EINER ECHTEN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNG

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Qualität der psychotherapeutisch-psychiatrischen Beziehung für das Erleben der Patientinnen und Patienten entscheidend ist (Baer, Domingo, Amsler, 2003). Dazu gehört das Gefühl, ernst genommen zu werden, in der behandelnden Person ein echtes und emotionales Gegenüber zu haben, welches einen zu verstehen versucht, mit all den Schwierigkeiten aushält und einen gleichzeitig zuversichtlich ermutigt. Es darf und muss vielleicht auch Kon-

flikte geben in der professionellen Beziehung, Hauptsache, die Behandelnden sind authentisch, engagiert und würdigen das psychische Leiden – aber ohne deswegen zu resignieren.

Die Recovery-Idee geht davon aus, dass psychisch kranke Personen nicht in erster Linie PatientInnen sind, sondern eine Rolle in unserer Gesellschaft haben können und sollen. Eine solche Sichtweise ist gegenüber den früheren pessimistischen Erwartungen und teils paternalistischen Rollenverteilungen in Behandlung und Betreuung ein grosser Fortschritt. Das bedeutet, dass psychisch Kranke Behandelnde benötigen, die sich für ihr soziales und berufliches Leben interessieren. Gerade schwer und chronisch psychisch kranke Menschen brauchen das Gefühl, dass sie zugehörig, kompetent und gesellschaftlich „nützlich“ sind (Baer, Domingo, Amsler, 2003). Das Bedürfnis, dabei zu sein und einen Beitrag zu leisten, ist sehr stark – häufig gerade bei Personen mit schweren psychischen Problemen.

ERWERBSTÄTIGKEIT IST VON ZENTRALER BEDEUTUNG

Erwerbstätigkeit ist das gängigste und wichtigste Ticket, um dabei zu sein. Auch in Bezug auf die Möglichkeit zu sozialen Kontakten. Erwerbstätigkeit stärkt die persönliche Identität. Es ist deshalb kein Zufall, dass erwerbstätige Personen, unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung, rascher und besser genesen. Wenn wir also Recovery wollen, dann sollten wir alles tun, damit psychisch Kranke arbeiten können. Natürlich ist hier zu unterscheiden: Nicht alle psychisch kranken Menschen können im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig sein. Wo dies nicht möglich ist, sind Arbeiten im geschützten Rahmen, Freiwilligenarbeit etc. sehr wichtig und vermitteln ebenfalls das Gefühl, gebraucht zu werden. Dennoch: Die meisten psychisch Kranken haben das Bedürfnis, „normal“ zu arbeiten. Und die grosse Mehrheit psychisch Kranker kann oder könnte auch relevante Leistungen bringen. Zudem ist der Arbeitsmarkt in der Schweiz mit sehr hohen Erwerbsquoten (auch bei Personen mit psychischen Störungen) im internationalen Vergleich in hervorragender Verfassung. „Normale“ Erwerbstätigkeit sollte für die allermeisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein vordringliches Ziel sein und der Erfolg der Recovery-Bewegung sollte in erster Linie daran gemessen werden, ob auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen ihre fast immer vorhandene (Teil-)Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt einbringen können oder nicht.



Wenn Recovery bedeutet, dass man psychisch Kranke wirklich am Arbeitsleben teilhaben lassen will, sollte man den folgenden Fallen aus dem Weg gehen: a) die psychische Krankheit zugunsten einer einseitigen Ressourcenorientierung verleugnen oder bagatellisieren, b) professionelle psychiatrische Behandlung und Selbsthilfe gegeneinander ausspielen, c) sich nur auf die schwerst und chronisch kranken Personen konzentrieren und die überwiegende Mehrheit der Personen mit einer „leichteren“, aber dennoch behindernden psychischen Erkrankung aussen vor zu lassen, und schliesslich, d) ausschliesslich das Erleben der Betroffenen als Richtschnur zu nehmen.

DEFIZIT- UND RESSOURCENORIENTIERUNG SIND KEINE GEGENSÄTZE

Ein Risiko besteht zum Beispiel darin, dass die Recovery-Bewegung – und damit auch der berechtigte Kampf gegen die (frühere) pessimistische medizinische Defizitorientierung – dazu führt, dass die psychischen Krankheiten, das damit verbundene Leid (auch dasjenige des nahen sozialen Umfeldes) und die mit ihnen direkt verbundenen Funktionsdefizite bagatellisiert oder gar verleugnet werden. Heute ist es in vielen rehabilitativen Einrichtungen – aber auch bei Fachpersonen von (Sozial-)Versicherungen und Sozialhilfe – courant normal, dass die eigentliche Behinderung gar nicht präzise bekannt ist. Auch bei IV-Berenteten ist trotz langen medizinischen Abklärungen oft nicht wirklich festgehalten, was sie eigentlich nicht leisten können. Das heisst, die Behinderung – also der Grund, warum wir überhaupt mit die-

sen Personen zu tun haben – ist häufig nicht klar. Aber: Wie soll man eine Person fördern oder integrieren, wenn man nicht einmal genau weiss, woran sie (immer wieder) gescheitert ist? Das ist letztlich keine ressourcenorientierte Haltung, im Gegenteil: Ohne eine präzise Problemanalyse kann man keinen wirksamen Eingliederungsplan erstellen. Krankheit, Defizit, Leiden und individuelles Potenzial sind keine Gegensätze. Um die Gesundheit zu unterstützen, ist die Würdigung des individuellen Leidens und auch die Würdigung der krankheitsbedingt verpassten Lebensmöglichkeiten (z. B. ein Universitätsstudium wegen früher Psychose und folgender Denkstörungen) unerlässlich.

SELBSTHILFE UND PROFESSIONELLE BEHANDLUNG ERGÄNZEN EINANDER

Ein anderes Risiko besteht darin, dass professionelle Behandlung und subjektives Erleben gegeneinander ausgespielt werden. Es gibt natürlich ungenügende Behandlung, aber es gibt auch verzerrtes subjektives Erleben. Die heute bei uns zunehmend beliebte Idee „die Behinderten sind Experten in eigener Sache“ stimmt nur zum Teil: Betroffene sind keine Experten, aber ihr subjektives Erleben ist zentral und muss ernst genommen werden. Die Betroffenen sind Experten dafür, wie sie etwas empfinden. Aber sie sind natürlich nicht immer Experten dafür, was ihnen am besten helfen würde – wie sollten sie dies auch sein können? Dort, wo die Recovery-Bewegung antipsychiatrisch und generell antiprofessionell wird, ist sie potenziell auch gefährlich. Recovery ist keine Alternative für eine professionell fundierte Diagnose/

Problemanalyse und eine fundierte Eingliederungs- und Behandlungsplanung. Hingegen müssen die Professionellen sich noch mehr bemühen, das subjektive Erleben der Betroffenen ernst zu nehmen. Dies ist gerade in der Arbeitsrehabilitation entscheidend: Solange wir nicht genau verstehen, welche Befürchtungen unsere KlientInnen genau haben in Bezug auf einen beruflichen Wiedereinstieg, können wir ihnen nicht genügend Sicherheit anbieten. Gerade solche Ängste sind aber wahrscheinlich einer der Hauptgründe, warum eine Wiedereingliederung aus der IV-Rente so gut wie nie nachhaltig realisiert werden kann.

