

Bachelor-Arbeit

Sozialarbeit

VZ 2015-2019

Reneta Marinova

Kann Recovery die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erweitern?

Zur Integration eines disziplinfremden Handlungskonzepts in die Soziale Arbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, ob Recovery als Behandlungsansatz in psychiatrischen Berufen als Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit fungieren und damit eine Erweiterung der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit darstellen kann.

Es wurde festgestellt, dass Recovery mit der Konzeption Lebensweltorientierung in Passung gebracht werden kann, was trotz des unterschiedlichen Gegenstands der Disziplinen und Professionen auf ein geteiltes Menschenbild zurückzuführen ist. In dessen Folge ergeben sich auch Parallelen in der Analyse des Gegenstands und dem Vorgehen seiner Bearbeitung. Mit dem Fokus auf die Identitätsarbeit psychisch erkrankter Menschen und der Rückgewinnung der Verantwortung über ihr Leben hat Recovery einen spezifischen Behandlungsschwerpunkt, der in der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nicht vorgesehen ist. Auch hier geht es jedoch um einen gelingenderen Alltag dieser Zielgruppe.

Recovery hat sich gemäss empirischen Befunden als wirksam erwiesen. Die Integration des Ansatzes in die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bietet sich aus verschiedenen Gründen an: Zum einen verfügen Professionelle über ein Instrumentarium, das auch vielen Klienten und Klientinnen in der Sozialen Arbeit zugutekommen kann, befinden auch sie sich vielfach in einem Zustand von Ohnmacht und Ausgeliefertsein. Indem Soziale Arbeit sich für ein ambulantes Recovery engagierte, ermöglichte sie alltagsnahe Hilfe für psychisch erkrankte Menschen und könnte damit einen gesundheitspolitischen Beitrag für die Gesellschaft leisten.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Motivation	1
1.2	Ausgangslage	2
1.3	Fragestellung	4
1.4	Zielsetzung	5
1.5	Aufbau und methodisches Vorgehen	5
2.	Der Recovery Behandlungsansatz	6
2.0	Systematik der Untersuchung	6
2.1	Entwicklung und Entstehungskontext von Recovery	9
2.2	Grundannahmen von Recovery	11
2.2.1	Menschenbild	11
2.2.2	Gegenstandsverständnis	12
2.2.3	Interventionsverständnis	16
2.2.4	Prozesssteuerungsverständnis	19
3.	Anwendungsbedingungen des Recovery Behandlungsansatzes	22
3.1	Indikation und Wirksamkeit	22
3.2	Recovery in der Praxis	24
4.	Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	26
4.1	Entwicklung und Entstehungskontext	26
4.2	Grundannahmen	28
4.2.1	Menschenbild	28
4.2.2	Gegenstandsverständnis	29
4.2.3	Interventionsverständnis	31
4.2.4	Prozesssteuerungsverständnis	35
5.	Anwendungsbedingungen	37
5.1	Wirksamkeit und Indikation	37
5.2	Fallbeispiel	38
6.	Gegenüberstellung zwischen dem Recovery Ansatz und der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit	40
6.1	Komparation	40
6.2	Kann Recovery die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erweitern?	42
6.3	Nutzen von Recovery für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	43
7.	Schlussfolgerungen	44
8.	Literaturverzeichnis	46

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Gliederung der Wissensstruktur von handlungswissenschaftlichen Modellen (eigene Darstellung)	7
<i>Abbildung 2:</i> Darstellung der Belastungsgrade in der Bevölkerung (Watkins, 2009, S.43)	13
<i>Abbildung 3:</i> Gesundungswege (Ruth O. Ralph in Andreas Knuf, 2016, S.18)	14
<i>Abbildung 4:</i> Recovery – Prozess (eigene Darstellung)	21
<i>Abbildung 5:</i> Studienergebnisse zur Recovery (eigene Darstellung)	23
<i>Abbildung 6:</i> Recovery Training Lieber - Recovery – Klinik (eigene Darstellung)	25

1. Einleitung

Im ersten Kapitel wird zunächst die Motivation zur Beschäftigung mit dem Thema beschrieben und erläutert, wie die Verfasserin der Bachelor-Arbeit mit dem Begriff 'Recovery' in Kontakt gekommen ist. Die anschliessende Ausgangslage gibt einen Einblick in die fachlichen Überlegungen, die dem Thema zugrunde liegen. Danach folgen die Fragestellungen, die in der Bachelor-Arbeit bearbeitet werden, sowie die damit verbundene Zielsetzung. Schliesslich werden der Aufbau der Bachelor-Arbeit sowie das methodische Vorgehen dargestellt.

1.1 Motivation

Die Verfasserin dieser Bachelor-Arbeit kam während ihres Praktikums in einer ambulanten und stationären psychiatrischen Institution punktuell mit Begriff und Konzept des Recovery in Kontakt. In dieser Institution wurde der Recovery Ansatz von den Pflegemitarbeitenden im stationären Setting alltäglich angewendet. Dabei gab es keine Einschränkungen; vielmehr wurde davon ausgegangen, dass Recovery bei allen psychisch kranken Menschen angewendet werden kann. Insofern ist es nachvollziehbar, dass der Recovery Behandlungsansatz im Gesundheitswesen ein vertrauter Begriff ist. Das Modell versteht sich als ein Handlungskonzept oder ein Behandlungsansatz für Menschen mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen, welches das Genesungspotenzial und die Rückkehr zum Normalzustand der Betroffenen betont und unterstützt (Michaela Amering & Margit Schmolke 2012, S.27).

Während des Praktikums hat sich in interdisziplinären Gesprächen die Diskussion eröffnet, ob Recovery auch von der Sozialarbeit oder ausschliesslich von der Pflege anwendbar ist. Mit Hilfe dieses Konzepts finden die Betroffenen einen neuen Umgang mit ihrem Alltag, um z.B. Krisen besser zu bewältigen und mit schwierigen Situationen umzugehen. Die Integration in die sozialarbeiterische Praxis läge somit nahe. In den Gesprächen wurde indes die Position des Pflegefachpersonals ersichtlich, dass der Recovery Ansatz nicht für die Sozialarbeit geeignet sei. Laut Aussagen mehrerer Pflegefachleute hätten beide Professionen einen unterschiedlichen Fokus und verschiedene Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche. Beide Professionen richteten sich zwar auf die Einzelperson und deren Wohlbefinden und bei beiden seien die Umwelt und der Kontext wichtige Bestandteile der professionellen Arbeit. Jedoch gehe es bei der Profession Pflege um den Gesundheitszustand der Einzelperson. Zudem sei der Recovery Behandlungsansatz vielmehr für Gruppen geeignet und nicht für Einzelgespräche zwischen Sozialarbeitenden und einzelner Klientel. Dies erweckte mein Interesse, mich mit dem Konzept vertiefter zu befassen.

1.2 Ausgangslage

Beginnt man, sich mit dem Recovery Ansatz genauer zu beschäftigen, fällt zuerst auf, dass dieses und die Soziale Arbeit gemeinsame Grundsätze und Werte teilen. Wie der Psychiater Michael Kammer-Spohn (2013) in seinem Artikel in der schweizerischen Ärztezeitung schildert, basiert eine recovery-orientierte Behandlung auf Grundsätzen bzw. Werten wie Personenorientierung, Betroffeneinbezug, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit (S. 1450). Diese werden bekanntlich auch von der Sozialarbeit vertreten. So sind einige Werte, wie z.B. Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, im Berufskodex Sozialer Arbeit festgehalten und weisen Sozialarbeitende an, sich für diese einzusetzen (Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, 2010, S.8).

Wo Grundsätze und Werte geteilt werden, ist es naheliegend, dass dies die interprofessionelle Zusammenarbeit fördert. So hat Anita Stitz (2015) gezeigt, dass die klinische Sozialarbeit den Recovery Behandlungsansatz gut integriert bzw. dieses aufgrund ihrer klientenzentrierten und ressourcen-zentrierten Herangehensweise sogar bereichert. Wie in ihrer Masterarbeit geschildert, bestehen zahlreiche Überschneidungen zwischen der klinischen Sozialarbeit und dem Recovery Ansatz: Selbstbefähigung der KlientInnen, Entwicklung realistischer Veränderungsziele, Ressourcenorientierung etc. (S. 104, S. 106, S.111, S.120). Die oben angeführten Argumente der Pflege können somit der Tendenz nach als entkräftet gelten.

In der vorliegenden Arbeit wird nun die Frage gestellt, ob auch umgekehrt die Soziale Arbeit vom Recovery Ansatz dazulernen kann. Denn laut Amering und Schmolke (2012) ist Recovery in vielen englischsprachigen Ländern auf politischer Ebene angehoben. Die Autorinnen formulieren: "Am pointiertesten ausgedrückt hat es die Regierung der USA im Rahmen der New Freedom Commission on Mental Health" (S.35). Die Kommission sieht mit Recovery "...eine Zukunft, in der jede Person mit einer psychischen Erkrankung in jeder Phase des Lebens vollen Zugang zu effektiven Behandlungen und Unterstützungen hat- alle wesentlichen Elemente, um zu leben, zu arbeiten und voll am Leben in der Gemeinde teilzunehmen" (ebd.). Auch in Grossbritannien wurde Recovery im Zentrum der Gesundheitsplanung und in den Gesundheitsrichtlinien festgeschrieben (ebd.). In der Publikation von Amering und Schmolke werden zwar keine Zahlen erwähnt, jedoch sind empirische Ergebnisse auf der National Health Service Seite zu sehen (South London and Maudsley NHS Foundation Trust, 2010). Hier zeigt sich, dass mehr als 20% der ProbandInnen vollkommene soziale Recovery, trotz einer psychotischen Episode, erzielt haben, namentlich wirtschaftliche und häusliche Unabhängigkeit sowie geringe soziale Störungen (S. 13). Dies deutet auf die positive Wirkung und Erfolg des Konzepts.

Die Tatsache, dass sich Recovery in einigen englischsprachigen Ländern durchzusetzen scheint, lässt keine konkreten Aussagen über die Durchsetzung in der Schweiz zu. Unabhängig davon, ob sich Recovery auch in der Schweiz durchsetzt, scheint mir das Wissen hierüber aus folgenden Gründen wichtig: die stationäre Aufenthaltsdauer werden immer kürzer, wie das schweizerische Gesundheitsobservatorium berichtet (OBSAN 2015). Auch bei der Chronifizierung psychischer Krankheiten ist

die Klientel auf sozialarbeiterischer Unterstützung ausserhalb der psychiatrischen Institution angewiesen. Zum Beispiel können bei einer nicht rechtzeitig behandelten akuten Belastungsreaktion, die Symptomen chronifizieren. Daraus entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die die Rückkehr der Betroffenen ins alltägliche Leben deutlich erschwert. Bei der Chronifizierung der Krankheiten sind die Symptome kontinuierlich vorhanden (Dr. med. Lyubka Caviezel, mündliche Mitteilung, 25. März 2018).

Nach dem stationären Aufenthalt sind psychisch kranke Menschen oft auch auf ambulante Unterstützung angewiesen. Zum Beispiel ist in der Sozialarbeit Klientel, die ihre Suchterkrankungen im stationären Setting unter Kontrolle bekommen haben, nach Austritt weiterhin auf eine intensive Unterstützung vom Sozialdienst für Suchtfragen (nebst Psychiater) angewiesen, um die erlangte Stabilität im Alltag zu erhalten. Die Sozialarbeit bietet dieser Klientel die Rückkehr zur Normalität in ihrem Alltag an, wie z.B. eine passende Arbeit und Wohnung finden und ein stabiles Umfeld aufbauen oder wiederherstellen. Somit unterstützt die Sozialarbeit die individuelle Stabilisierung im Alltag und strebt im Weiteren auch ein funktionierendes Zusammenleben in der Gesellschaft an. Wie insbesondere die klinische Sozialarbeit deutlich macht, hat die Sozialarbeit es vielfach auch ausserhalb des stationären Bereichs, kurz, in der Lebenswelt mit psychisch kranken Menschen zu tun (Silke Gahleitner, Gernot Hahn & Rolf Glemser 2014, S.9).

Laut Klaus Grunwald und Hans Thiersch (2004) spricht sich die Sozialarbeit für die "Ausweitung ihrer Aufgaben als generelles Hilfsangebot für alle" (S. 16) aus. Die Autoren deuten einen zunehmenden Bedarf der Klientel an Unterstützung bei alltäglichen Angelegenheiten zur Lebensbewältigung an. Sie betonen, dass Lebensweltorientierung nicht auf allgemeingültige Vorgaben fokussiert, sondern auf die verschiedenen Lebensverhältnisse und Lebensentwürfe der Klientel (ebd.). "Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit greift in der Lebenswelt der Klienten ein, um einen gelingenden Alltag zu ermöglichen" (ebd.).

Danach richtet sich auch der Recovery Behandlungsansatz. Wie Amering und Schmolke formulieren, ist „Recovery ein individueller Prozess, der sich an den persönlichen Werten und Zielen jedes einzelnen betroffenen Menschen orientiert“ (2006, S. 21). Die Bedürfnisse der psychisch erkrankten Menschen sollen in der Betreuung einen hohen Wert haben und nicht der Bedarf der Institutionen (ebd.).

Martina Wanner (2016) deutet auf die Auswirkung der sozialen Lage auf die Gesundheit hin: sich in einer Notlage befinden, wie z.B. durch Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit, Behinderung, Suchterkrankung, schlägt sich im Gesundheitszustand der Betroffenen nieder (S. 206). Wie sie schildert, ist die Gesundheit ein wichtiger Bestandteil nicht nur für die Professionellen der Sozialen Arbeit, sondern auch für die erfolgreiche Alltagsgestaltung und die Lebensführung deren Klientel (ebd., S. 200). Das Verständnis über Gesundheit oder Erkrankung ist ein subjektives Phänomen. Genau dieser subjektive und biografische Blick auf die Welt der Klientel ist aus lebensweltorientierter Ansicht von Bedeutung. Subjektive Deutungs- und Handlungsmuster bergen stets die Gefahr von Täuschungen - der Gesundheitszustand kann zu positiv bewertet werden, was zu einer fehlenden Behandlung und dementsprechend zu einer Verschlechterung führen könnte. Oder der Gesundheitszustand wird zu negativ eingeschätzt, was zu grundlose Befürchtungen führen könnte (ebd., S. 202). Der Alltag ist

durch Routinen geprägt. Oft missachten Menschen ihre Gesundheit, da sie ihre Alltagsgewohnheiten folgen möchten, was sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann (ebd., S. 203). Es brauche eine Empfindsamkeit für diese Ambivalenzen, um eine widersprüchliche Lebenswelt neu rekonstruieren zu können (ebd., S. 203-204). Damit diese Rekonstruktion erfolgreich wird, lohnt es sich, ein Blick in die Methodik von Recovery zu werfen.

Am Konzept der Lebensweltorientierung werden folgende Kritiken ausgeübt:

- der Begriff der Lebenswelt sei eher beschreibend und eher schwierig in der Praxis umsetzbar, da keine konkreten Handlungsabläufe gegeben sind.
- ein breiter Raum werde für Interpretationen für Praktiker und Praktikerinnen gelassen aufgrund fehlender Konkretisierung der Aufgaben (Ralf Mengedoth, 2005).

In dieser Arbeit möchte die Verfasserin herausfinden, ob der Recovery Behandlungsansatz eine methodische Ergänzung der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bieten kann.

1.3 Fragestellung

Um ein genaueres Verständnis und Bild von beiden Konzepten zu vermitteln, werden beide Begrifflichkeiten sowie die historische Entwicklung der Konzepte separat geschildert. Im Weiteren wird auch deren Anwendung separat untersucht. Da es um einen Vergleich zweier Konzepte geht, wird in der letzten Fragestellung eine Gegenüberstellung vorgenommen, die aufzeigen soll, ob und inwiefern der Recovery Behandlungsansatz die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erweitert bzw. welchen Nutzen es für diese haben könnte.

Die Hauptfragestellung, die in dieser Arbeit beantwortet werden soll, lautet entsprechend:

- Inwiefern erweitert der Recovery Ansatz die lebensweltorientierte Theorie der Sozialen Arbeit bzw. ist dies nicht der Fall? Welchen Nutzen hat das Recovery Ansatz für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit?

Um diese Frage beantworten zu können, werden folgende Teilfragen gestellt, über deren Funktion im Abschnitt 1.5 genauer Auskunft gegeben wird:

- Was wird unter Recovery verstanden, wie ist das Konzept entstanden und welche Grundannahmen beinhaltet es?

- Wie wird der Recovery Behandlungsansatz von der Pflegewissenschaft verwendet, um die Förderung der Patienten und Patientinnen zu ermöglichen? Welche Forschungsergebnisse existieren zur Wirksamkeit?
- Was ist Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, welche Grundannahmen, Ziele und Vorgehensweisen beinhaltet sie? Welche Forschungsergebnisse existieren zur Wirksamkeit?
- Inwiefern erweitert der Recovery Ansatz die Lebensweltorientierte Sozialarbeit?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zum einen, einen genauen und vertieften Überblick über dem Recovery Behandlungsansatz sowie die Theorie der Lebensweltorientierung zu geben. Wie schon erwähnt, möchte die Autorin dieser Arbeit einen Vergleich der zwei Theorien anstellen, dabei mögliche methodische/inhaltliche Lücken der lebensweltorientierten Ausrichtung aufzeigen und diese möglichst schliessen.

Ziel der Bachelor-Arbeit ist es somit zu untersuchen, ob und inwiefern die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit eine Erweiterung benötigt und ob der Recovery Ansatz Möglichkeiten für diese Erweiterung bietet. Nebst der damit gewonnenen Perspektivenerweiterung der Lebensweltorientierte Soziale Arbeit böte dies für die Praxis einen vergrösserten Handlungsspielraum.

1.5 Aufbau und methodisches Vorgehen

Die Arbeit besteht aus sieben Kapiteln. Nach der Einleitung als **erstes Kapitel** wird im **zweiten Kapitel** der Recovery Behandlungsansatz vorgestellt.

Vorge stellt werden die Herkunft sowie einige Grundannahmen des Behandlungsansatzes. Es wird versucht, die Menschenbildannahmen, das Gegenstandsverständnis, Interventions- und Prozesssteuerungsverständnis als Theoriekomponenten zu beschreiben, die im Allgemeinen für professionelles Handeln als bedeutsam erachtet werden. Auch wird damit der Grundstein für den angestrebten Vergleich mit dem Lebensweltorientierten Ansatz Sozialer Arbeit gelegt.

Im **dritten Kapitel** wird auf die Anwendungsbedingungen des Recovery Behandlungsansatzes eingegangen. Im Mittelpunkt steht hier, welche Zielgruppe der Ansatz hat bzw. welche Personen nicht zur Zielgruppe gehören, um dadurch dessen Anwendungsbereich einschätzen zu können. Nachfolgend werden empirische Befunde, die für die Wirksamkeit des Ansatzes sprechen, erläutert. Um die theore-

tischen Grundlagen und empirischen Befunde zugänglicher für die Leserschaft dieser Arbeit zu machen, wird anschliessend anhand eines Beispiels gezeigt, wie Recovery praktiziert wird.

Im darauffolgenden **vierten Kapitel** wird analog zu Kapitel 2 Entwicklung, theoretischer und normativer Hintergrund der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit dargestellt. Beschrieben wird somit das Fundament, das einen Vergleich mit dem Recovery Ansatz ermöglichen soll.

Auch das **fünfte Kapitel** steht im Dienste dieses Ziels und widmet sich dem Vorgehen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in der Praxis. Zu diesem Zweck wird nebst den Anwendungsbedingungen auch ein praktisches Beispiel gegeben.

Im **sechsten Kapitel** werden die Erkenntnisse der Verfasserin zu beiden Konzepten erörtert. Dies geschieht durch einen Vergleich, der sich zunächst auf die Ähnlichkeiten richtet. Anschliessend wird durch den Versuch, Unterschiede festzustellen, die Hauptfrage dieser Arbeit beantwortet.

Auf der Grundlage des systematischen Vergleichs sollten Erkenntnisse zur Hauptfrage möglich werden. Inwiefern erweitert der Recovery Behandlungsansatz die lebensweltorientierte Theorie der Sozialen Arbeit bzw. ist dies nicht der Fall? Welchen Nutzen hat das Recovery Ansatz für die lebensweltorientierte Soziale Arbeit?

Auf dieser Grundlage lässt sich schliesslich ein Fazit über den Nutzen des Recovery Ansatzes für die lebensweltorientierte Sozialarbeit ziehen, was im **siebten Kapitel** geschieht.

2. Der Recovery Behandlungsansatz

2.0 Systematik der Untersuchung

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Theorieebenen vorgestellt, entlang derer der Recovery Behandlungsansatz beschrieben und später mit dem Lebensweltorientierten Ansatz verglichen wird. Dies hat zum Ziel, die Leitgedanken für ein hilfreiches zielgerichtetes professionelles Handeln in den weiteren Kapiteln systematisch vergleichen zu können.

Handlungswissenschaftliche Modelle basieren auf eine Wissensstruktur, welche erkenntnis- und handlungstheoretische Ebenen verknüpfen. In der Literatur gibt es eine Vielzahl von Beschreibungen, wie die Gliederung einer Wissensstruktur gestaltet ist (Petra Gregusch, 2013, S. 63-68). Um die vorliegende Arbeit strukturieren zu können, wurden die Gliederungen von Wolfgang Mutzeck (2002) und Bernd Schumacher (1995) näher betrachtet. Mutzeck bezeichnet handlungswissenschaftliche Modelle als "Schachtel- Theorie" (S. 36). Er unterscheidet zwischen drei wissensstrukturellen Ebenen, nämlich 1. Menschenbilderannahmen als Rahmenbildung; 2. Gegenstandsverständnis, welches die Handlungs- und Störungstheorie beinhaltet; 3. die Realitäts-, Methoden-, Beziehungs-, Bedingungskonzeption. Während Mutzeck die Systematik in drei Ebenen differenziert, macht Schumacher dies feiner und unterscheidet zwischen fünf Ebenen. Diese umfassen 1. die Meta-Ebene, 2. die Theorien-Ebene, 3.

die interventionstheoretische Ebene, 4. die praxeologische Ebene und 5. die Handlungsebene (S. 104).

Wo Mutzeck von Methoden- und Bedingungskonzeption spricht, spricht Schumacher von praxeologischer Ebene und Handlungsebene. Nachfolgend sind beide Gliederungen parallel abgebildet:

Schumacher (1995)	Mutzeck (2002)
Meta-Ebene <i>Anthropologische und erkenntnistheoretische Voraussetzungen</i>	Menschenbildannahmen
Theorien-Ebene	Handlungs- und Störungstheorie
Interventionstheoretische Ebene <i>Faktoren zur Interventionssetzung und Unterstellung ihrer Auswirkungen</i>	Beratungskonzeption im engen Sinne <i>Realitäts-, Beziehungs-, Methoden-, Bedingungskonzeption</i>
Praxeologische Ebene <i>Theoretisch abgeleitete Methoden</i>	
Handlungsebene <i>Konkrete Umsetzung der Annahmen der vier zuvor liegenden Ebenen</i>	

Abbildung 1: Gliederung der Wissensstruktur von handlungswissenschaftlichen Modellen (eigene Darstellung)

Wenn ein spezifischer Behandlungsansatz, wie Recovery, zur Förderung der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit in die Sozialarbeit eingeführt werden sollte, erfordert dies einiges an Überlegungen. Werner Obrecht und Petra Gregusch betonen, dass es für die Verwendung von Handlungsansätzen, Konzepten oder Methoden aus anderen Professionen und Disziplinen wichtig zu prüfen ist, ob die Annahmen, die einem Ansatz zugrunde liegen, mit jenen der Sozialen Arbeit übereinstimmen, würde doch ansonsten der Beliebigkeit im Denken und Handeln Sozialer Arbeit Tür und Tore geöffnet (Obrecht & Gregusch, 2003, S.60 f.). In Anlehnung an die oben skizzierte Wissensstruktur von handlungswissenschaftlichen Modellen besteht die Systematik der angestrebten Untersuchung aus fünf Dimensionen.

- 1) Entstehungskontext/Herkunft
- 2) Menschenbild

- 3) Gegenstandsverständnis
- 4) Interventionsverständnis
- 5) Prozesssteuerungsverständnis

Der *Entstehungskontext* wird in die Systematik aufgenommen, um die disziplinäre und professionelle Entwicklung der Ansätze im geschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext darzustellen. Dies scheint wichtig, um die Anliegen und Absichten der Ansätze nachvollziehen zu können.

Das *Menschenbild* enthält Annahmen über das Menschsein und seine Eigenschaften. Es macht Aussagen darüber, was Menschsein ausmacht und wie menschliches Erleben und Verhalten erklärt werden kann. Es bestimmt somit darüber, wie die Klientel wahrgenommen wird und welche Fähigkeiten ihr zugeschrieben wird. Für das professionelle Handeln hat die Beschreibung des Menschenbildes eine allgemeine orientierende Funktion.

Meist basieren Behandlungsansätze auf einem impliziten Menschenbild, was das Handeln von Professionellen damit verdeckt anleitet (Mutzeck, 2002, S. 49). Sind Professionelle z.B. überzeugt davon, dass menschliches Verhalten allein von äusseren Einflüssen gesteuert ist (Behaviorismus), werden sie in der Arbeit mit diesen keine Zeit damit verschwenden, mit ihm über seine Gefühle oder Wünsche zu diskutieren, sondern sich auf die Passung des Verhaltens mit Umwelтанforderungen konzentrieren. Hier erkennt man, dass Menschenbildannahmen nicht nur eine beschreibende, sondern auch eine normative Komponente haben. Je nachdem, welche Fähigkeiten Menschen zugeschrieben werden, bilden diese die Grundlage für Werte und Normen, die im professionelles Handeln berücksichtigt werden sollen. Menschenbilder haben daher auch eine ethische Funktion (Gregusch, 2013, S.113f.).

Das *Gegenstandsverständnis* beinhaltet Antworten auf die Frage, wie die von einer Disziplin oder Profession zu bearbeitenden Problemstellungen entstehen, sich erhalten und verändern. Für professionelles Handeln hat diese Handlungs- und Störungstheorie die Funktion, Professionelle in die Lage zu versetzen, die Situation, in denen sich die Klientel befindet, analysieren und verstehen zu können (Mutzeck, 2002, S. 36, 37). Das Gegenstandsverständnis hat somit diagnostische Funktion, indem es den Strukturierungs- und Interpretationsrahmen für die für Professionelle relevanten Ist- und Sollzustände in Bezug auf die Klientelsituation liefert (Gregusch 2013, S. 64). Indem die Ursachen der Entstehung, Erhaltung und Veränderung bekannt gemacht werden, liefert es im Weiteren die Grundlage für das Verstehen der Wirkungsweise einer Methode (Gregusch, 2013, S. 151).

Das *Interventionsverständnis* enthält Annahmen darüber, wie man als Professionelle Veränderung erzeugt. Es stellen sich die Fragen, welche Wirkfaktoren dabei eine Rolle spielen, d.h., welche Interventionen die Veränderung auslösen, und welche Bedingungen diese Veränderung begünstigen. Somit erhalten Professionelle Kenntnis darüber, was wirkt (Gregusch, 2013, S. 157).

Letztes Element der Analyse ist das *Prozesssteuerungsverständnis*. Im Mittelpunkt steht die Vorstellung, wie man den Veränderungsprozess gestaltet und so auf adäquate Art und Weise die angestrebten Veränderungen durchführen kann (Gregusch, 2013, S. 157).

2.1 Entwicklung und Entstehungskontext von Recovery

In den 1980er Jahre fand der Begriff Recovery in der USA Gebrauch und wurde in den 1990ern in Publikationen etabliert. Der Begriff fand sein Platz in der Literatur zur Rehabilitation (Wiltrud Dümmler & Winfried Sennekamp, 2013, S. 22). Die Begründer, die diese Konzeption massgeblich entwickelt haben, sind im Gesundheitswesen angesiedelt. Zu Beginn beschäftigte sich der Psychiater Abraham Low mit dem Terminus «Recovery». Er gründete im Jahr 1937 die erste Gruppe in der Psychiatrie von Illinois, die den Namen «Recovery, Inc.» trug. Dies mit dem Ziel, eine Nachbetreuung für kurz zuvor entlassene Patienten und Patientinnen zu gewährleisten und Rückfälle zu vermindern (Ann McCranie, o. J., S. 473). Obwohl seine Recovery Gruppe anfänglich Widerstand und wenig Verständnis seitens der Forschenden fand, wurde die Konzeption einige Jahre später wieder aufgenommen und existiert bis heute (ebd.). Eine konkrete Definition von «Recovery» hat Low jedoch nicht geliefert.

Einer der ersten ausführlichen Erfahrungsberichte, wie Recovery zustande kommt und was dies bedeutet, hat Patricia Deegan- als Selbstbetroffene einer psychischen Erkrankung- verfasst. Deegan (o.J.) unterscheidet zwischen Recovery und Rehabilitation. Laut ihren Aussagen kann ein erwachsener psychisch kranker Mensch sich nicht «rehabilitieren», sondern vielmehr ein neues Gefühl vom Selbst und ein neues Lebensziel entwickeln. Durch den Prozess von Recovery werden die Betroffenen selbst aktiv und erlangen neue Verantwortungen im Prozess der Rehabilitation (ebd., S. 1) Der Begriff «Recovery» stellt die Überzeugung ins Zentrum, dass ein sinnerfülltes selbstbestimmtes Leben auch mit Symptomen und Beschwerden möglich und vor allem erstrebenswert ist (ebd.). Erst 1993 schaffte es der Psychologe William Anthony zu definieren, was «Recovery» ist. In seinem Artikel definiert Anthony die 1990er Jahre als das «Jahrzehnt der Genesung» (Anthony, 1993, S. 1/eigene Übersetzung). Er beschreibt Recovery als die Fähigkeit, vom Niederschlag der psychischen Krankheit wieder genesen zu können und wieder in der Lage sein, das eigene Leben zielorientiert zu führen (trotz weiterbestehende Symptome) (ebd., S. 2).

Der wichtigste Grund für die Entwicklung von Recovery bestand darin, die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und Patientinnen besser zu erfüllen. Im Zentrum steht hier nicht, was die Institution braucht, sondern das, was die Patienten und Patientinnen brauchen. Ihre Begehren und ihre Anliegen stehen im Mittelpunkt. Wie Anthony (1993) erläutert, wurde in der Zeit der Deinstitutionalisierung in den 1990er Jahren deutlich, dass die alleinige Linderung der Symptome nicht mehr ausreicht (S. 3).

Amering und Schmolke (2012) beschreiben, wie psychisch kranke Menschen bis in die jüngere Gegenwart behandelt wurden: «Sie wurden weggesperrt und in Ketten gelegt» (S.15). Obwohl sich der Psychiater Phillipe Pinel für die 'Befreiung von den Ketten' psychisch kranker Menschen nach der französischen Revolution eingesetzt hat, waren die erkrankten Menschen weiterhin in ihrem Leben eingeschränkt. Amering und Schmolke (2012) drücken dies mit der Metapher der 'unsichtbaren Ketten' aus, die die Stigmatisierung und Diskriminierung und somit die Einschränkung der Freiheit und Lebensmöglichkeiten der erkrankten Personen widerspiegeln (ebd.). Die Wurzeln von Recovery liegen 200 Jahre zurück. Der Psychiater Phillipe Pinel wurde im Bicetre Spital in Paris angestellt. Er wurde durch den Direktor des Spitals inspiriert, der Angestellte, die die Patienten und Patientinnen schlecht

und inhuman behandelten, entliess. Stattdessen stellte er ehemalige Patienten, die genesen konnten, an (Lewis Opler, 2015, S. 10). Deutlich wird, dass die Behandlung von psychisch kranken Menschen seit langer Zeit veränderungsbedürftig war. Als Resultat etablierte Pinel die 'moralische Behandlung', die Patienten und Patientinnen Respekt und Menschlichkeit entgegenbringen sollte.