FOKUS NICHT NUR AUF DIE SCHWERST PSYCHISCH KRANKEN RICHTEN

Weiter hatte die Recovery-Bewegung bisher vor allem dort Einfluss, wo es um Personen mit besonders schweren psychischen Krankheiten geht. Gerade bei diesen wollte man zeigen, dass „etwas möglich ist“. Dies ist zum einen sehr wichtig, weil gerade diese Personen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen und weil sie von Professionellen häufig mit einer gewissen resignativen Haltung begleitet wurden oder werden („da ist sowieso nicht mehr möglich“). Die heutige Situation zeichnet sich dadurch aus, dass Recovery-Massnahmen oft in der Psychiatrie oder in verwandten sozialen Einrichtungen stattfinden, Peer-Arbeit als Stichwort.

Hier muss man abwägen – ohne abzuwerten, aber auch ohne ideologisch zu sein: Wie viel Energie soll man als Institution, Verband oder Behörde in die Förderung einer sehr kleinen Personengruppe von schwer und chronisch Kranken mit entsprechend schlechter Prognose investieren, und wie viel soll man tun für die sehr grosse Gruppe nicht ganz so schwer behinderter Personen mit besserer Prognose? Wenn z. B. Pro Mente Sana wie auch andere Behindertenverbände an politischer Relevanz gewinnen und Ansprechpartner für alle Personen mit einer relevanten psychischen Beeinträchtigung sein wollen, dann sollten sie sich einem Recovery-Begriff annähern, den auch die grosse Gruppe der Menschen mit mittelschweren psychischen Problemen, die noch halbwegs integriert und schon halbwegs desintegriert sind, etwas angeht. Das würde aber bedeuten, dass Recovery sich mit Fragen auseinandersetzt wie „Wie kann man am besten zum Arbeitsplatzhalt einer von Kündigung gefährdeten psychisch kranken Person beitragen?“, „Welche Arbeitsplatzanpassungen können bei spezifischen psychischen Erkrankungen hilfreich sein?“ oder „Wann wäre auch ein gewisser Druck hilfreich für Arbeitsplatzhalt oder Wiedereingliederung, um den Ängsten und dem Vermeidungsverhalten zu begegnen?“ und schliesslich „Wann darf man sich (krankheitsbedingt) eben nicht auf das Erleben der Betroffenen verlassen, sondern muss die Sichtweisen des (Arbeits-)Umfeldes erheben?“.

Die Recovery-Idee ist zu wichtig, um sie ausschliesslich zu reduzieren auf eine sehr kleine Gruppe von schwerst psychisch kranken Menschen, für die Nischenlösungen,



weit weg vom Arbeitsmarkt, gesucht werden. Recovery muss angereichert (nicht ersetzt!) werden durch ein Zugehen auf die Mehrheit der nicht ganz so Kranken, auf die Professionellen, auf die Arbeitgeber – und auf die Wissenschaft: Wir benötigen endlich mehr Wissen, was wem in welcher Situation wirklich hilft, um (besser) teilhaben zu können.

Literatur beim Autor.

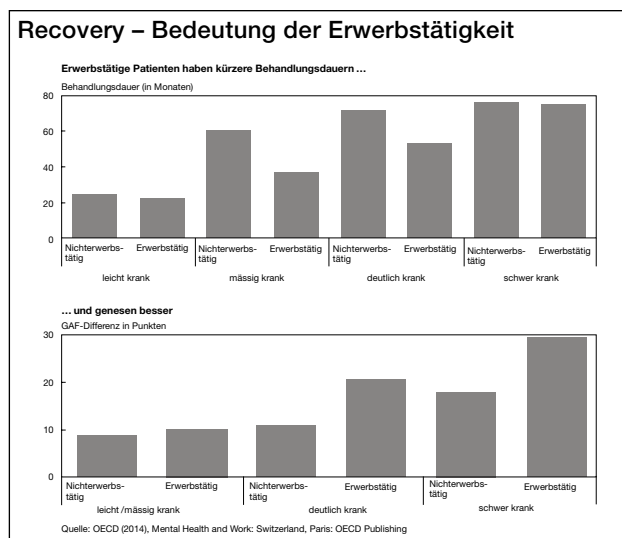


.....
Dr. Niklas Baer, Psychologe, ist Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation der Psychiatrie Baselland. Im Zentrum seiner Tätigkeit stehen Fragen zu Arbeitsplatzhalt, Wiedereingliederung, Lebensqualität und Stigma psychisch kranker Menschen.

RECOVERY UND ERWERBSTÄTIGKEIT

Wenn Arbeitnehmende schwer erkranken und arbeitsunfähig werden, droht auf längere Sicht der Verlust der Arbeitsstelle und des Einkommens bis hin zum Abgleiten in die Sozialhilfe. Die damit zusammenhängende Unsicherheit belastet den Gesundungsprozess erheblich.

Von Christine Vogel



Recovery setzt Hoffnung, aber auch ein minimales Sicherheitsgefühl voraus. Wie sieht es mit diesem Sicherheitsgefühl im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit aus? Zwei Aspekte könnten ein gewisses Sicherheitsgefühl vermitteln und damit die Genesung positiv beeinflussen: der Erhalt der Arbeit und die finanzielle Absicherung. Aber genau hier liegen die Knackpunkte.

ERHALT DER ARBEIT

Eine Erwerbstätigkeit ist für die psychische Gesundheit extrem wichtig. Recovery als Genesungsprozess gibt keine Antwort darauf, wie man psychisch erkrankte Menschen im Arbeitsprozess hält oder in den Arbeitsprozess zurückbringt. Was braucht es neben dem Genesungsprozess zur (Re-)Integration? Nötig ist ein rascher Arbeitssupport, der parallel zu Recovery verläuft und mit gezielten Massnahmen auf die konkreten Schwierigkeiten der erkrankten Person eingeht. Wer leistet diesen Support? Wenn sich der psychisch kranke Mensch die nötige Unterstützung nicht selber organisieren, der Arbeitgeber nicht genügend unterstützen kann, obliegt diese Aufgabe im Sinne von „Eingliederung vor Rente“ der IV.