Mit Recovery wird nun versucht, eine neue Perspektive für die Behandlungsziele von psychisch kranken Menschen aufzuzeigen. Wie schon geschildert, spricht Deegan (o.J.) nicht von einem 'Wiederherstellen' vom früheren Gesundheitszustand, vielmehr gelte es, ein neues Ich und neues Gefühl für das eigene Leben zu entwickeln (S. 1). Als Vorbewegung von Recovery zählt die in den 30er Jahren entstandene Bewegung der Anonymen Alkoholiker in den USA, die sich im Laufe der Zeit zu einer Selbsthilfebewegung weiterentwickelte. Dies als Reaktion auf die allgemeine Meinung, psychische Erkrankungen seien 'gefährlich' (Esther Indermaur, 2016, S. 32). Die Bewegung sollte der bestehenden Entmutigung entgegenwirken (ebd.). Später, im Jahr 1977, wurden die Betroffenen psychischer Krankheiten aktiv und forderten eine Lebensqualität trotz bestehender Symptome. Dabei standen Eigenständigkeit, Eigenverantwortung und die Möglichkeit, sein Leben selbst gestalten zu können, im Zentrum dieser Bewegung.

Zusammengefasst lässt sich Recovery als Betroffenenbewegung mit gesundheitspolitischen Anliegen, aber auch als Orientierungshilfe für Institutionen und Professionelle im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen verstehen. Um dies besser nachvollziehen zu können, ist die Recovery Definition von William Anthony hilfreich. Er definiert Recovery als

“ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln.“

(Anthony, 1993; zit. in Amering und Schmolke, 2012, S.25)

2.2 Grundannahmen von Recovery

2.2.1 Menschenbild

Um die Grundannahmen von Recovery verständlich zu machen, ist es sinnvoll, vorerst die grundsätzlichen Annahmen, die Recovery über den Mensch als Ganzes- gleich ob krank oder gesund- zu erläutern.

Im Lexikon der Psychologie wird das Menschenbild definiert als “die Gesamtheit der Annahmen, Einstellungen und Überzeugungen, was der Mensch *von Natur aus ist*, wie er in seinem sozialen und materiellen Umfeld lebt (...) – als Selbstbild (...) und als Bild von anderen Personen oder von den Menschen i. Allg.“ (Jochen Fahrenberg, 2018, o. S.).

Uwe Bening und Sabine Schläppi (2016) beschreiben das Menschenbild, das hinter dem Recovery Behandlungsansatz, steht, in ihrem Positionspapier folgendermassen: Der Mensch ist ein wichtiges Element im grossen Spektrum des Lebens. Veränderungen gehören zur Existenz und diese bieten grosse Diversität. Kritische Situationen sind bei dieser Konstellation nicht wegzudenken.

Um sich in dieser Diversität zurechtzufinden, verlangt dies dem Menschen allgegenwärtige Mitwirkung im Leben ab, die durch aufmerksamen und verständnisvollen Umgang mit seinem Umfeld sowie mit dem eigenen Selbst geprägt ist. Dabei sind psychische Erkrankungen der Auslöser von Veränderung, in dessen Verlauf es gilt zu pausieren, erste Entscheidungen für Veränderungen zu treffen und die ersten Schritte zu wagen, Bilanz darüber ziehen und “sich seiner selbst bewusst zu werden” (S. 3).

Peter N. Watkins (2009) geht einen Schritt weiter und stellt die Frage nach der Natur des Menschen. Dabei vertritt er den Leitgedanken, dass sich Mensch auf einer Sinnfindungsreise befindet. Die Beziehung zu unserem wirklichen inneren Wesen sei verloren gegangen und der westliche Mensch würde versuchen, die fehlende Beziehung zu ersetzen, indem er Sinn im Verbrauch findet. Dadurch sei er auf das Materielle, die Finanzen sowie die Reputation, die er hat, fokussiert. Dieser Konsumfokus forme folglich das Denken des Menschen über qualitatives und wertvolles Dasein (S. 25). Gemäss Watkins ist ein stabiles Wohlbefinden von einer bewussten und achtsamen Lebensweise abhängig. Er sieht den Menschen als fähig, seinen Umgang mit anderen achtsam und fürsorglich zu gestalten und dies auch als eine tiefe Beziehung aufzufassen (ebd.). Der Mensch sei imstande, seine Erfahrungen nachzuvollziehen und für sich zu klären. Auf Grund dieser subjektiven Deutungen treffe er seine eigenen Entscheidungen (S. 29). Gemäss Recovery ist jeder Mensch fähig zu genesen.

Da für den Schritt der Veränderung ein gewisses Ausmass an Mut gefordert wird, geht Recovery davon aus, dass der Mensch, trotz trüber Gefühle und Empfindungen in der Lage ist, sich bewusst mit seiner Umgebung und mit dem Hier und Jetzt zu beschäftigen (S. 27). Mit der gezielten Auseinandersetzung mit Erlebnissen, Eindrücken, Einsichten und daraus resultierender Handlungen wird unsere Bewusstheit für unser Dasein zugespitzt (ebd.). Daraus resultiert eine Verbundenheit zwischen den Menschen, die es ihnen ermöglicht, den Sinn des Lebens wieder zu erkennen (S. 27). Watkins (2009)

bezieht sich auf Carl Rogers und seinen Begriff des 'existenziellen Lebens' – unsere Reaktionen und Handeln sind demnach direkt von wahrgenommenen Erfahrungen beeinflusst (S. 29). Durch die bewussteren Wahrnehmung, die es uns erlaubt, ohne Ablehnung oder Verfälschung unsere Umwelt zu erkennen, wird unserem Dasein eine Sinnhaftigkeit zugeschrieben (S. 27).

Watkins (2009) übernimmt die Überzeugung Rogers, dass der Mensch als Resultat seiner Potenzialausschöpfung immer mehr in der Lage ist, sich aktiv im sozialen Leben einzusetzen. Dies wirkt sich auf sein Verhalten aus, da er so lernt, sich darauf verlassen zu können, dass sein Handeln richtig ist (S. 29).

In sozialen Beziehungen ist die Verarbeitung von Erlebnisse immer öfters gefragt. Ist die Fähigkeit, Erlebnisse richtig zu interpretieren eingeschränkt, zeigen sich laut Watkins Abweichungen im Verhalten (S. 30). Demzufolge ist das Verhalten des Menschen durch seine Erfahrungen, Erlebnisse und nicht zuletzt seine kognitive Fähigkeit, diese zu interpretieren, bestimmt.

Zusammenfassend ist der Mensch zu selbstbestimmten Verhalten fähig, was ihm aber auch kognitive Anstrengungen abverlangt. Erst in Beziehungen mit anderen kann er Sinn finden, weshalb er auf die soziale Umwelt angewiesen ist.

2.2.2 Gegenstandsverständnis

In diesem Abschnitt wird erläutert, was im Recovery Ansatz als psychische Erkrankung – dem Gegenstand von Recovery - aufgefasst wird. Genauer wird die Erhaltung der Probleme und deren Veränderung betrachtet und ausgeführt.

In der Literatur zu Recovery werden einzelne psychische Erkrankungen erwähnt, wie z.B. Suchterkrankungen, Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, etc. Doch was genau eine psychische Erkrankung ist, wird nicht erwähnt. Daher wird hier auf die Definition gemäss dem DSM-IV (Diagnostic and Statisticka Manual of Mental Disorders) zurückgegriffen. DSM-IV wird auch in den Psychiatrien benutzt, wo auch Recovery angewendet wird. Laut DSM-IV (1994) wird jede der psychischen Störung als ein klinisch essenzielles *Verhaltens- oder psychisches Syndrom* oder Muster angenommen, das bei einer Person auftritt. Das Verhaltensmuster hängt mit aktuellem Leiden (wie z.B. schmerzhaften Symptome), einer Einschränkung in Lebensbereichen oder mit dem Verlust an Freiheiten zusammen. Das Verhalten kann – muss aber nicht - eine Reaktion auf ein traumatisches Ereignis sein. Unabhängig von den Ursachen der Verhaltensmuster, bedarf es der momentanen Feststellung einer Verhaltensstörung oder biologischen und psychologischen Funktionsstörung (ebd., S. xxi).

Wie Watkins (2009) anmerkt, sind die Erfahrungen psychisch kranker Menschen abweichend von 'normalen menschlichen Erfahrungen'. Die Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung kann angsteinflössend, belastend und hinderlich sein - sowohl für den Betroffenen als auch für seine Umwelt und die Gesellschaft. Durch diese Pathologisierung entsteht ein Widerstand seitens der Betroffenen. Dieser zielt auf Identitätssicherung, da sie den Eindruck bekommen, keine Entscheidungsfreihei-

ten für ihren eigenen Genesungsprozess zu haben. Somit geht die Chance und Möglichkeit auf Problemeinsicht und Verständnis im Kontext ihrer alltäglichen Welt unter (S. 41).

Die negativ wahrgenommenen Erlebnisse manifestieren sich in Form von Verhaltensstörungen, wenn die Belastung im Alltag dominant und unerträglich wird (ebd., S. 42). Um Menschen, die Hilfe aufsuchen, besser verstehen zu können, stellt Watkins die Belastungsgrade in der Bevölkerung am Beispiel von England dar.

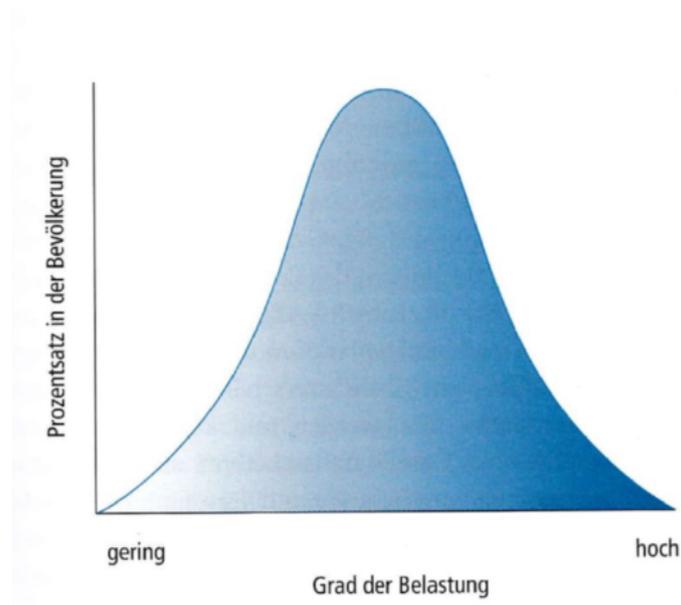


Abbildung 2: Darstellung der Belastungsgrade in der Bevölkerung (Watkins, 2009, S.43)

Die Belastung, die Menschen während einer bestimmte Phase oder einem Moment im Leben erleben, kann laut Watkins stets variieren und ist von zahlreichen Variablen abhängig. Die Studie, deren Ergebnisse in dieser Grafik zusammengefasst sind, zeigt, dass bis zu 25% der englischen Bevölkerung Unterstützung wegen psychischer Probleme aufsuchen. Dabei sind auch jene Personen eingeschlossen, die schwere Belastungen erleben (ebd., S. 42).

Wie schon erwähnt, ist die Erfahrung einer Diagnose angsteinjagend. Diese Angst – so Watkins - bestärkt den Wunsch der Betroffenen zu kämpfen, zu flüchten oder sogar zu erstarren (ebd., S. 46). Das Erleben des eigenen Selbst wird stark durch die persönlichen Erfahrungen beeinflusst. Je nachdem, welches Verhaltensmuster sich ein Mensch durch seine bisherigen Lebenserfahrungen angeeignet hat, kann dieses von der Mehrheit der Bevölkerung abweichen. In der Folge wird dieses von der Gesellschaft als «nicht normal» bezeichnet. Die so stattfindende Stigmatisierung kann ein niedriges Selbstwertgefühl der Betroffenen nach sich ziehen, welches die Entwicklung des Menschen erschwert (ebd., S. 46).

Als Zwischenfazit kann gesagt werden, dass das menschliche Erleben und Verhalten gemäss Recovery stark von den eigenen Lebenserfahrungen abhängig ist und das Verständnis für diese Erfahrungen die erfolgreiche Kommunikation mit den Betroffenen fördern kann. Um diese zu begünsti-

gen, ist zentral zu verstehen, *wie* der Mensch aus Recovery Sicht wahrgenommen wird (vgl. Kap. 2.2.1).

Wie oben angedeutet, werden Menschen "stigmatisiert", was zu weiteren negativen Erfahrungen psychischer erkrankter Menschen führt. Der Begriff der Stigmatisierung beschreibt zunächst die Unterstellung einer Eigenschaft oder eines Merkmals, dem die Gesellschaft eine negative Bedeutung zugeschrieben hat, woraus negative Folgen für das Individuum entstehen (Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik). Watkins (2009) beschreibt auch, dass bei "Diagnosen" Menschen an das Psychiatriesystem denken, und auf Grund dessen die Betroffenen diskriminiert und stigmatisiert werden (S. 41). Der Mensch wird also abgestempelt und vereinheitlicht.

Mit solchen negativen Erfahrungen und Vorstellungen wird es den Betroffenen schwer gemacht, einen Platz in der Gesellschaft zu finden (ebd., S. 41). In der Folge gelten sie als schwer integrierbar. Dazu haben auch die westlichen Länder beigetragen, die die Sicht vertreten, dass "Beeinträchtigungen als Störungen *im* Individuum selbst angesehen werden" (ebd., S. 45). Auch John Read (2004) weist darauf hin, dass die sozialen Anliegen im Leben psychisch Kranker selten passend beigezogen werden. Als Folge davon werden die Menschen als entmündigt betrachtet und das Ehrgefühl sinkt (Read, 2004; in Watkins, 2009, S. 45).

Es entsteht der Eindruck, dass ein Mensch, der eine psychische Erkrankung hat, rasch einer «Schublade» zugeordnet wird. Umso wichtiger scheint die Sicht von Recovery, wonach der dieser einfach als hilfebedürftig verstanden wird und Unterstützung benötigt, seine innere Kraft zu finden und sein Potenzial auszuschöpfen. Denn die Fähigkeiten, sich in der heutigen Gesellschaft zurechtzufinden, sind laut Recovery vorhanden.

Um die Fähigkeiten, über die gemäss Recovery auch der psychisch kranke Mensch verfügt, besser beschreiben und verstehen zu können, soll zunächst der Prozess beschrieben werden, der veranschaulicht, welche Fähigkeiten zu Beginn der Erkrankung fehlen und welche im Laufe der Genesungsprozess entwickelt werden können.

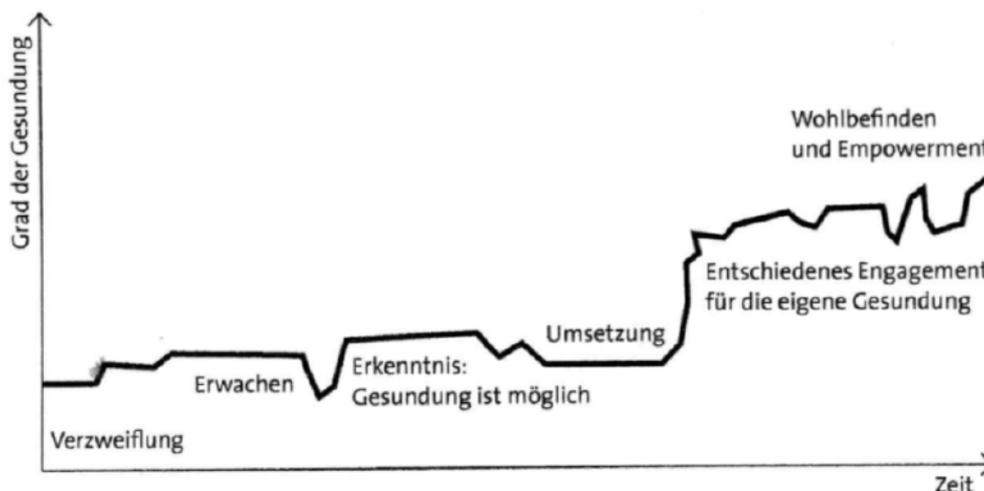


Abbildung 3: Gesundungswege (Ruth O. Ralph in Andreas Knuf, 2016, S.18)

Zunächst fehlen -subjektiv betrachtet- Fähigkeiten bei den Betroffenen. Sie fühlen sich ihrer Störung ausgeliefert und somit darin gefangen. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, aus dem negativen Gedankenkreis herauszukommen, sich sozial zu integrieren und das eigene Leben als befriedigend wahrzunehmen. Auf Grund dieser fehlenden Fähigkeiten benennt Andreas Knuf (2016) die "Verzweiflung" als Beschreibung dieser ersten Phase (S. 17). Dieser zu entkommen bedarf nach Watkins (2009) zuerst eine Gewissheit und Beständigkeit des Betroffenen im „bedrohlichen Gefühlschaos“ sowie die Möglichkeit, das Erfahrene zu verarbeiten und verstehen (S. 47). Die Fähigkeit, bestehende Zweifel, Ängste und Schwierigkeiten zu bewältigen, um an einen gewünschten Zustand zu gelangen, können mit dem Recovery Prozess wiedererlangt werden (ebd., S. 85). Mit der Zeit schaffen es die Betroffenen, einen Bezug zu der Realität aufzubauen und sind in der Lage zu verstehen, dass es nicht wie bisher weitergehen kann und auch soll. Sie sind bewusster in der Wahrnehmung ihres inneren Erlebens und entwickeln Hoffnung, dass es nicht für immer so sein muss. Dadurch "erwachen" sie (Knuf, 2016, S. 17). Sie kommen zu der Einsicht, dass sie die aktuelle schwierige Situation nicht ohne fremde Unterstützung verbessern können und beginnen, die Hilfe anderer zu akzeptieren (Watkins, 2009, S. 83). Es bedarf der inneren Überzeugung und Bestimmtheit, um sich zu überwinden und neue Wege zu beschreiten. Kurz gesagt, geht es darum, "die Sicherheitszone zu verlassen" (ebd., S. 61). Die Betroffenen "erkennen" den Bedarf, zu anderen Menschen Kontakt zu suchen sowie die eigenen Gedanken gezielt in positive Richtung zu lenken. Dadurch erlangen sie wieder die Hoffnung, die nötig ist, um im Genesungsprozess vorwärts zu kommen (Knuf, 2016, S. 17). Nachdem diese Erkenntnis erfolgt ist, gelangen die Betroffenen zum Schritt der Umsetzung. Mit den aktiven Versuchen, Kontakte zu den Mitmenschen gezielt aufzubauen, versuchen sie herauszufinden, wie sie ihre Hindernisse in Bezug auf den psychischen Zustand beeinflussen können (ebd., S. 17). Dies deutet auf die Wiedererlangung der Fähigkeit hin, in sich selbst zu vertrauen (Watkins, 2009, S. 59). Somit erlangen sie wieder die Fähigkeit, ihr Leben zu beherrschen und sich diese Verantwortung bewusst zu werden (ebd., S.85). In dieser Phase sind die Betroffenen fähig, sich zu entfalten, sich neu zu formen sowie das Wahrgenommene umzusetzen (ebd., S. 111).

Mit der Umsetzung wird der Optimismus bestärkt und die Betroffenen verstehen, dass eine grosse (psychische) Investition ihrerseits nötig ist, um den Weg zur Genesung weiter zu bestreiten (Knuf, 2016, S. 17). Dies wird in den Prinzipien, die sich an den Stärken orientieren, aufgenommen (s. Kap. 2.2.3). U.a., dass die "Kontrolle über den Unterstützungsprozess" in den Händen der Betroffenen liegt (Watkins, 2009, S. 111). Wie in Abbildung 3 ersichtlich wird, ist der Prozess des „entschiedenes Engagements für die eigene Gesundheit“ durch Höhen und Tiefen gekennzeichnet. Dies könnte die lange Dauer dieser Entwicklung erklären.

Zuletzt kommt die Phase, in der die Betroffenen sich selbst akzeptieren und somit ein positives Gefühl entwickeln. Die Schwierigkeiten und Dilemma können angenommen werden, ohne sich dabei hilflos zu fühlen (Knuf, 2016, S. 17). Wie es auch Amering und Schmolke (2012) nennen, kommt es zu einer "Transformation des Selbst", bei der sich der Mensch neu entdeckt (Amering & Schmolke, 2012, S. 25).

Zusammenfassend machen die Ausführungen deutlich, dass Recovery weniger an den Ursachen psychischer Krankheiten interessiert ist – je nach erlebtem Belastungsgrad und persönlichen Erfah-

rungen kann jeder Mensch im Leben mit einer psychiatrischen Diagnose konfrontiert werden, sondern vor allem an der Frage, was die Genesung psychisch erkrankter Menschen erschwert bzw. fördert. Zu nennen sind nebst der Diagnose an sich besonders auch die mit einer Diagnose einhergehenden Stigmatisierungsprozesse. Beides erschwert es Betroffenen, ihre Potenziale zur Genesung zu bündeln.

In der Folge verfügen psychisch erkrankte Menschen anfänglich dann auch nicht über ausgeprägten Fähigkeiten, die ihnen helfen können, mit der schwierigen Situation umzugehen. Die Entwicklung dieser Fähigkeiten wird mit Recovery unterstützt und gezielt hervorgebracht. Dazu gehören die Fähigkeiten wie u.a. Überwindung von Angst und Zweifel, Einsicht, aus der "Sicherheitszone" rauszukommen, Kontaktfreudigkeit, Selbstvertrauen, Lebensbeherrschung, Selbstakzeptanz, Optimismus und Hoffnung, Selbstkontrolle, Entscheidungsfähigkeit.

2.2.3 Interventionsverständnis

In diesem Abschnitt werden die Wirkfaktoren, die die Veränderung, die man als Professionelle erzeugen möchte, ins Zentrum gestellt sowie die Bedingungen, die diese Veränderung begünstigen.

Interventionen werden als Haltungen und Vorgänge dargestellt, die keiner konkreten Erkrankung und einer exakten Phase der Behandlung zugeordnet werden. Die Fähigkeit, die Führung über das eigene Leben wieder selbst zu übernehmen, wird aktiv unterstützt (Esther Indermauer, 2016, S. 86). Um eine Recovery-orientierte Intervention und die Faktoren, die sie beeinflussen können, verstehen zu können, soll zunächst die Haltung, die dahintersteht, verständlich gemacht werden. Indermauer (2016) stellt in ihrem Werk die von Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams und Mike Slade zusammengefassten Prinzipien - die sogenannten CHIME Prinzipien - dar (S. 87). 'CHIME' ist ein englisches Akronym und steht für angestrebte Zustände, die es den Betroffenen ermöglicht, die Führung über ihr Leben zurückzugewinnen. Sie stellen eine robuste Synthese aus den Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar, die eine empirische Basis für weitere Forschungen bieten soll. Die Prinzipien sollen den Professionellen als Orientierung dienen, um passende Handlungen zu entwickeln. Dazu gehören laut Indermauer (2016):

1. Das *Zugehörigkeitsgefühl* (**C**onnectedness), das durch den Einbezug des sozialen Umfeldes unterstützt wird. Die Professionellen sollen einen aktiven Austausch von den Betroffenen vorantreiben – dies kann durch die Kooperation mit Peers gewährleistet werden;
2. Die *Hoffnung und Zuversicht für die Zukunft* (**H**ope and Optimismus about the Future), die seitens der Professionellen als Grundhaltung dienen soll, um mit möglichen Stolpersteine auf dem Weg der Genesung klar zu kommen;
3. *Positive Identität* (**I**dentity), die die Betroffenen *entwickeln*. Es wird von Professionellen verlangt, die Betroffenen zu bestärken, ihre Diagnose in ihrer Lebensphase zu akzeptieren, um hieraus neue Rollen und Aufgaben für ihr Leben entdecken zu können, die den vorhandenen

Stärken und Ressourcen entsprechen. Durch gemeinsames Überlegen über Freizeitgestaltung und Aktivitäten können diese Stärken und Ressourcen wieder aufgefunden werden;

4. *Sinn im Leben finden (Meaning in Life)* – die vertiefte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der Erkrankung ermöglicht es den Betroffenen, neue Perspektiven zu entwickeln und möglicherweise neue Lebenswege einzuschlagen;
5. *Empowerment* – die Betroffenen wieder in der Lage zu versetzen, „informierte Entscheidungen“ zu treffen. Die Professionellen sind dazu aufgefordert, Klarheit über die Erkrankung und die möglichen Therapien zu schaffen, mit dem Ziel, die Betroffenen darin zu unterstützen, konkrete Ziele für sich zu formulieren. Dadurch werden sie darin bestärkt, das eigene Pflichtbewusstsein für die eigene Gesundheit und Wohlfinden zu formen und diesem zu folgen (Indermauer, 2016, S. 93-95).

Watkins (2009) unterscheidet 4 Dimensionen, die sich auf den Recovery-Prozess von Betroffenen auswirken können – die familiäre, die kulturelle/gesellschaftliche, die spirituelle und die kreative Dimension. Dabei sind zwei davon stark abhängig von den Mitmenschen und liegen nicht in der erkrankten Person. Diese werden nachfolgend beschrieben:

Am wichtigsten erachtet er die familiäre Dimension, da besonders das Familiensystem den Menschen prägt und somit das psychische Wohlbefinden beeinflusst. Er bezieht sich auf Studien, die seit 1970er Jahre die Familienbeziehungen bei psychisch kranken Menschen untersuchen. Festgestellt wurde u.a., dass sich kritische Äusserungen seitens der Verwandten, ihrerseits entstanden aufgrund anhaltender Frustration über die aktuelle schwierige Situation, auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken. Als Reaktion darauf fühlen sich die Betroffenen konstant von ihrer eigenen Familie zurückgewiesen und dies veranlasst sie, sich von ihr distanzieren (S. 134).

Watkins (2009) übt Kritik an psychiatrische Institutionen, die sich nur auf das Individuum und seine internen Stärken beschränken, erkennt jedoch auch, dass diesbezüglich allmählich ein Wandel stattfindet. Immer mehr wachse das Bewusstsein über den starken Einfluss der Familie für den Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität (S. 133). Dies bestätigt auch eine Untersuchung der Mental Health Foundation (2000), in deren Mittelpunkt die Frage nach Wirkbedingungen eines Recovery- Prozesses aus Sicht der Betroffenen stand. Die Beziehung zu Familienangehörigen stellte sich hier als ein sehr wichtiger Bedingungsfaktor heraus (o. S.). Watkins (2009) verweist allerdings darauf, dass familiäre Beziehungen nur dann ein starker Faktor sind, wenn die Betroffenen und deren Familien aktiv die Auseinandersetzung mit dem Thema der Erkrankung suchen und sich offen aussprechen. Findet dies nicht statt, hat dies für alle Beteiligten Auswirkungen, wie z.B. Angstgefühle, die die wenig bekannte Krankheit auslöst; Ratlosigkeit, wie man mit dieser Krankheit und der neuen Situation umgehen soll und Schuldgefühle, die die Situation verschärfen können, indem die „Schuld“ personifiziert wird. Den Betroffenen wird auf diese Weise der Eindruck vermittelt, auf sich allein gestellt zu sein (Watkins S. 136). Watkins (2009) merkt an: „Dinge, über die nicht gesprochen wird, bekommen in den Köpfen der Verwandten eine überdimensionale Bedeutung“ (S. 136). Die offene Kommunikation über die psychische Erkrankung und die aktuelle Situation kann eine Erleichterung und Seelenfrieden für alle bringen. Dies bietet eine sichere Grundlage, um die Situation zu bewältigen.

Auch der sozialen (kulturelle/gesellschaftliche) Dimension wird im Recovery- Prozess hohe Relevanz zugeschrieben. Watkins (2009) bezieht sich auf den Vergleich von Jablensky (1992) zwischen psychischen Erkrankungen in den Entwicklungs- und Industrieländern. Dabei wurden die Untersuchungen in 10 Ländern durchgeführt (Kolumbien, Tschechien, Dänemark, Indien, Irland, Japan, Nigeria, Russland, Grossbritannien und die USA). Es wurde festgestellt, dass soziale Kontakte und Beschäftigung (Arbeit) wichtige Faktoren für eine stabilisierende Recovery-Arbeit sind (S. 155). Die soziale Teilhabe hat grossen Einfluss auf den Erfolg eines Recovery- Prozesses, weshalb – gemäss Watkins - die Professionellen diese Faktoren prioritär beachten sollten. Interventionen zum Erhalt oder zur Verbesserung der sozialen Teilhabe sollen erstrangig stattfinden, denn die Annahme, dass sich diese zwangsläufig zum Positiven verändern, nachdem die Klientel ihre Psyche in der Psychiatrie «geheilt» hat, trifft nicht immer zu (ebd.). Ohne Interventionen besteht das Risiko, dass die Klientel in ihre alten Muster zurückfallen, wie z.B. Gleichgültigkeit, Wutanfälle, Zurückweichen als Resultat vom gefühlten Kontrollverlust über die aktuelle Situation und das eigene Leben. Abhängig von ihren Lebenserfahrungen könnten sie soziale Teilhabe nur als grosse Herausforderung wahrnehmen und die Haltung der “erlernten Hilflosigkeit” wieder einnehmen (S. 157). Als weiteren Bedingungsfaktor nennt die Mental Health Foundation (2000) auch die vorhandene und erreichbare soziale Unterstützung sowie den Austausch mit Mitmenschen (o. S.).

Die beschriebenen Wirkbedingungen, wie die Beziehung zu Familienangehörigen, die sozialen Kontakte und Beschäftigung sowie die vorhandene und erreichbare soziale Unterstützung von Dritter wurden über empirische Untersuchungen der Mental Health Foundation sowie Studien von Jablensky bestätigt. Einige dieser Faktoren wurden auch von der Pflegefachfrau Saldina Zubcevic genannt, die in der Psychiatrie tätig ist und sich aktiv mit Recovery-Prozessen beschäftigt. Ausgehend von ihrer Praxiserfahrung ist sie überzeugt, dass an erster Stelle der Faktoren, die erfolgreiches Recovery unterstützen, die *Familie, Freunde und das soziale Umfeld* stehen (Zubcevic, mündliche Mitteilung, 20. Februar 2018). Weiterhin sei die *Erfahrung, dass Recovery möglich ist*, von Bedeutung. Im Austausch mit Professionellen oder Betroffenen entwickeln Patienten und Patientinnen Ideen, wie der Recovery-Weg aussehen könnte. Ausführliche Informationen zu Beginn des Prozesses dienen dazu, den Betroffenen das Gefühl der Sicherheit und Stabilität zu geben und sie darüber aufzuklären, worauf sie sich einlassen. Ein Wirkfaktor, der die anfängliche Unsicherheit beseitigen und den Erfolg vom Recovery unterstützen könne, sei die *Anerkennung der eigenen Beteiligung* im Prozess und deren *Wertschätzung* (ebd.).