Was passiert tatsächlich? Die Hoffnung auf eine rasche Bewältigung der psychischen Krise lässt die Betroffenen in Bezug auf die Arbeit abwarten. Bereits hier verstreicht manchmal viel Zeit. Vielleicht werden die Betroffenen von der Krankentaggeldversicherung oder vom Arbeitgeber aufgefordert, sich bei der IV zur Früherfassung zu melden. Die IV prüft dann, ob ein Invaliditätsrisiko besteht. Ist dieses gegeben, empfiehlt sie eine Anmel-

dung zur Frühintervention. Bei Massnahmen der Frühintervention sind Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen jedoch gegenüber Menschen mit physischen Gebrechen benachteiligt, denn eine deutliche Mehrheit der Frühinterventionsmassnahmen wird an Personen mit physischen Gebrechen vergeben – obwohl der Anteil der Renten aus psychischen Gründen – bei steigender Tendenz – 2012 bereits 43 Prozent betrug. Diese Benachteiligung bei der Frühintervention hat gravierende Folgen. Für psychisch kranke Menschen ist es schwieriger, nach einem Arbeitsplatzverlust eine neue Stelle zu finden, da Arbeitgeber ihnen gegenüber mehr Vorbehalte haben als gegenüber Menschen mit physischen Gebrechen. Auch haben psychisch kranke Menschen geringere Chancen auf eine spätere Eingliederung aus der Rente, wie sich bei der Evaluierung des Projektes Ingeus durch das Bundesamt für Sozialversicherungen gezeigt hat. In diesem Sinne müsste im Interesse des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“ für psychisch kranke Menschen bereits früh ein Anspruch auf griffige Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Frühinterventionen bestehen. Nur so können psychisch erkrankte Menschen mit einem Invaliditätsrisiko möglichst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes erfasst und mit geeigneten und unbürokratischen Massnahmen im Arbeitsprozess gehalten oder nötigenfalls wieder eingegliedert werden.

Erfolg bei der Arbeitsintegration setzt gezielte, individuelle Massnahmen voraus, die auf die konkreten Schwierigkeiten der erkrankten Person eingehen und sehr rasch erfolgen müssen. Diesen Voraussetzungen der Reintegration stehen oft die Verwaltungsstrukturen bei der IV im Wege, die ab und an einen raschen, kreativen, auf den konkreten Einzelfall angepassten, unbürokratischen Versuch auf Reintegration am Arbeitsmarkt erschweren. Manchmal wären mutige, unkonventionelle Lösungen wünschenswert, die den Bedürfnissen der kranken Menschen gerechter werden. Viele Arbeitsabläufe sind normiert und die notwendigen Abklärungen der IV benötigen allzu oft sehr viel Zeit. Das lange Warten stresst die psychisch kranken Menschen. Die Situation verschlimmert sich, wenn aus Sicht der Betroffenen einfach nichts läuft, weil die IV wochenlang auf Berichte und Gutachten wartet, aufwändige und zeitraubende Abklärungen für eine Umschulung vornimmt und letztendlich nach all den Abklärungen weitere Wochen vergehen, bevor ein Entscheid über Leistungen gefällt wird. Schnell sind zwei oder drei Jahre oder gar noch mehr Zeit vergangen. Aus Sicht der Betroffenen, insbesondere wenn keine Eingliederung stattfindet, eine unzumutbar lange Verfahrensdauer. Damit verbunden sind Angst um Arbeit und

finanzielle Sicherheit, d. h. letztendlich vor der Zukunft, was den Recovery-Prozess lähmt. Notwendig und zukunftsgerichtet ist ein rasches unkompliziertes Handeln, das auf den Einzelfall, die konkrete Situation (die Erkrankung, die damit verbundenen Leistungseinschränkungen und Probleme bei der Arbeit, die konkreten Bedürfnisse von bisherigem bzw. potenziellen Arbeitgebern) eingeht. Dieses muss den Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. das Finden und Halten eines neuen Arbeitsplatzes zum Ziel haben und gleichzeitig dem Genesungsweg Raum lassen, indem Recovery-freundliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Wenn trotz schwerer psychischer Erkrankung ein Verbleib im ersten Arbeitsmarkt erreicht wird oder eine Wiedereingliederung gelingt, beeinflussen sich der Weg der Gesundung und der Weg zurück in die Arbeit gegenseitig positiv.

FINANZIELLE ABSICHERUNG

Psychische Erkrankungen müssen nicht immer mit finanziellen Unsicherheiten verbunden sein. Sie können aber schleichend zu finanziellen Problemen führen, wenn sie häufige Arbeitsplatzwechsel verursachen bzw. wenn die betroffenen Menschen wegen der Krankheit immer wieder ihren Arbeitsplatz verlieren oder das Arbeitspensum reduzieren, in der Hoffnung, so die Krankheit im Griff zu haben. Kommt es später zu einer schweren Krankheits-episode mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit, wird die finanzielle Situation schnell schlecht und belastet den Genesungsprozess zusätzlich.

Wer schwer erkrankt und arbeitsunfähig wird, behält während einer kürzeren Zeit den Anspruch auf seinen Lohn. Vielleicht deckt eine Krankentaggeldversicherung während der Dauer der Krankheit, längstens während 720 Tagen, 80 Prozent des Lohnes ab. Auch wenn eine Anmeldung bei der IV bereits nach kurzer Erkrankung erfolgt, ist oftmals bis zum Auslaufen des Krankentaggeldes noch kein Entscheid gefallen. Bei teilweiser Arbeitsfähigkeit besteht allenfalls noch ein Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung. Sind alle Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Krankentaggeldversicherer und Arbeitslosenversicherung ausgeschöpft, muss der Betroffene sein Vermögen für den Lebensunterhalt verwenden. Ist dann noch keine Reintegration in den Arbeitsprozess erfolgt und hat die IV über den Leistungsanspruch noch nicht entschieden, bleibt als einziger Ausweg der Gang zur Sozialhilfe. Lehnt die IV alle Ansprüche auf Umschulung, Weiterbildung, Rente ab, bedeutet dies bei andauernder Erkrankung den Verbleib in der Sozialhilfe und in der Folge soziale Isolation und Rückzug. Die Sozialhilfe wird, da sie von Leistung und Gegenleistung geprägt ist, Druck auf die betroffenen Menschen ausüben, sich trotz fehlender Aussicht auf Erfolg zu bewerben und allenfalls weitere Auflagen zu befolgen. Diese Auflagen erschweren und behindern die Gesundung jedoch zusätzlich.



Wünsche aus Sicht von Recovery:

- Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, die für den Genesungsweg förderlich sind,
- während des Recovery-Prozesses schnelle, kreative, unkomplizierte, evtl. unkonventionelle Unterstützung zum Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. zur Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt,
- rasche Klärung allfälliger Ansprüche gegenüber der IV (erhebliche Straffung der IV-Verfahren mit Vorgaben zur Dauer),
- auf lange Sicht: bessere finanzielle Absicherung während der Dauer der IV-Verfahren durch bessere Abstimmung unter den verschiedenen Sozialversicherungen und der Sozialhilfe und einen einzigen Ansprechpartner, der sich um die Folgen von Krankheit, Unfall, die damit verbundene Arbeitslosigkeit und die allenfalls benötigte Sozialhilfe kümmert.



Christine Vogel-Etienne, Dr. iur., ist Mitarbeiterin des Rechtsteams von Pro Mente Sana.

EIN WICHTIGER DIENST – DIE KLINIKSEELSORGE

Religion, Spiritualität, Glaube – die Klinikseelsorge setzt sich mit diesen Themen im Alltag einer psychiatrischen Klinik sehr intensiv auseinander. Das Verhältnis zwischen Seelsorge und Psychiatrie ist dabei nicht immer spannungsfrei. Macht Religion krank, oder ist sie eine der stärksten Ressourcen für PatientInnen?

Von Tobias Arni

Stimmen von Patientinnen und Patienten: „Wissen Sie: Ihnen kann ich anvertrauen, dass ich mit den Geistern von Toten im Kontakt stehe. Sage ich das dem Psychiater, erhöht er nur die Dosis meiner Medikamente...“ – „Würde Gott den Suizid nicht verbieten, hätte ich mich schon längst umgebracht.“ – „Warum muss ich das durchmachen? Was will mir Gott damit zeigen?“ – „Das gemeinsame Gebet und das Singen haben mir sehr gut getan.“ – „Segen und Salbung haben mich bewegt und geben mir Kraft, meine Krankheit zu tragen.“

In der Informationsbroschüre der Klinikseelsorge der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen heisst es unter dem Titel „Angebote der Seelsorge“:

- die einzelnen Stationen besuchen
- persönliche Gespräche führen
- Gebete formulieren und Segen spenden
- Rituale feiern
- stationsbezogene Angebote schaffen:
 - Morgenlob, Abendbesinnung, Gesprächsgruppen
- jeden Sonntag um 10 Uhr Gottesdienst im Raum der Stille
- jeden Dienstag von 12.30 bis 13 Uhr Impuls und Meditation im Raum der Stille
- Sterbende und Angehörige begleiten, Abschiede gestalten
- offen sein für aussergewöhnliche Anliegen
- Mitwirken an einem guten Geist in der Klinik

Dass die Klinik einen grosszügigen Raum der Stille hat, ist Ausdruck davon, dass der Ausübung der Spiritualität ein wichtiger Stellenwert beigemessen wird. Im Falle von Münsterlingen ist der Raum so möbliert, dass alle Religionen und Konfessionen einen Ort des Gebets und der Meditation darin finden. Weihwasser, Kerzen, Meditationskissen, Ikonen, Bilder, Gebetsteppich, Orgel, heilige Bücher und geistliche Literatur aus unterschiedlichen Kulturen – die Vielfalt ermöglicht, dass viele Patientinnen und Patienten im Raum ihre religiösen Praktiken durchführen und ihre eigene Spiritualität leben können.

Besonders eindrücklich und berührend sind die Einträge im Fürbittenbuch. Hier schreiben Patientinnen und Patienten ihre Gebetsanliegen hinein, ihre Hoffnungen, Ängste und Sorgen, ihre Bitten und Anliegen für sich und andere, aber auch ihren Dank für gute Behandlung und Heilvolles. Ganz nach dem biblischen Leitvers „Ich rufe zu Gott und schreie um Hilfe, zu Gott rufe ich und er hört mich.“ Psalm 77.2

Das Buch ist ein Schatz an menschlichen Empfindungen. Darin spiegelt sich, dass gerade auch in persönlichen Krisenzeiten und schwerer psychischer Krankheit Hilfe von dem, was uns übersteigt, erhofft und erfahren wird.

Da die Klinikseelsorge nicht in ein Behandlungsteam integriert ist, ist auch die Schweigepflicht eine getrennte, d. h., was der Klinikseelsorge unter dem Siegel des Beichtgeheimnisses anvertraut wird, landet nicht automatisch beim Behandlungsteam und somit in der Krankengeschichte, sondern nur, wenn es von der Patientin, dem Patienten gewünscht ist. Das kann die Klinikseelsorge in ein Dilemma bringen, wenn ihr z. B. eine Suizidabsicht mitgeteilt wird, sie aber von der Patientin, dem Patienten nicht von der Schweigepflicht entbunden wird. Viele Klinikseelsorgende lösen dieses Dilemma, indem sie das Behandlungsteam nach ihrer Einschätzung der Suizidalität eines Patienten, einer Patientin befragen und die Erfahrung machen, dass das Behandlungsteam von der Suizidabsicht schon Kenntnis hat.

Die konfessionellen Unterschiede spielen nur noch für die wenigsten Patientinnen und Patienten eine Rolle. In der Klinik Münsterlingen haben darum die Klinikseelsorgenden (eine katholische Theologin, ein evangelischer Pfarrer, je mit Seelsorgezusatzbildungen) die Klinik schwerpunktmässig aufgeteilt. Nur auf den Akutstationen sind beide Seelsorgenden an unterschiedlichen Tagen präsent und stellen sich und ihr Angebot bei den Patienteninformationsrunden vor. Natürlich vermitteln die Seelsorgenden auch Kontakte zu den landeskirchlichen Pfarrämtern und/oder anderen Glaubensgemeinschaften.

WELTBILDER

Gerade Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, aber auch hochreligiöse Patientinnen und Patienten sind von religiösen Weltbildern geprägt, die einen voraufklärerischen Ursprung haben. Okkulte Belastungen, Geisterglaube, Wirkung von Dämonen oder Besessenheit sind Stichworte, die in diesen Zusammenhang gehören. Trägt ein Patient den Wunsch an die Seelsorge heran, den Teufel oder Dämon auszutreiben, wird zurückgefragt: Was für Bilder stehen hinter der Vorstellung des Teufels? Ist es das mittelalterlich geprägte Bild des Gehörnten mit Pferdefuss oder lässt sich eine Anknüpfung finden an das griechische Wort „diabolos“,



das in der Bibel mit Teufel übersetzt wird, wortwörtlich aber „der Entzweier“ heisst? Wie und von was fühlt sich der Patient, die Patientin entzweit? Fördert der „Dämon“ (Daimonion=Schicksalsmacht) nur etwas Schlechtes oder hat er auch eine gute Seite? Gibt es, dank dem „Dämon“, vielleicht sogar so etwas wie einen Krankheitsgewinn?

Die Klinikseelsorge sieht sich häufig in der Rolle als Vermittlerin zwischen unterschiedlichen Weltbildern. Medizinisch-naturwissenschaftlich geprägtes Weltbild auf der einen Seite und voraufklärerisches Gedankengut auf der anderen prallen manchmal mit Wucht aufeinander. Es gilt die Unterschiede herauszufinden, Missverständnisse zu klären und die Gemeinsamkeiten aufzuzeigen. Klinikseelsorgende können deshalb den Patientinnen und Patienten meist auch erklären, warum die Abläufe auf einer Station so sind wie sie sind, und sie leisten Übersetzungshilfe von medizinischer in die Alltagssprache.

HERAUSFORDERUNGEN

In rasantem Tempo verliert unsere Gesellschaft an religiösem Wissen. Die Bedeutung von Weihnachten und Ostern bei den Christen und die islamische Tradition des Fastenmonats Ramadan werden vielleicht noch verstanden, aber schon bei Aschermittwoch, Auffahrt, Pfingsten, Bayram oder bei der Frage nach dem Sinn des Blutgenussverbots im Judentum und Islam hört das Durchschnittswissen auf. Gemeinsames kirchliches Liedgut und auswendig gekonnte Gebete sind keine Selbstverständlichkeit mehr. Bei der Gestaltung von Feiern und Ritualen kann nichts mehr für selbstverständlich

genommen werden. Jeder hat seine individuelle Religion, meist losgelöst von einer Institution. Zu Recht spricht man von einer „Patchworkreligion“.