Zubcevic berichtet, dass Im Laufe des Recovery-Prozesses ein Wechsel der *Bedürfnispräferenzen* der Betroffenen stattfindet. Diesbezüglich betrachtet sie die stetige Anpassung des Recovery-Prozesses an die Bedürfnisse als einen zentralen Wirkfaktor. Dazu müssen sich die Professionellen bewusst sein, dass Bedürfnispräferenzen sich verändern können und dies auch akzeptieren. Die Rolle der Professionellen bestehe darin, die Betroffenen auf ihrem Recovery Weg zu begleiten und nicht darin, ihnen «Vorschriften» darüber zu machen, was sie zu wollen haben (ebd.). Dies führt zum nächsten Wirkfaktor, den Zubcevic für bedeutsam hält: die *selbstgewählten Ziele anerkannt und von den Professionellen ernst genommen* zu wissen. Auf diese Weise könnten Betroffene Selbstvertrauen

zurückgewinnen und die Möglichkeit, die Kontrolle über das eigene Leben zu erfahren, als greifbarer wahrzunehmen (ebd.).

Zusammenfassend gelten als wichtige Interventionen zur Veränderung: Vernetzung mit anderen, um Zugehörigkeit herzustellen; die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht; die Betonung von Stärken und Ressourcen, um zu einer positiven Identität zu verhelfen; die Förderung, den Sinn der bisherigen Erfahrungen begreiflich zu machen, um die Entwicklung von Lebenssinn zu unterstützen; die Förderung Selbstbefähigung und Selbstwirksamkeit als Aspekte von Empowerment; Anerkennung und Wertschätzung; die Anpassung des Recovery-Prozesses an veränderte Bedürfnisse.

Der Behandlungserfolg ist aber auch massgeblich sowohl von äusseren Bedingungen als auch vom Potential der einzelnen Person abhängig. Allein die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten können den Erfolg von Recovery nicht gewährleisten sowie umgekehrt die unterstützende Umgebung allein – ohne die Kooperation des Betroffenen – dies nicht zu leisten vermag. Die persönliche Entwicklung und Motivation ist mit dem äusseren Einfluss und der Unterstützung verknüpft. Sie bilden eine Wechselwirkung von sozialer Umgebung, eigenen Erkenntnissen, Erfahrungen und Einflussgrössen seitens aller Beteiligten.

2.2.4 Prozesssteuerungsverständnis

Im letzten Abschnitt, mit dem das Kapitel zum Recovery Behandlungsansatz abgeschlossen wird, steht die Gestaltung des Veränderungsprozesses im Zentrum, d.h. über welchen Ablauf von Handlungsschritten Veränderungen zu erreichen versucht werden.

Der Recovery Prozess verläuft für die Betroffenen nicht linear und gleich für alle, sondern kann auch Rückschritte zeigen, bevor es wieder vorwärts Richtung Genesung geht (Indermaur, 2016, S. 40). In ihrem Werk zur Recovery-orientierten Pflege listet Indermaur (2016) die fünf Phasen nach Andresen (2006), die im Recovery Prozess stattfinden, auf. Diese erinnern an die Phasen der zuvor referierten Phasen der Genesung.

Dazu gehören: 1. Moratorium (Rückzug, Hoffnungslosigkeit); 2. Erkenntnis; 3. Vorbereitung; 4. Wiederaufbau und 5. Wachstum (ebd., S. 33). In der ersten Phase scheint die eigene Situation für die Betroffenen als hoffnungslos und unveränderbar. Eine Entwicklung zum Besseren wagen sie sich nicht vorzustellen. In solch komplexen Situationen wird von den Professionellen viel Zeit und Geduld gefordert, damit eine *solide Beziehung aufgebaut* werden kann. Jede Andeutung, über das «Problemthema» zu reden wird ernst genommen und der Thematisierung auch genügend Raum gelassen, um überhaupt eine Bereitschaft zur Veränderung der aktuellen Situation herstellen zu können. Der entscheidende Punkt ist hier, dass der Betroffene sich bereit fühlt, über sich und seine Situation zu sprechen. Professionelle können ihm beistehen und ihm versichern, dass die nötige Unterstützung für die kommenden Schritte gewährleistet wird. Dabei spielen sie eine wichtige Rolle im Übergang zur nächsten Phase, der Erkenntnis.

Der Übergang ist fließend und es besteht die Notwendigkeit, dass die Professionellen *jede eingetretene Veränderung wahrnehmen und ansprechen*. So lässt der Betroffene es zu, über Veränderungs-ideen offen zu reden. Dadurch wird die Bereitschaft, etwas Neues zu unternehmen, was die Situation verbessert, gefördert. Bei Neuanfängen oder Veränderungen machen sich in der Regel ambivalente Gedanken breit. Die Aufgabe der Professionellen ist es, diese *Ambivalenzen zu spiegeln*, damit der Betroffene sich über diese im Klaren ist. Somit ist er letztlich auch erst imstande, eventuelle Hindernisse rechtzeitig wahrzunehmen und sich auf diese vorzubereiten. Hilfreich dabei ist es, Patienten und Patientinnen zu unterstützen, *zwischen den Vor- und Nachteilen des neuen angestrebten Verhalten abzuwägen* (ebd., S. 36 -37).

Ab dem Moment, in dem die Willensäußerung definitiv gefasst wurde, befinden wir uns in der dritten Phase (die Vorbereitung). Dies ist die "Phase des Umbruchs". Dabei werden alte Verhaltens- und Denkmuster abgelegt und es wird aktiv daran gearbeitet, neue zu bilden. In dieser Phase ist die Widerstandsfähigkeit stark ausgeprägt, da die Betroffenen sich auf Neues und Unbekanntes einlassen, währenddem das Alte, Bekannte und Bequeme überhand zu nehmen versucht. Die Rolle der Professionellen in dieser labilen Phase besteht darin, die *Betroffenen zu begleiten und die Argumente, die für eine Veränderung sprechen, immer wieder hervorzubringen*. Dabei sollen sie sich mit den verschiedenen Alternativen befassen, die möglich sind (ebd., S. 38). In der folgenden vierten Phase (der Wiederaufbau) ist von den Betroffenen Ausdauer gefragt. Im Laufe der Erkrankung besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung zu der Familie und zu Freunden durch Konflikte belastet wurde. Die Folgen der Erkrankung manifestieren sich nicht nur in der Beziehungsqualität, sondern können auch negative Ereignisse im beruflichen und finanziellen Bereich spürbar werden lassen. Die Phase des Wiederaufbaus ist sehr intensiv, denn die Folgen der Erkrankung werden zu balancieren versucht. Dabei sind Professionelle, die die Betroffenen während des Recovery-Prozesses begleiten, wie ein *Anker*, an dem sie sich orientieren können, *um weiter an sich und ihren Zielen zu arbeiten* (ebd., S.39). Als letzte Phase wird das Wachstum beschrieben. Hier sind die Betroffenen schliesslich zu einem «inneren Zustand» gelangt, der es ermöglicht, auf die unbekannte Zukunft mit Zuversicht schauen, denn sie waren in der Lage, ihre Stärken und Ressourcen wiederzufinden und aufzubauen. In dieser Phase ist von den Professionellen gefragt, die Betroffenen nicht mehr als Patient oder Patientin, Klient oder Klientin zu betrachten, sondern ihnen auf Augenhöhe (als Peer) zu begegnen (ebd., S.40).

Im Unterschied zu Andresen beschreibt Knuf (2016) unter Bezugnahme auf Ralph nicht fünf, sondern sechs Phasen, die für die "Genesung" von Langzeiterkrankten notwendig sind. Nachfolgende Abbildung zeigt die Phasen in der Gegenüberstellung:

Indermaur, 2016 (nach Andresen u.a. 2006)	Knuf, 2016 (nach Ralph u.a. 2004)
1.Moratorium <i>Rückzug, Verlust, Hoffnungslosigkeit</i>	1.Verzweiflung <i>Der Betroffene ist «gefangen» in seinem Leiden</i>
	2.Erwachen

	<i>Zweifel daran, ob es für immer so bleiben muss.</i>
2. Erkenntnis <i>Ein erfülltes Leben ist möglich</i>	3. Erkenntnis Konkrete und sichere Überzeugung; Erkenntnis, dass Gesundung ist möglich
3. Vorbereitung <i>Stärken und Schwächen werden realisiert, die Arbeit an Fähigkeiten beginnt</i>	4. Umsetzung <i>Einfluss auf die psychischen Schwierigkeiten nehmen (aktiv werden)</i>
4. Wiederaufbau <i>Kontrolle über das eigene Leben übernehmen</i>	5. entschiedenes Engagement <i>Akzeptanz des eigenen Einflusses auf die Genesung</i>
5. Wachstum <i>Sinn der Erkrankung und Gesundung erkennen, positives Selbstgefühl</i>	6. Wohlbefinden & Empowerment <i>Erhalt ein positives Selbstgefühl</i>

Abbildung 4: Recovery – Prozess (eigene Darstellung)

Abbildung 4 macht ersichtlich, dass sich die Phasen - mit Ausnahme der zweiten Phase des "Erwachens" Knuf (2016, S. 17) – decken. In dieser Phase wird sich der Betroffene im Klaren, dass er seine aktuelle schwierige Situation nicht aushalten muss, sondern dass es auch andere «Szenarios» gibt. Er wird sich seines Leidens bewusst und es wird auch als solches akzeptiert (ebd.). Dabei beginnt er daran zu zweifeln, ob er tatsächlich die aktuelle Situation immer aushalten muss oder er nicht doch etwas dagegen unternehmen kann. Durch das "Erwachen" wird ihm bewusst, dass der ganze Prozess von ihm selbst abhängig ist und er dafür verantwortlich ist, etwas zu tun. Es werden noch keine konkreten Taten geplant, jedoch ist die intrinsische Motivation zur Veränderung aktiviert.

Um eine Übersicht zu bekommen, ob und welche dieser Phasen in der Praxis faktisch durchlaufen werden, wurde wieder die Pflegefachfrau Saldina Zubcevic befragt.

Diese betont (Email vom 21. März 2018), dass es keine "konkrete oder typische Methoden" von Recovery gäbe. Was sie in der Praxis anwendet und als wichtig und zentral schildert, sind die "10 Schritte zur psychischen Gesundheit". Wie sie schreibt, sind diese:

1. Sich selbst annehmen
2. darüber reden. Alles beginnt im Gespräch.
3. Aktiv bleiben. Bewegung ist Voraussetzung für Entwicklung
4. Neues Lernen. Lernen ist Entdecken
5. Mit Freunden in Kontakt bleiben. Freunde sind wertvoll
6. Kreatives tun. Kreativität steckt in uns Allen
7. Sich beteiligen. Menschen brauchen eine lebendige Gemeinschaft

8. Ansprechpartner

9. Sich entspannen. Die Krisen des Lebens meistern

10. Sich nicht aufgeben. Die Krise des Lebens meistern “

Zusammenfassend zeigt sich, wie wichtig die aktive Beteiligung der Betroffenen im Genesungsprozess ist. Den Anstoss für die Prozesssteuerung geben die Betroffenen selbst, wobei die Professionellen sie dabei unterstützen, auf dem angefangenen Weg zu bleiben und Ambivalenzen besser zu verstehen. Prozesssteuerung besteht im Recovery nicht aus einem “Vorschreiben”, sondern ist eine Zusammenarbeit der Beteiligten mit Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten. Dabei kann kritisch angemerkt werden, dass auch der Prozess, die Klientel dabei zu unterstützen, ihren Weg zu gehen, immer auch bestimmte Handlungen seitens der Professionellen fordert, wie etwa die Analyse der von Watson formulierten familiären, kulturellen/gesellschaftlichen, spirituelle und kreative Dimension des Lebens oder den von Zubcevic angesprochenen Wechsel von Bedürfnispräferenzen. Die beschriebenen Prozesssteuerungstheorien sind insofern eher Handlungsprinzipien und machen nur rudimentär Aussagen über das methodische Vorgehen seitens der Professionellen. Zudem fokussieren Handlungen ausschliesslich auf die Herstellung interner Zustände.

3. Anwendungsbedingungen des Recovery Behandlungsansatzes

Im folgenden Kapitel wird auf die Anwendungsbedingungen vom Recovery Behandlungsansatz eingegangen. Dabei wird erläutert, für welche Personen Recovery geeignet ist bzw. für welche nicht. Anschliessend wird die Wirksamkeit des Behandlungsansatzes anhand durchgeführter Studien dargestellt. Um die Anwendungsbedingungen verständlicher darstellen zu können, wird in einem separaten Unterkapitel ein Fallbeispiel dargestellt, welches zeigt, wie Recovery gehandhabt wird.

3.1 Indikation und Wirksamkeit

Laut Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker (2013) kann nicht nur ein Bereich genannt werden (z.B. Forensik, Geriatrie etc.), in dem Recovery zur Anwendung gelangen kann. Vielmehr sprechen sie von einer grossen Vielfalt an Settings, die passend sind. Die Durchführung von Recovery ist demnach nicht nur im stationären Setting, sondern auch in ambulanten Settings und akutpsychiatrischen Dienstleistungen möglich (S. 25). Wichtig ist indes, welche Patienten und Patientinnen oder Klientel sich für Recovery eignen. In Bezug auf die psychische Erkrankung sehen Autor und Autorin keine Einschränkung in der Möglichkeit der Durchführung. Zentral ist, dass die Betroffenen sich äussern können. Selbst Erkrankungen wie Demenz oder Lernstörungen (geistige Behinderung) stellen kein Ausschlusskriterium dar (ebd.). Jedoch spielt der Grad der Entwicklung dieser Krankheiten eine enorme Rolle. Bei fortgeschrittener Form der Demenz oder der geistigen Behinderung ist die Anwendung ungeeignet, da die Betroffenen nicht in der Lage sind, sich erfolgreich mitteilen zu können (ebd., S. 26).

Demzufolge sind das Geschlecht, die Rasse, die Bildung oder die Gesundheit keine Stolpersteine für die Durchführung von Recovery Programmen.

Dies zeigt sich auch in der Studie von Steven P. Segal, Carol J. Silverman und Tanya L. Temkin, die die Effektivität von Recovery prüft. In der randomisierten, kontrollierten Studie mit 1042 Patienten und Patientinnen wurde der Genesungszustand von Patienten und Patientinnen, die einzig in psychiatrischen Institutionen behandelt wurden und Patienten und Patientinnen, die zusätzlich auch ein Recovery Programm erhalten hatten ("Self-help agencies"), verglichen (Segal, Silverman & Temkin, 2010). Dabei wurden Personen unterschiedlichen Geschlechts, Bildungsstandes, Rasse und psychischer Erkrankung miteinbezogen (S. 908). Die Autoren haben die Hypothese aufgestellt, dass die Verknüpfung einer psychiatrischen Behandlung mit einem Recovery Programm die soziale Funktion, die Symptomatik (Recovery), die soziale Eingliederung, Selbstwirksamkeit und die Hoffnung zur Genesung verbessern würde. Das Recovery Programm wurde auch mit Peers (Mitarbeitende, die selbst Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen hatten) durchgeführt (ebd., S. 906). Das Ergebnis zeigt, dass Faktoren, wie soziale Kontakte, der Einbezug von Peers sowie die vorhandene soziale Unterstützung und der Austausch mit anderen Menschen für die betroffenen Personen eine positive Auswirkung auf das Leben haben kann (vgl. Kap. 2.2.3).