Das ist eine Herausforderung, der sich auch die Klinikseelsorge stellen muss. Welches sind die Rituale und Zeichen, die trotz des Traditionsverlustes im 21. Jahrhundert verstanden werden und den Menschen heilend berühren? Ist der „gute Hirte“ als Bild des christlichen Gottes ein Bild, das ausgedient hat in einer Zeit, in der praktisch niemand mehr mit Hirten und deren Schafen zu tun hat, oder vermag die biblische Geschichte des verlorenen Schafes immer noch Herzen zu berühren?

Haben die Gruppenangebote und -feiern ausgedient oder sind sie im Gegenteil wichtige Gefässe, in denen Kranke heilenden Zuspruch erfahren?

Ganz im Sinne von Recovery wird es noch wichtiger werden, auf die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten zu hören und die individuellen spirituellen Anliegen ernst zu nehmen und zu unterstützen. Heilende Bilder finden, Leiden gemeinsam aushalten, Gottes Segen zusprechen – auch in Zeiten der Patchworkreligion erfüllt die Klinikseelsorge einen wichtigen Dienst.



Tobias Arni ist Seelsorger an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.



CROCHETPOWER: HÄKEL DIR DEIN GEDANKEN-KARUSSELL AUS DEM KOPF!

Die Internetplattform crochetpower.net bietet seit Januar 2014 Menschen mit (Erschöpfungs-) Depression, Burnout, Panikstörungen und Agoraphobie die Möglichkeit, sich zu vernetzen, an künstlerischen Häkelprojekten teilzunehmen und dabei Stress abzubauen. Ich habe die Plattform ins Leben gerufen, da ich selber von diesen psychischen Erkrankungen betroffen bin.

Von Sabina Speich

Crochetpower.net ist ein soziales und künstlerisches Langzeitprojekt, eine Hilfe/Selbsthilfe-Internetplattform für Menschen mit oben genannten psychischen Erkrankungen, aber auch für sogenannt „normale“ Menschen. Es ist ein Netzwerk und Auffangnetz, an dem man aktiv teilhaben und sich austauschen kann. Die Grundidee ist, dass Häkeln Stress abbauen soll – so nach den Motto: Häkel dir dein Gedankenkarussell aus dem Kopf und lass etwas Schönes dabei entstehen!

HÄKELPROJEKTE IM ÖFFENTLICHEN RAUM

Aus dem Netzwerk kommen immer wieder künstlerische Häkelprojekte im öffentlichen Raum hervor, welche verschiedene Menschen global und international verbinden. Des Weiteren werden international durch diverse soziale

Medien lancierte partizipative Häkelobjekte zu karitativen Zwecken versteigert. Sinn und Zweck dieser öffentlichen Aktionen ist es einerseits, eine breitere Öffentlichkeit für diese doch sehr weit verbreiteten Krankheiten zu sensibilisieren (niemand sollte sich mehr schämen müssen und ehrlich damit umgehen können) und andererseits, Institutionen wie zum Beispiel Pro Mente Sana, welche sich für Menschen mit Handicap einsetzen, etwas zurückgeben zu können.

Die partizipative Internetplattform für Burnoutgefährdete und -erkrankte, Menschen mit Depression, Agoraphobie und Panikstörungen bietet auch Raum dafür, Themen wie aktuelle Kunst im öffentlichen Raum, textiler Aktivismus im Kunstkontext oder die Crip-Bewegung (disability movement) aufzugreifen und im Chat und in den Foren zu diskutieren.



DABEI SEIN, OHNE DAS HAUS ZU VERLASSEN

Mein Slogan zum stressabbauenden Häkeln lautet: „Crochet your mind monkey good-bye, say hello to cozy bear“. Dieser ist in Zusammenarbeit mit meiner in den USA lebenden Stiefschwester entstanden. Der Aspekt der Gruppenarbeit soll die Gefühle der Isolation und Sinnlosigkeit der Erkrankten lindern. Ich erhoffe mir von der Internetplattform, dass dadurch diverse reale Häkelgruppen entstehen werden, bei denen sich Menschen austauschen können. Sie soll aber gerade etwa für AgrophobikerInnen auch eine Möglichkeit bieten, sich an etwas Gemeinschaftlichem zu beteiligen, ohne das Haus verlassen zu müssen und diesen dabei das Gefühl vermitteln, trotzdem „dabei zu sein“.

Soziologisch betrachtet, ist das Netzwerk ein „Work in Progress“-Projekt, bei dem es um Ermächtigungsstrategien geht, die es den Beteiligten ermöglichen, aus einer Ohnmachtssituation heraus eine Selbstkompetenz zu erlangen. Es werden gesellschaftliche Ausschlüsse thematisiert und die Crip-Bewegung (siehe z. B.: <http://pride-parade.de/text.html>) wird vorgestellt. Diese ist für mich ein manifestierter Gegenpol zum Opferstatus. Ich verdeutliche, dass ich die Arbeit aus einer eigenen Betroffenheit heraus konzipiert habe und realisiere. Dies soll die RezipientInnen dazu ermutigen, auch selbst zu aktiven PartizipantInnen zu werden.

Die Handarbeitstechnik Häkeln wurde früher als Mittel der Disziplinierung und Konditionierung auf handwerkliche Tätigkeiten verwendet. Da es seine didaktische Bedeutung weitgehend verloren hat, spielt das Häkeln in der Gegenwartskunst als aktivistische Strategie – nach dem Prinzip „Umwertung der Werte“ – eine grosse Rolle.



CROCHETPOWER: VERNETZUNG UND AUSTAUSCH

Auf www.crochetpower.net können Häkelgruppen angemeldet werden, die dort mit Adressen und Kontaktdaten veröffentlicht werden. Die Foren und der Chat bieten die Gelegenheit, sich über Depression, Panik und Agrophobie auszutauschen.

SELBSTHILFE

WINTERTHUR: SELBSTHILFEGRUPPE AUTISMUS / ASPERGERSYNDROM

Ein Betroffener sucht regelmässigen Kontakt zu anderen autistischen Menschen in der Region Winterthur. Erwachsene mit Diagnosen aus dem Autismus-Spektrum sind in der Schweiz häufig damit konfrontiert, dass Konzepte fehlen, die ihnen eine gesellschaftliche Integration bei der Lebensgestaltung, beim Wohnen sowie im Berufs- und Arbeitsleben ermöglichen. Die Selbsthilfegruppe soll betroffenen Erwachsenen Raum bieten für Gedankenaustausch, Verständnis, Geselligkeit und gegenseitige Akzeptanz.

Die Gruppe befindet sich im Aufbau. Infos und Anmeldung:

SelbsthilfeZentrum
Region Winterthur
Holderplatz 4, 8400 Winterthur
Tel. 052 213 80 60
info@selbsthilfe-winterthur.ch

BASEL: NEUE GRUPPEN IN GRÜNDUNG / TEILNEHMERINNEN GESUCHT

Neue Gruppen:

- Chronische Schmerzen
- Geschwister von Menschen mit einer Behinderung
- Mental health problems: partners and family

Diese Gruppen freuen sich über neue TeilnehmerInnen:

- Anpades – Angst, Panik und Depression
- Asperger
- Borderline
- Gemeinsam aus der Isolation
- Innere Einsamkeit
- Mittagstisch für Frauen mit Essproblemen
- Essstörungen – Selbsthilfegruppe für Eltern von jungen Erwachsenen mit Anorexie und Bulimie

Kontakt: Zentrum Selbsthilfe
Feldbergstrasse 55
4057 Basel, Tel. 061 689 90 90
mail@zentrumselbsthilfe.ch

ALTDORF/UR: 1. TRIALOGISCHES PSYCHOSE-SEMINAR GESTARTET

Bereits im November 2014 startete die erste Durchführung eines trialogischen Psychoseseminars in Altdorf. Im Psychoseseminar treffen sich Erfahrene, Angehörige und Fachpersonen gleichberechtigt (trialogisch), um Erfahrungen auszutauschen, wechselseitige Vorurteile abzubauen und voneinander zu lernen. Das Seminar wird moderiert und hat keinen therapeutischen Ansatz.

Kosten:

Angehörige und Fachpersonen:
Fr. 80.–, Betroffene: Fr. 40.–
Auskünfte und Anmeldung:
Filomena Russo
filom.1960@hotmail.ch
Tel. 079 739 51 20

THURGAU: GRUPPEN IM AUFBAU UND GRUPPEN, DIE NEUE MITGLIEDER SUCHEN

Selbsthilfegruppen im Aufbau: Psychoseseminar Weinfelden und Borderline-Trialog

Im Psychoseseminar treffen sich Betroffene, Angehörige und Fachpersonen gleichberechtigt (trialogisch), um Wissen zu erweitern, wechselseitige Vorurteile abzubauen und voneinander zu lernen.

Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige

Die Gruppe soll die Möglichkeit geben, über das Entstehen der Krankheit, über das lange Leben mit der Krankheit und den ständig wechselnden Höhen und Tiefen zu reden. Ziel ist, eigene Ressourcen zu finden und das Selbstvertrauen zu stärken. Es kann so ein neues Körpergefühl entwickelt werden.

Treffpunkt für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose

Der Donnerstagstreff findet zweimal monatlich in Kreuzlingen statt. Er bietet Gelegenheit zu einem ungezwungenen Treffen mit gemeinsamem Abendessen. Ohne Verpflichtungen kann man sich austauschen.

TRIALOG

Mit dem Trialog wird auf „neutralem Boden“ die Möglichkeit eines gleichberechtigten Austauschs zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Fachpersonen geschaffen. Ziel ist, die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Gruppen zu respektieren und durch den Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen. Der Trialog findet in regelmässigen, moderierten Gruppengesprächen statt. Seit Jahren wird der Trialog in den Psychoseseminaren praktiziert und seit einiger Zeit nun auch zu diversen weiteren Krankheitsbildern.

Psychoseseminare gibt es in Baden (AG), Basel, Bern, Chur (GR), Luzern, Olten (SO), Solothurn, St.Gallen, Weinfelden (TG), Altdorf (UR), Winterthur (ZH), Zürich und Zürcher Unterland sowie im Fürstentum Liechtenstein. Ein Borderline-Trialog besteht aktuell in Winterthur (ZH), in Bern und in Frauenfeld (TG) sowie Chur (GR).

Depressions-Trialoge finden abwechselnd in Winterthur oder Zürich statt. Zum Thema Trauma und Traumafolgestörungen existieren ebenfalls trialogische Seminare.

Weitere Informationen zum Trialog, den einzelnen Angeboten und den Kontaktpersonen in Ihrer Region finden Sie auf unserer Homepage www.promentesana.ch unter Selbsthilfe/Trialog. Oder wenden Sie sich an unser Beratungstelefon unter Telefon 0848 800 858 (Normaltarif).

Eine Anmeldung ist erforderlich.

Selbsthilfegruppen, die neue Mitglieder suchen:

- Angst und Panik
- Angehörige von Menschen mit Depressionen
- Mobbing
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

Infos und Kontakt:
Selbsthilfe Thurgau
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Tel. 071 620 10 00
Mo 14.00–17.00 Uhr, Mi 08.30–11.30 und Do 09.30–12.30 Uhr
info@selbsthilfe-tg.ch

BÜCHER UND MEDIEN



PSYCHE UND SOZIALVERSICHERUNG

Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, Band 81. Gabriela Riemer-Kafka (Hrsg.) Zürich 2014: Schulthess Verlag.

Das Buch versammelt interessante Aufsätze zum Thema psychische Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Sozialversicherungen, insbesondere die Invalidenversicherung. Die Beiträge behandeln die Thematik aus juristischer und medizinischer Sicht und dieser interdisziplinäre Dialog ist ein grosser Gewinn.

Folgende Themen werden u.a. aufgegriffen: Paul Hoff setzt sich mit der psychiatrischen Diagnostik auseinander und zeigt auf, wie sich der psychiatrische Krankheitsbegriff entwickelt hat. Er setzt sich anhand der drei Krankheitsbilder Schizophrenie, Depression und Burnout mit der Diagnosestellung auseinander sowie mit dem ICD-10 und dessen Kriterienkatalogen. Was kann die psychiatrische Diagnostik in der Begutachtung leisten und was nicht? Wichtig ist seine Feststellung, dass eine psychiatrische Diagnose noch keine schlüssige Antwort auf die Frage zulässt, ob eine Invalidenrente zugesprochen werden kann oder nicht.

Jörg Jeger setzt sich als Mediziner kritisch mit der Überwindbarkeit der Rechtsprechung des Bundesgerichts bei somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Krankheitsbildern auseinander, die keine objektivierbare medizinische Ursache haben.

Im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung derart streng, dass es für die davon betroffenen PatientInnen beinahe ausgeschlossen ist, eine Invalidenrente zu erhalten. Ihr Leiden gilt bei zumutbarer Willensanstrengung als überwindbar, die sogenannten Foerster-Kriterien sind kaum je erfüllt. Jeger weist aufgrund der beiden Krankheitsbilder Chronic Fatigue Syndrome und Cancer-Related Fatigue nach, dass medizinisch nicht nachvollziehbar ist, weshalb die eine Krankheit als überwindbar eingestuft wird und nicht rentenrelevant ist, die andere hingegen – wenn die chronische Müdigkeit Folge eines Krebsleidens ist – zu einer Rente führt. Für die Betroffenen ist das kaum nachvollziehbar und für deren BehandlerInnen schwer zu kommunizieren, weil beide Krankheiten die gleichen Symptome aufweisen.

Silvia Bucher behandelt die IV-Revision 6a aus juristischer Sicht: Mit dieser Revision war beabsichtigt, die Eingliederung aus der Rente verstärkt zu fördern. Renten können aufgehoben werden, auch wenn sich aus medizinischer Sicht nichts am Krankheitsbild geändert hat. Dies betrifft wiederum die Krankheitsbilder der somatoformen Schmerzstörungen und verwandte Beschwerden, die medizinisch nicht objektivierbar sind.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass nur wenige Eingliederungen in den ersten Arbeitsmarkt erfolgreich durchgeführt werden konnten. Die Autorin fordert Studien, die untersuchen, was mit denjenigen Personen geschieht, deren Renten aufgrund der Revision 6a aufgehoben

wurden. Können sie sich dauerhaft im Arbeitsmarkt etablieren oder wandern sie zu den Sozialämtern ab? Untersuchungen zu diesem wichtigen Thema fehlen bis jetzt.