Nach einem acht-monatigen Zeitintervall wurden folgende Ergebnisse festgehalten:

Resultat	Interventionsgruppe (psychiatrische Behandlung + Recovery Programm)	Kontrollgruppe (psychiatrische Behandlung)
Recovery	Signifikante Verbesserung (++)	-
Hoffnung	++	-
Empowerment	++	-
Lebensqualität	Vergleichbar mit Kontrollgruppe (^)	^
Zielsetzung	Tendenzielle Verbesserung ohne signifikanten Unterschied (+)	-
Selbstvertrauen	+	-

Abbildung 5: Studienergebnisse zur Recovery (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 5 ersichtlich, zeigten sich in der Interventionsgruppe, die nebst einer psychiatrischen Behandlung auch am Recovery Programm teilnahmen, signifikante Verbesserungen in Bezug auf die Wiedergenesung, die Hoffnung und das Empowerment. Auch bei der Zielsetzung und dem Selbstvertrauen zeigten sich Verbesserungen, jedoch nicht mit signifikantem Unterschied zu der Kontrollgruppe. Eine Verbesserung der Lebensqualität wurde nicht festgestellt, da die Ergebnisse beider Gruppen keinen grossen Unterschied aufwiesen.

3.2 Recovery in der Praxis

Nachdem die theoretischen und einige empirische Grundlagen dargestellt sind, werden im folgenden Abschnitt die einzelnen Schritte des Recovery-Prozesses anhand von Beispielen veranschaulicht. Praxisbeispiele können meines Erachtens die Umsetzung eines Ansatzes und die damit verbundene Wirkungsorientierung am besten verdeutlichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede sichtbar machen (vgl. Kap. 6). Mittels eines Beispiels der New Yorker Lieber-Recovery-Klinik wird die Handlungsplanung entlang der 5 Schritte nach Andresen (vgl. Kap. 2.2.4) dargestellt. Wie schon erwähnt gehören dazu: 1. Moratorium (Rückzug, Hoffnungslosigkeit); 2. Erkenntnis; 3. Vorbereitung; 4. Wiederaufbau und 5. Wachstum.

Sobald sich ein psychisch Kranker in die Klinik begibt, wird im Team mit der Phase der Vorbereitung begonnen. Bevor dieser Schritt in der Praxis beschrieben wird, ist es sinnvoll die vorhergehenden Phasen zu betrachten. Die ersten zwei Schritte (das Moratorium und die Erkenntnis) sind laut Patricia Deegan (o.J., o. S.) selbständig oder mit der Unterstützung eines ambulanten Psychiaters oder des sozialen Umfeldes zu bewältigen. Deegan weist auf die Individualität jeder Recovery-Erfahrung hin - ein stationärer Aufenthalt für die Recovery-Reise ist nicht zwingend. Es handelt sich nicht um eine "plötzliche Umwandlung". Die erste Phase der Hoffnungslosigkeit und die Weigerung, die Situation zu akzeptieren, ist vielmehr "eine wichtige Phase" des persönlichen Recovery-Prozess. Die Phase ist eine "normale" Reaktion auf eine erschütternde und unbekannte Situation (ebd., o. S.). Zu Beginn der zweiten Phase der Erkenntnis berichtet Deegan von "kleinen Alltagserfolgsschritten", die das Eintreten in diese Phase ankündigen, wie z.B. sich rasieren, ein Buch öffnen, sich kurz mit anderen zu unterhalten. Die Hoffnung wird vom Tatendrang gefolgt (ebd., o. S.). Die Bewältigung der ersten zwei Schritte sind auch im stationären Setting in der Lieber Klinik in New York möglich. Es werden verschiedene Therapien angeboten sowie die Begleitung durch einen Psychiater. Die Arbeit mit einem "Recovery-Trainer oder Trainerin" beginnt jedoch erst ab der dritten Phase, "der Vorbereitung" (Lieber Recovery Klinik, 2018, o. S.).

Die Recovery Klinik bietet der betroffenen Person eine Vielfalt an Möglichkeiten von Fähigkeitstrainings an, wie das Training organisatorischer Fähigkeiten, sozialer Fähigkeiten, beruflicher Kompetenzen oder das Training von Bildungs- und alltagspraktischen Fähigkeiten (z.B. Finanzverwaltung, Hausordnung) (Lieber Recovery Klinik, 2018, o. S.). Während sich die Betroffenen die Kompetenzen aneignen, werden sie in der Regel von ihrem Umfeld (Familie, Freunde, andere Einrichtungen oder der ambulante Psychiater oder Psychiaterin) unterstützt und darin bestärkt durchzuhalten. Ein Case-manager oder eine Case-managerin sorgt für die Vernetzung zwischen den Patienten und die Patientinnen und die Personen, die in dem Recovery-Prozess beteiligt sind (Team, Familienangehörigen, Psychiater, etc.). Diese Vernetzung begünstigt das oberste Ziel, nämlich die Integration der in der Klinik gelernten Fähigkeiten in das Alltagsleben (Alice Medalia, 2013, S. 175). Doch wie sieht das Recovery-Training in der Praxis der Lieber Klinik aus?

Ein Recovery Trainer oder eine Trainerin wird hinzugezogen, sobald sich der Patient oder die Patientin dazu entschieden hat, an bestimmten Problemlagen zu arbeiten (ebd., S. 179). Die Recovery Fachpersonen in der Klinik bewältigen zusammen mit den betroffenen Personen drei Phasen (ebd., S.181), wie Abb. 6 zeigt:

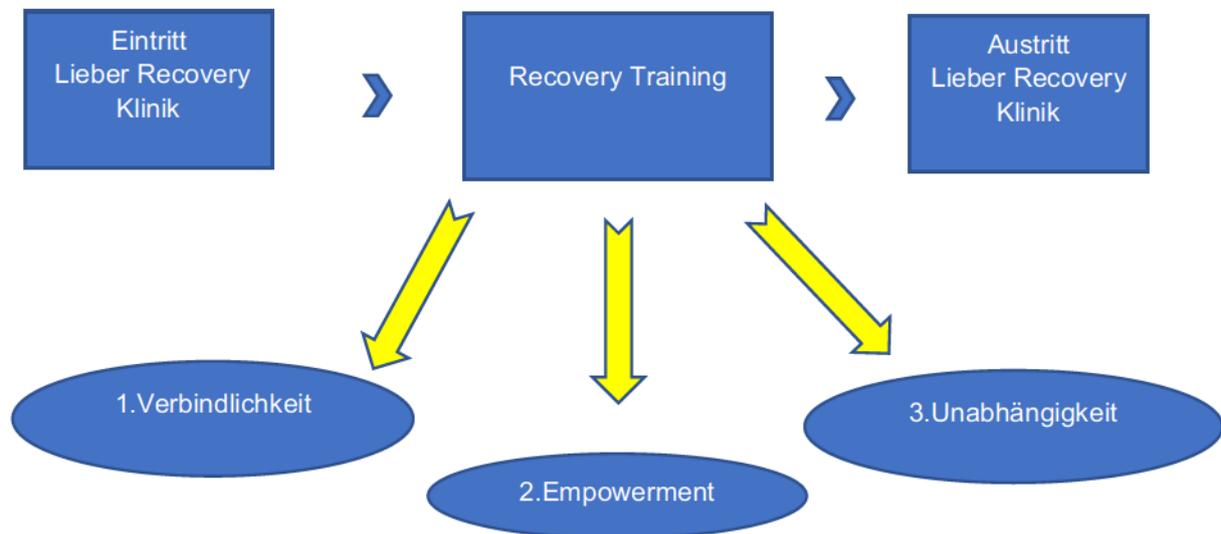


Abbildung 6: Recovery Training Lieber - Recovery – Klinik (eigene Darstellung)

Das nachfolgend beschriebene Praxisbeispiel ist auf den stationären Aufenthalt, währenddem das Training in Begleitung eines Trainers oder einer Trainerin stattfindet, gerichtet. In der ersten Phase, in der Recovery-Fachpersonen mit den betroffenen Personen arbeiten, steht die Verbindlichkeit im Zentrum. Wie erwähnt, deckt sich die erste Phase vom Recovery Training mit dem der Phase der Vorbereitung nach Andresen. Dabei geht es um das gegenseitige Kennenlernen zwischen Recovery Trainer oder Trainerin und Patient oder Patientin durch Gespräche sowie der Erkundigung des Lebensraums, in dem der Patient oder die Patientin sich aufhalten. Der Trainer oder die Trainerin eruierten die Stärken und Schwächen der betroffenen Person. Laut Indemaur (2016) werden die Patienten und Patientinnen in dieser Vorbereitungsphase intensiv begleitet, da diese durch wenig Beständigkeit charakterisiert ist. Die Fachkräfte unterstützen Patienten und Patientinnen dabei, die ursprünglichen Motive, die zum Veränderungswunsch führten (Phase 2), aufrechtzuerhalten (S. 38). Die Möglichkeiten, die Patienten und Patientinnen zur Veränderung zur Verfügung haben, werden ermittelt und abgewogen. All dies geschieht im Alltag.

Als Beispiel für diese Vorbereitungsphase bezieht sich Medalia (2013, S.182 ff.) auf eine junge 29-jährige Frau, die mit ihrer Wohnsituation überfordert ist. Nach Absprache mit der Recovery Trainerin und der Familie stellte sie eine Putzhilfe für ihre Wohnung ein, und während diese ihre Arbeit erledigte, zeigte die Recovery Trainerin der 29jährigen, wie sie ihre Stärken in dieser Situation finden kann. Dies tat sie, indem sie mit ihr darüber sprach, "wie sie eine gute Chefin" sein kann und ihr damit ein positives Erlebnis verschaffte (S. 183). Die Ziele, die erreicht werden sollen, werden von der betroffenen Person formuliert und definiert (ebd., S.181, 182). Im genannten Beispiel, bei der die junge Frau

sich Hilfe zur Wohnsituation geholt hat, formuliert sie das Ziel, die verschaffte Ordnung und Sauberkeit weiter im Auge zu behalten (ebd., S.183).

Im zweiten Schritt zielt der Trainer oder Trainerin darauf, die Autonomie der betroffenen Person zu erweitern bzw. ihre Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Selbstkontrolle zu stärken. Damit dies gelingt, ist es bedeutsam, Vertrauen herzustellen sowie die Veränderungsmotivation zu stärken. Dabei kann es zu zeitintensiverer Zusammenarbeit kommen. Ausgegangen wird davon, dass erste Erfolge bei der Umsetzung der neuen Kompetenzen und Fähigkeiten zu weiteren positive Veränderungen führen (ebd., S.182).

In der letzten Phase des Recovery-Trainings sind die Patienten und Patientinnen in der Lage, Alltagsschwierigkeiten zu akzeptieren und zu deren Bewältigung auf sich allein gestellt. Geraten sie in Situationen, die sie allein nicht zu bewältigen vermögen, sind sie in der Lage, dies wahrzunehmen und wissen, wo sie sich die nötige Unterstützung holen können. Auf den Recovery-Trainer oder die Trainerin sind sie jedoch nicht mehr angewiesen und in der Regel auch nicht mehr auf die Klinik. Der zentrale Punkt in dieser Phase ist es somit, selbständig zu erkennen, wann Unterstützung benötigt wird und zu wissen, wo diese zu bekommen ist. Aus diesem Grund wird die letzte Phase auch "Unabhängigkeit" genannt.

Zusammenfassend lässt sich schliessen, dass Recovery sich für all jene Menschen anbietet, die trotz belastender Situationen oder Erkrankung genesen, sprich, ein neues Gefühl vom Selbst und ein Lebensziel entwickeln möchten (vgl. Kap. 2.1). Dies ist sowohl im Einzelsetting als auch in der Gruppe möglich. Die Willensäußerung dazu liegt in der Person, die sich Unterstützung holen möchte, selbst. Die "Recovery- Reise" wird danach möglichst intensiv begleitet, um die Eigenständigkeit und die Verantwortung für das eigene Leben wieder zu erlangen. Recovery ist " Hilfe zur Selbsthilfe".

4. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

4.1 Entwicklung und Entstehungskontext

Als Schöpfer des Konzepts der Lebensweltorientierung gilt der Professor für Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik Hans Thiersch. Als der "erste Professor" für Sozialpädagogik im universitären Rahmen nahm er Teil an langjährigen Diskussionen betreffend Theorien der Sozialpädagogik. Massgeblich beteiligt war er an der Entwicklung des achten Jugendberichts im Jahr 1990 in Deutschland. Sein Konzept der Lebensweltorientierung diente als Basis für Organisationen und Förderungsanregungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (Bernhard Schoch, 2005a, S.1). Obwohl der Begriff der Lebensweltorientierung in den 80er Jahren mit dem Jugendbericht manifestiert wurde, finden sich seine Anfänge in den 1960er und hauptsächlich 1970er Jahren. Seither durchläuft das Konzept andauernde Veränderungen, die durch gesellschaftliche Bewegungen begründet werden können. Durch die Umbruchzeiten der 60er Jahre wurde die Sozialarbeit dazu bewegt, "soziale Arbeitsansät-

ze" (Grunwald & Thiersch 2016, S. 25) aus der Aufklärung und aufgrund von pädagogischen und sozialpolitischen Veränderungen in ihr Denken und Handeln einzubeziehen - sich institutionell sowie professionell neu zu gestalten. Im Unterschied zu der immer stärker werdenden Spezialisierung der Sozialen Arbeit sowie ihrer Politisierung besteht die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf den Einbezug der Lebens- und Alltagserfahrungen der Klientel. Unter anderem leitet sich daraus ihr Hauptziel ab: das Ziel des gelingenderen Alltags. Gemeint ist damit das Aufzeigen von verschiedenen Möglichkeiten für bessere Lebensbedingungen, die mit Bemühungen und Neugestaltung seitens der Klientel verbunden sind (Thiersch, 2016, S. 258). Die Lebensweltorientierung ist handlungstheoretisch notwendig, um die persönlichen Möglichkeiten, Stärken und vor allem individuelle Herausforderungen zu prüfen und daraus weitere Handlungsschritte zu planen (Grunwald & Thiersch, 2016, S. 25). Wie schon erwähnt, nimmt die Fokussierung auf den Alltag der Klientel in den 70er Jahren immer mehr zu. Die Ausprägung des Begriffs der Lebensweltorientierung stellt eine "Alltagswende der Sozialpädagogik" dar. Eine Änderung von Denkmustern hat stattgefunden, die sich jetzt mit der "Lebenswelt" der Klientel beschäftigt (Björn Kraus, o.J., S. 2).

Laut Grunwald und Thiersch (2016) legt das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit die Handlungsnormen der Sozialen Arbeit fest. Als erste Norm gilt, dass das Resultat der Sozialen Arbeit als von den alltäglichen Interpretationen und Handlungen der Klientel sowie ihren Bemühungen, mit dem Alltag umzugehen, abhängig gemacht werden soll. Als zweite Norm wird festgehalten, dass dieser Alltag aus den unterschiedlichen Stärken, Herausforderungen und Ressourcen der Klientel verstanden werden soll und somit auf einen adäquateren funktionierenden Alltag gezielt werden soll: ihn festigen, ihn in die angestrebte Richtung lenken oder gar neugestalten. Hieran anknüpfend soll die Soziale Arbeit, so die dritte Norm, ihre systematische und institutionelle Konzeption ausarbeiten (S. 24).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Entwicklung der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sich politisch sowie gesellschaftlich beeinflussen liess. Dies erklärt auch die Veränderungen, die das Konzept in den letzten 40 Jahren durchlief. Da sich Lebensverhältnisse in der Gesellschaft und die Politik ständig ändern, bedarf es stets konzeptioneller Anpassungen, um die Ziele Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit, die auf die Schaffung angemessener Lebensverhältnisse und Emanzipation im Sinne eines gelingenderen Alltags gerichtet sind, zu erreichen. Dabei soll die Sicht der Klientel wahrgenommen werden, um zu definieren, was für sie als angemessener scheint. Wie Hans Thiersch formuliert:

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert im Horizont der radikalen Frage nach dem Sinn und der Effizienz sozialer Hilfen aus der Perspektive ihrer Adressat/innen.“

(Thiersch/Grunwald, 2002, zit. in <https://beruhmte-zitate.de/autoren/hans-thiersch>)

4.2 Grundannahmen

4.2.1 Menschenbild

Analog zum Kapitel 2.2.1 wird folgend das Menschenbild aus der Sicht der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit beschrieben.

Die Lebensweltorientierung geht auf die Bewältigungsstrategien von Herausforderungen und deren Verarbeitung in der Lebenswelt der Klientel ein (Rita Sahle, 2004, S. 299; vgl. Kap. 4.2.2). Wie Kraus (o.J., S. 7) deutlich macht, ist die Lebenswelt an die subjektive Wahrnehmung einer Person gebunden und somit kein objektiver Begriff. Nicht nur die äusseren Faktoren im Leben des Menschen unterscheiden sich, sondern auch die Menschen selber durch ihre je individuelle physische und psychische Ausstattung. Jeder Mensch nimmt daher seine Lebenswelt anders wahr und interpretiert das Wahrgenommene unterschiedlich (ebd., S. 7). Wie Sahle (2004) weiter anmerkt, werden die Menschen in der Konzeption der Lebensweltorientierung nicht "abstrakt, sondern in ihren konkreten Lebensverhältnissen gesehen (...)" (S. 299). D.h., dass der Mensch in Verhältnis zu seiner Wirklichkeit, in der er lebt, wahrgenommen werden muss.

Hans Thiersch, Klaus Grunwald und Stefan Köngeter (2012) unterscheiden in Bezug auf die Wiederherstellung der Lebenswelt der Menschen einige Aspekte, aus denen sich auch Aussagen zum Menschenbild ableiten lassen. Zum einen sehen sie die Lebenswelt als ein «beschreibendes Konzept». Dabei wird, ähnlich wie bei Sahle (2004), auf die Beziehung zwischen Mensch und konkreten Lebensverhältnissen im Sinne einer stets vorgefundenen Wirklichkeit eingegangen. Das Verhalten des Menschen wird durch seine Bemühungen, den Alltag zu bewältigen und seine Herausforderungen zu bewerkstelligen, bestimmt (S. 184). Dabei scheinen Routinen im Alltag für den Menschen eine entlastende Rolle zu haben, weshalb sie sich mit fortschreitender Zeit im Alltag etablieren und selbstverständlich für den Menschen werden. Dies kann sogar zu bornierten Routinen führen, welche die Menschen daran hindert, Veränderungspotenzial zu erkennen und handlungsfähig zu bleiben (ebd., S. 184). Der Mensch ist aber auch in der Lage seine «Routinen» zu hinterfragen. Dies zeigt sich in seiner Fähigkeit, sich mit der Situation auseinander zu setzen und bei Bedarf die Organisation seines Alltags zu verändern (ebd.).

Veränderungen werden nicht nur vom Menschen selber herbeigeführt. Thiersch et al. (2012) sehen den Menschen in Abhängigkeit von seinen sozialen Feldern (z.B. Familie, Arbeit, Peergruppe, etc.). Der Mensch und seine persönliche Entwicklung sind durch seinen individuellen Lebenslauf beeinflusst und geprägt. Die gesammelten Erfahrungen können sich sowohl positiv als auch negativ gegenseitig beeinflussen- sich gegenseitig verstärken oder gar blockieren (S. 185). Zum Beispiel erhöhen Erfahrungen mit Armut die Gefahr, dass die betroffene Person aufgrund von Scham das soziale Umfeld, wie z.B. Nachbarn, Freunde, etc. meidet und gleichzeitig mit seiner herausfordernden Lebenslage nicht zurechtkommt. Nicht nur das direkte soziale Umfeld, sondern auch gesellschaftliche Strukturen,

wie z.B. soziale Schichtung und die daraus resultierenden Ressourcen, bestimmten die erfahrene Wirklichkeit. Der Mensch ist somit nicht in der Lage, über sein Leben gesellschaftsunabhängig zu bestimmen. Thiersch et.al. sprechen in diesem Zusammenhang von der Lebenswelt als „Schnittstelle von Objektivem und Subjektivem“ (ebd.). D.h. Lebensweltorientierung versteht den Menschen als Persönlichkeit, die aber auch gleichzeitig von ihren Lebensverhältnissen geprägt ist.

Thiersch et al. (2012) weisen schliesslich auf die Herausforderungen hin, die durch neue soziale Ungleichheiten entstehen. Die Disparität in Bezug auf den unterschiedlichen Möglichkeiten und Gegensätzlichkeiten im Alltag, die der Mensch in der heutigen Gesellschaft erlebt, fordert vom Menschen, immer wieder neue Interpretationsmuster zu entwickeln, die ihn wiederum auf neue Handlungsmöglichkeiten bringt. Der Mensch ist demnach in der Lage, seine Lebenswelt flexibel zu gestalten. Als zur Selbstbestimmung fähig ist er aber auch in der Lage, Lebensräume zu schaffen, die es ihm erlauben, seine Zukunft selbst planvoll zu gestalten und sowohl vor sich als auch Gesellschaft zu vertreten (S.185).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Mensch im Konzept Lebensweltorientierung in einer andauernden Wechselwirkung mit seiner Umwelt steht. Jene Umwelt und die darin gemachten persönlichen Erfahrungen bilden die eigene Realität des Menschen, die ihn ermutigen aber auch entmutigen kann, sich weiterzuentwickeln. Die Verbindung zwischen Gesellschaft und Mensch wird als Relation zwischen objektiven Strukturen und subjektiven Handlungen gefasst und ist Ausdruck für ein nicht-individualistisches Menschenbild.

4.2.2 Gegenstandsverständnis

Der nachfolgende Abschnitt geht auf Fragen des Alltags als zu bearbeitendes Problem Sozialer Arbeit ein. Vergleichbar Kap. 2.2.2 wird erläutert, was im Lebensorientierten Ansatz als „Alltagsproblem“ aufgefasst wird und wie sie sich manifestieren und verändern. Sahle (2004) verweist auf fünf sozialarbeiterische Paradigmen, die sich auf die Herausforderungen und Hindernisse im alltäglichen Leben des Menschen beziehen. Diese sind: 1. Das Alltagsparadigma; 2. Das systemische Paradigma; 3. Das Paradigma der alltäglichen Lebensführung; 4. Das ökosoziale Paradigma und 5. Das subjekttheoretische Paradigma. Trotz dieser Gemeinsamkeit bestehen grosse Unterschiede in der Auslegung des Alltagsbegriffs und ebenso in der Erklärung von „Alltagsproblemen“ (vgl. Sahle, 2004. S. 303 f.). An dieser Stelle wird ausschliesslich auf das Alltagsparadigma eingegangen, welches Sahle dem Lebensweltorientierten Ansatz zuordnet.

Hier bezieht sich der Begriff Alltag auf das „spezifische Verständnis- und Handlungsmuster der Menschen, das sich auf die kleinen, sich wiederholenden und zu bewältigenden Anforderungen und Aufgaben richtet, die den Bestand von Lebensvollzügen sichern“ (ebd., S. 303). Wie bereits angedeutet, wird der Alltag von jedem einzelnen Mensch anders wahrgenommen, interpretiert und bewerkstelligt in Bezug auf Raum, Zeit und soziale Beziehungen (ebd., S. 306, vgl. auch Kap. 4.2.3). Die alltäglichen

Aufgaben sind eine Kombination von Aufgaben, die in unterschiedlichen Lebensräumen von uns erwartet werden, wie z.B. die Familie, die Schule, die Nachbarn, die Freunde, etc. (ebd.).

Alltagsprobleme können somit jederzeit entstehen, d.h. immer dann, wenn Denk- und Handlungsrou-
tinen nicht ausreichen, um die erwarteten alltäglichen Aufgaben zu bewältigen. Wie auch schon im
vorherigen Abschnitt erwähnt, ist der Alltag nicht nur vom Menschen selber bestimmt, sondern auch
vom Umfeld, von der Gesellschaft und der politischen Entwicklungen abhängig. Der gesellschaftliche
Wandel könnte die generelle Schwierigkeit, den Alltag zu bewältigen, erklären. Wie Thiersch et al.
(2012) feststellen: "Die Individualisierung der Lebensführung und die Pluralisierung und Entgrenzung
von Lebenslagen verschärfen sich" (S. 180). Unter Pluralisierung der Lebenslagen versteht Thiersch
(2015) die Abweichungen der Lebensstrukturen, wie z.B. urbane Umgebung-ländliche Umgebung,
Ausländer- Einheimische, weiblich- männlich, etc. (S. 310). Mit der Individualisierung der Lebensfüh-
rung deutet Thiersch (2015) auf die immer mehr zurücktretenden Traditionsvorstellungen der Lebens-
gestaltung hin, verbunden mit der Zunahme von neuen Wegen der Gestaltung und neuer Lebensent-
würfe. Dies bietet nicht nur mögliche Perspektiven für den Menschen, sondern kann für diese eine
enorme Überlastung darstellen (ebd., S. 311).

Als Resultat der Unterscheidung von Lebenslagen werden Ausgrenzung und Marginalisierung in der
Gesellschaft sichtbar. Der Druck zur Anpassung an die Mehrheit der Gesellschaft verlangt dem Men-
schen Mut und Stabilität ab- Fähigkeiten, die im Moment der Befürchtung eines sozialen Abstiegs
nicht automatisch verfügbar seien. Diese unsicheren Lebensphasen und Momente weisen auf die
Notwendigkeit ausgeglichener Lebensverhältnisse und zuverlässiger externen Ressourcen hin
(Thiersch et al., 2012, S. 180).

Die Problemlagen manifestieren sich als Zusammenspiel von schwierigen Lebenslagen und der erfah-
renen Wirklichkeit. Wie Harald Ansen (2016) schildert, kann eine Problemsituation eine Reihe weiterer
negativer Folgen für die gesamte Lebenslage nach sich ziehen. Besteht beispielsweise Mittellosigkeit
über längere Zeit, stellt dies nicht nur Restriktionen beim Konsum und bei der Versorgung im Alltag
dar, vielmehr hat dies evtl. auch soziale Exklusion oder gesundheitliche Folgen. Die Gefahr einer
Krankheit erhöht sich. Um dies verständlich zu machen, wird das Beispiel der Armut wieder aufge-
nommen. Menschen, die von Armut betroffen sind, erleben Benachteiligungen (materiell sowie sozial)
und Ausgrenzungen (sozial, kulturell sowie politisch) in diversen Beteiligungsmöglichkeiten. So stellt
Petra Böhnke fest, dass kumulative Prozesse der Ausgrenzung und Benachteiligung zu "deutlich ver-
ringerten Lebenschancen" führen (Böhnke, 2015, S.18 f. zit. n. Ansen 2016, S. 269). Wenn die exter-
nen und/ oder die inneren Ressourcen nicht mehr zur Verfügung stehen, nimmt die erfahrene Wirk-
lichkeit der Betroffenen einen negativen Verlauf: Der Mensch beginnt sich in einer negativen «Le-
bensspirale» zu bewegen, wodurch sich seine Problemsituation nicht verbessern oder lösen kann.
Thiersch et al. (2012) bringen es so auf den Punkt: "Erfahrene Wirklichkeit ist immer bestimmt durch
gesellschaftliche Strukturen und Ressourcen" (S. 185).

Zusammenfassend entstehen Alltagsprobleme als Folge eines Ungleichgewichts zwischen Denk- und
Handlungsrou-tinen und alltäglichen Anforderungen. Sie werden umso gravierender sein, je weniger
gesellschaftliche Ressourcen einer Person in ihrer erfahrenen Wirklichkeit zur Verfügung stehen. Dies

deutet auf die Wichtigkeit der Interaktion mit der Umwelt hin für die Entwicklung von neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten hin. Der Mensch allein vermag seine Situation nicht ohne Zugriff auf externe Ressourcen zu verändern. Ihnen wird damit eine wichtige Bedeutung zugeschrieben. Sie machen es dem Menschen möglich, sich weiter zu entwickeln und an seine Problemlagen zu arbeiten.

4.2.3 Interventionsverständnis

In diesem Unterkapitel wird darauf eingegangen, *wie* man als Professioneller im Sinne der Lebensweltorientierung gezielte Veränderung erzeugen könnte.

Um die Lebensweltorientierten Interventionen verständlich machen zu können, soll zunächst die Philosophie des Konzepts erläutert werden. Zum einen beschreibt Schoch (2005b) die Lebensweltorientierung als *“professionell und selbstkritisch handelnd“* (S. 2). Dabei ist die Lebensweltorientierung immer selbstreflektiert und dafür besorgt, sich auf die Relevanz der Erfahrungen der Klientel zu beziehen und sich in den Dienst der Klientel zu stellen (ebd.). Wie schon erwähnt, werden als Ziele des Konzepts der Lebensweltorientierung das gelingende Leben und der gelingendere Alltag angestrebt (ebd.)

Dabei sollen Menschen sich als Teil der Gesellschaft fühlen und Zugang zu ihren Perspektiven erhalten. Dadurch soll jeder Mensch die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen und Einfluss auf Entscheidungen über sein Leben haben. Die Werte, die der Orientierung des professionellen Handelns dienen, sind: *“Solidarität, Produktivität/ Kreativität, sinnvolles Leben, Autonomie“* (ebd.). Schoch (2005b) beschreibt weiter, dass die Lebensweltorientierung *“sich in die Gestaltung der Rahmenbedingungen mischt“* (ebd.). Dabei verwendet er die Metapher eines Theaters, bei dem die Vorstellung auf der Bühne von den Rahmenbedingungen hinter den Kulissen definiert wird. Aufgezeigt wird damit die politische Seite der Lebensweltorientierung. Ereignisse sollen nicht einfach *“repariert“* bzw. in Ordnung gebracht werden, sondern auch in die sich „im Hintergrund“ befindlichen versteckten Verhältnissen und Rahmenbedingungen interveniert werden (ebd.). Das Konzept *stimmt Achtung und Konfrontation aufeinander* ab und stellt sich auf die Seite der Klientel. Selbst bei eigenwilligen und ungewöhnlichen Lebensbewältigungsleistungen, d.h. unkonventionelle Herangehensweisen, wie die Klientel ihre Alltagsaufgaben meistern, werden diese beachtet. Durch den Respekt, der ihnen entgegengebracht wird, merkt die Klientel, dass sie ernst genommen wird und ist in der Lage, offen zu sein. Dies bietet die Möglichkeit für konstruktive Kritik, Provokation und Veränderungen entsprechend der Klientel. Im Vordergrund steht das Interesse der Klientel. Schoch (2005b) formuliert dies so: Lebensweltorientierung *“hilft ihnen in den Problemen, die sie für sich haben, nicht der Gesellschaft in den Problemen, die diese mit den Adressaten hat“* (ebd.).

Lebensweltorientierung zeichnet sich auch dadurch aus, dass sie *“mit dem Medium Aushandeln und Verhandeln arbeitet“* (Schoch, 2005b, S.2). Dabei geht es um die gemeinsame Entscheidung, wie die Zusammenarbeit aussehen soll und welche Ziele mit den Interventionen erreicht werden sollen.

Schoch formuliert, dass mit diesem methodischen Ansatz nicht am Mensch passiv vorbeigegangen wird, sondern stets miteinander auf die Veränderung hingewirkt wird.

Als letzter Aspekt der Philosophie des Konzepts, aber nicht minder von Bedeutung, steht die *„Stärkung der Position der Adressaten“* (Schoch, 2005b). Angesprochen ist damit die anwaltschaftliche Kompetenz der Professionellen. Die Klientel der Sozialen Arbeit ist häufig nicht in der Lage, sich in der Öffentlichkeit selbst zu vertreten. Umso wichtiger ist es, dass Professionelle dafür sorgen, dass die Interessen der Klientel *„zur Sprache zu kommen“* (ebd.).