Regina Knöpfel zeigt in ihrem Erfahrungsbericht auf, was psychisch Kranke und deren Arbeitgeber bräuchten, damit eine erfolgreichere Eingliederung möglich wird. Sie fordert mehr praktische Unterstützung, Information und Beratung für die Arbeitgebenden, um bei diesen die Bereitschaft zu fördern, psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmende einzustellen.

Fazit dieses interessanten Tagungsbandes: Psychisch Kranke müssen grosse Hürden überwinden, um einen Leistungsanspruch gegenüber der IV durchsetzen zu können. Zudem braucht es bei der Eingliederung verstärkte Anstrengungen sowie einen intensiveren Dialog zwischen Recht und Medizin.

Anita Biedermann

MIT PEERS ARBEITEN

Jörg Utschakowski. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Bonn 2015: Psychiatrie Verlag.

Für Führungskräfte und Mitarbeitende, die das Wissen der „Experten aus Erfahrung“ nutzen möchten, stellt dieses Handbuch erstmalig konkrete Arbeitshilfen zusammen: Klärung von Rahmenbedingungen; Erstellung von Aufgaben- und Arbeitsprofilen der Peers; Erarbeitung eines Integrationsplans; Aspekte aus dem Changemanagement; praktische Informationen und Beispiele; nützliche Links.

Ein empfehlenswerter „Handwerkskoffer“, der in einzigartiger Weise zu einer besseren Bedarfs- und Nutzungsorientierung im psychiatrischen Dienstleistungssystem beiträgt.

ZUM ERSTEN PILOTJAHR DER UNABHÄNGIGEN BESCHWERDE- UND VERMITTLUNGSSTELLE

Die Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen der Psychiatrieregionen Zürich und Horgen/Affoltern hat Ende September 2014 das erste Pilotjahr abgeschlossen. Der vorliegende Bericht dokumentiert erste Erfahrungen.

Von *Andreas Daurù*

Unzufriedenheit bezüglich Betreuung und Behandlung bzw. Therapieverlauf sowie das Themenspektrum der Zwangsmassnahmen und der Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) sind die Schwerpunkte bei den gesamt- haft eingegangenen 23 Beschwerden und Beratungsanfragen. Dabei fällt vor allem auf, dass sich insbesondere Angehörige, aber auch die betroffenen PatientInnen über mangelnde Informationen hinsichtlich Prozedere, Therapieverlauf und Behandlung beklagen.

Angehörige äussern zum Beispiel, dass sie nicht über geplante Verlegungen informiert würden oder dass Verlegungen dann doch nicht stattfinden, auch wenn diese vonseiten der Behandelnden und auch in Absprache mit den PatientInnen als sinnvoll erachtet werden.

In diesem Zusammenhang empfinden engste Angehörige nicht selten auch eine „Willkür“ im Behandlungsprozedere. Vielfach zeigt sich jedoch auch, dass die Angehörigen zu wenig über das Prozedere an sich und den Ablauf der Therapie des oder der jeweiligen PatientIn im Besonderen informiert werden – gerade auch dann, wenn es diese ausdrücklich wünschen oder die angehörig Personen klar als deren Vertrauens- und/oder Bezugsperson identifizierbar sind. Hier fühlen sich Angehörige nach eigener Aussage öfters „allein gelassen“. Des Weiteren sei es auch schwierig, gemeinsame Termine mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt zu erhalten. Entweder seien diese schwer erreichbar oder Termine würden öfters wieder verschoben. Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, wird in solchen Fällen sowohl von PatientInnen wie auch von Angehörigen geäussert.

Unklare oder falsche Informationen vonseiten der Behandelnden – auch wenn diese nicht in bewusster Absicht gemacht wurden – führen gerade bei Patientinnen und Patienten verständlicherweise zu Verärgerung, Unsicherheit und zu einer Beeinträchtigung der Beziehung zu ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin.

ZWANGSMASSNAHMEN UND FÜR- SORGERISCHE UNTERBRINGUNGEN

Zwangsmassnahmen, Zwangsmedikationen und bewegungseinschränkende Massnahmen (v.a. Isolation und Fixation) sowie Fürsorgerische Unterbringung sind jeweils für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige nachvollziehbar einschneidende und nicht selten auch traumatische Erlebnisse.

Aus diesen Gründen ist es nicht erstaunlich, dass der zweithäufigste Beschwerdegrund von Patientinnen und

Patienten, die sich an die Beschwerde- und Vermittlungsstelle wenden, die Themen Zwangsmassnahmen und Fürsorgerische Unterbringungen darstellen. Dabei konnte festgestellt werden, dass auch in diesem Zusammenhang vielfach die mangelnde Information und eine für die betroffene Person nicht transparente und nicht nachvollziehbare Begründung für eine Fürsorgerische Unterbringung der Grund einer Beschwerde war. In zwei konkreten Fällen und aus einigen Anfragen zum Thema wurde ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten teilweise ungenügend oder gar nicht über Rekursmöglichkeiten gegen eine FU informiert wurden. In einem Fall ging das Weiterleiten des Rekurses an das zuständige Bezirksgericht gar vergessen. Situationen, bei denen sich Betroffene über Zwangsmassnahmen und Bewegungseinschränkungen (Isolation, Fixation) beklagen, die sie als unverhältnismässig empfinden, sind für diese – wie eingangs erwähnt – vielfach mit traumatischen Erlebnissen verbunden. Hier sollten nach Meinung der Beschwerde- und Vermittlungsstelle im Nachhinein vonseiten der behandelnden ÄrztInnen und/oder Pflegenden unbedingt entsprechende Nachgespräche bzw. Debriefings mit den betroffenen Patientinnen und Patienten stattfinden. Dies ist unerlässlich, um auftretendes Misstrauen und Ängste bei Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen und abzubauen und so den weiteren Therapieerfolg nicht zu gefährden. Auch vermehrt präventives Handeln des Personals kann dazu beitragen, dass Situationen vermieden werden, die Aggression und Gewalt auslösen. Wenn es zu eskalierenden Situationen kommt, sind professionelle Konfliktlösungsstrategien bei der Bewältigung von Aggressionen von entscheidender Bedeutung. Die Beschwerde- und Vermittlungsstelle empfiehlt den Kliniken hier noch stärker darauf zu achten und allenfalls entsprechende Standards im Umgang mit Zwangsmassnahmen und bewegungseinschränkenden Massnahmen zu schaffen bzw. deren Umsetzung immer wieder zu überprüfen und allenfalls geeignete Anpassungen vorzunehmen.

Der vollständige Jahresbericht der unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen der Psychiatrieregionen Zürich und Horgen/Affoltern kann bei Pro Mente Sana bestellt werden.

.....
Andreas Daurù ist Pflegefachmann HF und Leiter des Psychosozialen Teams von Pro Mente Sana. Seit Ende 2012 ist er verantwortlich für das Projekt „Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“.

PEER-WEITERBILDUNGEN

Pro Mente Sana bietet neue Peer-Weiterbildungen an.

Die Peer-Weiterbildung besteht aus den Basismodulen der Recovery-Fundamente und aufbauend folgen die Module der Peer-Qualifikation. Im September 2015 startet eine Peer-Weiterbildung mit den Recovery-Fundamenten in Kooperation mit dem PZL in Uznach und eine zweite in Kooperation mit den PDAG in Königsfelden / Windisch.

Informationen zu Bewerbung, Inhalten, Terminen und Kosten finden Sie auf unserer Homepage.

pro mente sana

Lucerne University of Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

Certificate of Advanced Studies

CAS Sexualität und Leben mit Einschränkungen

Erwerben Sie die Kompetenz, Menschen mit Einschränkungen in ihrer Sexualität, Intimität und Partnerschaft zu beraten und zu begleiten.

Studienbeginn: Juli 2015
Anmeldeschluss: 29. Mai 2015

Details unter www.hslu.ch/c244 und bei Priska Emmenegger, T +41 41 367 48 23, priska.emmenegger@hslu.ch

FH Zentralschweiz



WIE GEHT'S DIR?

**Konzerte.
Tattoos.
Panikattacke.**

**Wir reden über alles.
Auch über psychische Gesundheit.**

pro mente sana
und Kantone

Gesprächstipps / Infos: www.wie-gehts-dir.ch

ANZAHL RATGEBER BEOBACHTER



Ganz normal anders

Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote

Die brennenden Fragen zur psychischen Gesundheit: Dieser Ratgeber liefert Antworten – auch auf Fragen, welche nicht laut gestellt werden.

Autor:
Dr. med. Thomas Ihde-Scholl
Stiftungsrat Pro Mente Sana

Ganz normal anders (2013)	Fr. 38.–
Ganz normal anders (2013), Spezialpreis für bisherige Spender, Gönner und Betroffene	Fr. 30.50
Ganz normal anders (2013), im Pocket-Format	1 Ex. gratis ab 2 Ex. Fr. 2.–/Ex.

ANZAHL RATGEBER PRO MENTE SANA

Borderline, die Krankheit verstehen und Hilfe finden (2008)	Fr. 10.–
Kinder psychisch kranker Eltern (2005)	Fr. 10.–
Psychopharmaka (2007)	Fr. 10.–
Postpartale Depression (2008)	Fr. 10.–
Stigma (2011)	Fr. 10.–
Das Erwachsenenschutzrecht (2014)	Fr. 10.–

ANZAHL AUDIOVISUELLE MEDIEN

Zwischen Bangen und Hoffen NEU Psychisch erkrankte Menschen – Angehörige und das soziale Umfeld. DVD, 2014, 40 Min., Dialekt/d/f	Fr. 35.–
SeelenSchatten Drei unter schweren Depressionen leidende Personen werden eineinhalb Jahre lang filmisch begleitet. DVD, 2002, 85 Min., Dialekt/d/e/f/i	Fr. 36.–
Tiefpunkte Ein Film über die Selbstwahrnehmung junger	

Menschen mit Depressionen. DVD, 2010, 120 Min., D	Fr. 45.–
Eltern zwischen Freude und Erschöpfung Start ins Leben mit einem Baby. DVD, 2009, 40 Min., Dialekt/d/f	Fr. 29.–
Someone beside you Ein Dokumentarfilm von Edgar Hagen über Menschen in der Schweiz und den USA, die von ihrem Psychose-Erleben erzählen. DVD, 2007, 98 Min., Dialekt/D/E/d/f/e	Fr. 36.–
Gebrochener Wechsel Ein Film über Menschen mit Migrationshintergrund und psychischer Erkrankung. DVD, 2012, 45 Min. (plus 54 Min. Bonus), D	Fr. 45.–

ANZAHL INFORMATIONSBROSCHÜREN

Seelische Krise – was tun? (2013)	gratis*
Psychotherapie, Psychopharmaka – die passende Behandlung finden (2012)	gratis*
Psychisch krank – was Angehörige für sich tun können (2012)	gratis*
Psychisch krank – Fragen rund um Arbeit und Versicherung (2012)	gratis*
Recovery – wieder gesund werden (2013)	gratis*

*Bei einem Versand ins Ausland verrechnen wir pro Exemplar CHF 5.– zzgl. Versandkosten.

Ebenfalls erhältlich ist eine Informationsbroschüre rund um seelische Krisen und psychische Erkrankung in den Sprachen Türkisch, Albanisch, Serbisch / Kroatisch / Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch, Italienisch, Französisch und Englisch.

ANZAHL EINZELNUMMERN PRO MENTE SANA AKTUELL

15/1 Recovery in Institutionen	Fr. 12.–
14/4 Schizophrenie und Psychose	Fr. 12.–
14/3 Psychische Gesundheit 2.0	Fr. 12.–
14/2 Spiritualität in der Psychiatrie	Fr. 12.–
14/1 Kinder psychisch kranker Eltern	Fr. 12.–

THEMEN 2015

15/2 Tier und Psyche (Juni 2015)
15/3 Arbeit (September 2015)
15/4 Vertrauensperson / Patientenverfügung (Dez. 2015)

Lieferung jeweils zuzüglich Versandkosten.
Bestellungen und Informationen bequem und einfach per Internet: www.promentesana.ch

ABONNEMENT PRO MENTE SANA AKTUELL



INFORMATIONEN AUS DER PSYCHIATRIESZENE SCHWEIZ Wollen Sie mehr wissen über die Psychiatrie und einzelne Krankheitsbilder? In jedem Heft äussern sich Fachleute, Angehörige sowie persönlich betroffene Frauen und Männer zu einem ausgewählten Thema.

<input type="checkbox"/> Pro Mente Sana aktuell Abonnement (pro Kalenderjahr 4 Nummern)	Fr. 40.–/Ausland Fr. 50.–/Jahr	ab 2015
---	--------------------------------	---------

WERDEN SIE GÖNNERIN VON PRO MENTE SANA! Mit Ihrem Beitrag ermöglichen Sie uns, die Anliegen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wirkungsvoll in der Öffentlichkeit zu vertreten. Im Gönner-Beitrag ist das Abonnement der Zeitschrift *Pro Mente Sana aktuell* inbegriffen.

<input type="checkbox"/> Pro Mente Sana aktuell Gönner-Abonnement	Privatperson Fr. 60.–/Jahr	ab 2015
<input type="checkbox"/> Pro Mente Sana aktuell Gönner-Abonnement	GönnerIn juristische Person Fr. 100.–/Jahr	ab 2015

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Name/Vorname oder Institution:
Abteilung/z. Hd.:		
Strasse:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Datum:		Unterschrift:

Bestellen bei: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich, Telefon 044 446 55 00, www.promentesana.ch, Lieferung zzgl. Versandkosten mit Rechnung