Gemäss Peter Pantucek (2004) ist die *„Annäherung“* grundlegende Anforderung für Interventionen der Lebensweltorientierung. Er verweist darauf, dass Abweichungen zwischen der Weltwahrnehmung der Professionellen und der Klientel stets zu erwarten sind. Diese sollen in der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auch akzentuiert werden. Mit *„Annähern“* ist dann das gezielte Zugehen auf das Gegenüber und die Anerkennung seiner Lebenswirklichkeit gemeint. Gleichzeitig sollen Fachkräfte der Sozialen Arbeit der Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit ihres Gegenübers Respekt zollen. Es ist dabei wichtig sich bewusst zu sein, dass man sich zunächst fremden Lebensfelder annähert, vorerst nur, um sie kennenzulernen (o. S.).

Pantucek zitiert Hans Thiersch über das Erfordernis der Annäherung:

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in Lebensverhältnissen, d.h. in den gewöhnlichen, vielfältigen, alltäglich pragmatischen Verhältnissen und sucht, dass sie Menschen dort stabilisiert und kräftigt.“

(Thiersch, 1998; zit. in Pantucek, 2004, o. S.)

Um sich vorstellen zu können, wie man als Professioneller Veränderung erzeugt, braucht es Anweisungen oder Vorstellungen, was man nach erfolgter Annäherung tun bzw. nicht tun sollte. Klaus Obert (2016) veranschaulicht dies anhand eines Beispiels von Mitarbeitenden einer sozialpsychiatrischen Institution. Für ihn ist die Bewahrung und Festigung der Kommunikation zur Klientel für die Arbeit von Bedeutung. Damit wird auf die Entfaltung des Vertrauens in der Beziehung hingearbeitet (S. 228). Damit die Kommunikation erfolgreich geschehen kann, sind die Gespräche möglichst in einer angenehmen Atmosphäre durchzuführen. Sie soll *„Offenheit, Empathie und Verständigung“* begünstigen (ebd.). Dennoch bestehen zur ehrlichen Kommunikation gewisse Hindernisse, wie z.B. fehlende Einsicht seitens der Klientel bezüglich seiner Situation. Als professionelle Fachkraft soll man daher auch Themen ansprechen, die womöglich mit Widerstand von der Klientel aufgenommen werden, wie z.B. eventuelle Konsequenzen bei Nichteinhaltung bestimmter Abmachungen, die unangenehme Ereignisse nach sich ziehen können. Wo diese Gespräche durchgeführt werden, steht der Klientel frei- ob im Büro der Fachkraft oder bei ihnen zu Hause. Deshalb ist seitens der Professionellen Flexibilität verlangt und die Ehrlichkeit der Situation entsprechend zu strukturieren (ebd., S. 229).

Thiersch et al. (2012) unterscheiden sechs Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, die das professionelle Handeln strukturieren. Diese unterteilen sich in: 1. *Die erfahrene Zeit*; 2. *Der erfahrene Raum*; 3. *soziale Beziehungen*; 4. *alltägliche Bewältigungsaufgaben*; 5. *Hilfe zur Selbsthilfe* und 6. *gesellschaftliche Bedingungen*.

Mit der *erfahrenen Zeit* meinen sie, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich mit den Problemen und Bewältigungsaufgaben der Gegenwart der Klientel befassen. Denn die vorhandene Beziehung zur eigenen Biografie kann genauso prekär sein wie zu den Zukunftsmöglichkeiten (S. 187). Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wirkt auch in der Dimension "Raum". Der *erfahrene Raum*, in dem die Klientel eingegliedert ist, ist für jeden unterschiedlich und individuell. Professionelle sind tätig für die Formierung neuer Alternativen im bestehenden Lebensraum. Die bereits zur Verfügung stehenden Ressourcen und Möglichkeiten werden mit neuen ausgebaut zu werden versucht (ebd.). Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt nicht nur im vorgefundenen "Raum", sondern auch in Bezug auf die *sozialen Beziehungen* der Klientel. Sie wirkt auf die Möglichkeiten, die die sozialen Beziehungen verbergen, aber auch gleichzeitig auf die Belastungen, die in diesen bestehen können, ein. Als Beispiel wird die Elternarbeit genannt- die Kooperation der Eltern mit den Kindeseinrichtungen wird zur Ressource, wenn die Kinder mit ihren Eltern Probleme haben (ebd.).

Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit achtet besonders stark in den bisher genannten drei Dimensionen auf die *alltäglichen Bewältigungsaufgaben*, die gleichzeitig die vierte Dimension darstellt. Dabei steht die Alltagsausführung im Mittelpunkt, z.B. kleinere selbstverständliche Vorgänge wie Aufstehen, Essen, Freizeit. Es werden grundlegende Regeln geschaffen, um das Verhältnis zwischen Raum und Zeit mit sich selbst aber auch mit dem sozialen Umfeld (z.B. Familie oder Mitbewohner) zu gewährleisten (ebd.).

Bei der Hilfestellung von Personen wird darauf geachtet, dass diese sich weiterhin als "Subjekte ihrer Verhältnisse" wahrnehmen. Mit anderen Worten, werden die Personen, die auf Hilfe angewiesen sind, weiterhin als Persönlichkeit behandelt, die bewusst über Sachverhalte denken, diese erkennen und verändern kann. Dabei wird der Mensch zur *Selbsthilfe* motiviert. Indem Professionelle der betroffenen Person Vertrauen schenken, sie ermutigen und unterstützen, die alltäglichen Aufgaben erfolgreich zu meistern, arbeiten sie an dem Empowerment der Person. So identifiziert sich die Person mit den Erfolgen und festigt ihr Identitätsbild (ebd. 187-188).

Die letzte Dimension beschäftigt sich mit den *gesellschaftlichen Bedingungen*. Dabei ist die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nicht auf die Person selber konzentriert, sondern überprüft die Lebensräume und Strukturen, in der die Person lebt. Soziale Arbeit greift in politische und öffentliche Diskussionen ein, um die Verhältnisse des Lebens der Personen angemessener zu gestalten (ebd., S. 188)

Während die zuvor dargestellten Dimensionen tendenziell als Analysedimensionen Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit betrachtet werden können, können die von Thiersch et al. (2012) beschriebenen *vier Struktur- und Handlungsmaximen* als zentrale Wirkfaktoren und gleichzeitig Wirkbedingungen für den Beitrag Sozialer Arbeit zu einem gelingenderen Alltag bezeichnet werden. Die Strukturmaximen sind: 1. *Prävention*; 2. *Alltagsnähe*; 3. *Dezentralisierung*; 4. *Integration* (S.188).

Bei der speziellen *Prävention* wird versucht frühzeitig Unterstützung zu gewährleisten, bevor sich die schwierige Situation zuspitzt. Professionelle agieren nicht erst, wenn die Schwierigkeiten aufgetreten und konstant geblieben sind. Es wird schon bei den ersten Anzeichen in einer Situation überlegt, ob die Klientel überfordert sein könnte. Dies geschieht meist in äusserst anspruchsvollen Situationen. Mit der zweiten Strukturmaxime des "*Alltags*" wird für die Präsenz von Unterstützungsangeboten sowie

die Verfügbarkeit dieser Angebote gesorgt. Professionelle weisen die Klientel situationsgerecht der benötigten Fachstelle mit ihrem Spezialangebot zu (ebd., S. 189). Dies ist verknüpft mit der dritten Maxime. Bei der *Dezentralisierung* wird die Unterstützung "vor Ort" akzentuiert. Professionelle sollen gewährleisten, Leistungsvorgaben vor Ort zu sichern und zugänglich zu machen. Mit der letzten Strukturmaxime ist die Arbeit an der Gesellschaft angesprochen. *Integration* zielt darauf, an einer Gesellschaft ohne Exklusion, Unterwerfung und Apathie mitzuwirken. Wichtige Aufgabe ist es, menschliche gegenseitige Achtung vor den Abweichungen von der eigenen Lebenswelt zu fördern (ebd.). Dies stellt hohe Anforderungen an Professionelle, ist es doch eine grosse Herausforderung einer Mehrheitsgesellschaft, sich von ihren "Selbstverständlichkeiten" zu distanzieren.

Struktur- und Handlungsmaximen bedingen einander, d.h. Professionelle haben immer auch die Struktur Sozialer Arbeit zu berücksichtigen oder sind angehalten, diese zu schaffen oder zu erweitern, um wirksam handeln zu können. Schoch (2005a, c) beschreibt diese Handlungsmaximen ausführlich, die unterstreichen, was getan werden sollte: 1. *Vernetzen*; 2. *Einmischen*; 3. *Aushandeln* und 4. *Reflexion*. Mit der "*Vernetzung*" wird die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen und Institutionen, die evtl. auch an anderen Orten sind, betont. Die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen soll gut abgestimmt werden. Da es um die Vernetzung zwischen Institutionen an verschiedenen Orten geht, kann dies mit der Strukturmaxime der «Dezentralisierung» verknüpft werden und aufzeigen, wie die Gewährleistung von den Angeboten zugänglich für die Menschen gemacht werden kann (S.16). Als zweiter Punkt wird das "*Einmischen*" genannt. Dabei geht es um das Eingreifen von Institutionsmitarbeitenden in Angelegenheiten, die sie scheinbar nicht betreffen. Jedoch müssen die möglichen Konsequenzen und Folgen solcher Sachverhalte auf das Wohlbefinden und Lebensgefühl für die Betroffenen durchdacht werden. Stehen diese in Diskrepanz zum Wohlbefinden und Lebensgefühl, sind Professionelle gefordert sich "einzumischen" und zusammen mit anderen Involvierten tätig zu werden. Bei der "*Aushandlung*" wird nicht über die betroffene Person hinweg entschieden, was passiert und unternommen wird, sondern es wird *mit* ihr besprochen. Offene Kommunikation und Transparenz spielen dabei eine grosse Rolle: besprochen wird der Anlass für das Problem, ob und welche Veränderung angestrebt wird, wie diese zu realisieren ist, welche Normen eingehalten werden müssen, wie die Veränderung organisiert werden kann und wer was macht, etc. (ebd., S. 17). Dabei besteht das Risiko, dass die Aushandlung nicht immer einstimmig ist. Beim letzten Schritt der "*Reflexion*" geht es um die eigene Arbeit der Professionellen. Sie sind angehalten, ihr Vorgehen und ihre Entscheidungen stets zu reflektieren, um argumentieren zu können. D.h. in der Lage zu sein zu sagen, was sie warum wie tun, wie sie dies veranlassen und welche positiven Auswirkungen sie sich von ihren Handlungen auf die betroffenen Personen versprechen. Jedes Handeln sollte vor Institutionen und betroffenen Personen sowie deren Verwandten begründet werden können (ebd., S. 20).

Zusammenfassend zeigt dieser Abschnitt, dass Fragen zur Veränderung im Lebensweltorientierten Ansatz auf verschiedene Weise beantwortet werden. Das philosophische Konzept könnte als grundlegende Haltung in der Lebensweltorientierten Arbeit bezeichnet werden. Betont wird insbesondere die Orientierung an den Erfahrungen der Klientel, die Ausgangspunkt von Respekt, Einmischung, Aus- und Verhandlung, etc. ist. Pantucek und Obert beschreiben mit der Annäherung und der Vertrauensbildung wichtige Voraussetzungen auf der Beziehungsebene für die Intervention mit der Klientel.

Thiersch selbst beschreibt zum einen relevante Analysedimensionen, die Interventionen vorausgehen und verweist mit den Struktur- und Handlungsmaximen auf strukturelle Voraussetzungen erfolgreicher Sozialer Arbeit und ihrer Herstellung.

Deutlich wird damit, dass die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nicht nur mit den betroffenen Personen selber agiert. Es wird nicht nur das Individuum ins Zentrum gestellt, sondern auch seine ganze Umgebung. Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit versucht damit auf das Gesamt der erfahrenen Wirklichkeit der Klientel einzuwirken, d.h. die Lebenswelt und die Lebensverhältnisse der Klientel. In der Arbeit mit Individuen ist die Hilfe zur Selbsthilfe zentral.

4.2.4 Prozesssteuerungsverständnis

Im letzten Abschnitt, mit dem das Kapitel zu den Lebensweltorientierte Grundlagen abgeschlossen wird, steht die Gestaltung des Veränderungsprozesses im Zentrum, d.h. über welchen Ablauf von Handlungsschritten Veränderungen zu erreicht versucht werden.

Im vorigen Kapitel (vgl. Kap.4.2.3) wurde die Kommunikation zur Klientel und das Ansprechen von unangenehmen Themen angesprochen. Für die Prozesssteuerung heisst das, dass nachhaltiges Interesse und Nachfragen seitens der Professionellen gezeigt werden muss, um mit der Klientel erste Zeichen einer möglichen Krise erkennen zu können. Dies beinhaltet Verständigung und Vereinbarungen, für den Fall, dass es sich um eine Krise handelt. Wie auch schon angesprochen, bedarf es Flexibilität von den Professionellen. Nicht nur sollte die Gesprächsführung einseitig von der Klientel bestimmt werden, sondern auch Absprachen genügend Raum werden soll (Obert, 2016, S. 229). Gesprächsführung fungiert demnach nach einem dialogischen Prinzip. Es ist wichtig, Vereinbarungen in resistentem (stabilen) Zustand abzumachen, denn besonders in kritischen Situationen wird ausgiebige Interaktion abverlangt (ebd.). Wie Ansen (2016, S. 269) schreibt, ist es erforderlich, dass Professionelle sich über die Folgen und Auswirkungen, die die angebotene Unterstützung auf das Leben der betroffenen Person haben kann, bewusst sind.

Um bewusst zu machen, was in der Praxis zu tun ist, schlägt Thiersch (1993) für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit das Prinzip der strukturierten Offenheit vor. Dieses beinhaltet "ein Grundmuster lebensweltbestimmten sozialpädagogischen Handelns und ein spezifisches Kompetenzprofil" (S. 22). Von den Professionellen wird verlangt, sich auf die individuellen Einsichten und Verständnisse der Klientel bezüglich der Problemsituation und deren Lösungsmöglichkeiten zu orientieren. Dabei sollen auch die verfügbaren Fähigkeiten und Ressourcen gezielt wahrgenommen werden. D.h., sozialarbeiterisches Handeln ist "offen und situativ orientiert" (ebd.).

Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit baut auf die Kompetenz, den Sachverhalt entlang der genannten Dimensionen konkret zu erfassen, auf. Dabei listet Thiersch eine Reihe von Fähigkeiten auf, die für die Prüfung des Sachverhaltes von den Professionellen nötig sind. Sie sollen in der Lage sein, sich den gegebenen Verhältnissen zu stellen und versuchen diese gleichzeitig zu verstehen; vertrau-

ensvolle Beziehung zur Klientel aufzubauen und diese auch konstant zu halten; weiter gilt es, der Klientel Wahlmöglichkeiten anzubieten sowie in Problemsituationen und Auseinandersetzungen zu vermitteln (ebd.). Dies ist schliesslich der erste Punkt für das sozialarbeiterische Handeln – sich sehr bewusst, über die Voraussetzungen und die Fähigkeiten, die in einer bestimmter Situation verlangt werden, sein.

Als zweiten Punkt des Musters nennt Thiersch das Verständnis für Unwägbarkeiten. Die zuvor erwähnte Fähigkeit in Handlung zu kommen, birgt gewisse Risiken - nicht nur kostet es Anstrengung und Aufwand seitens der Professionellen, sondern kann überlastend und sogar "gefährlich" sein. Diese "Gefahr" besteht sowohl seitens der Professionellen als auch der Klientel. Einerseits treten die Professionelle in unbekannte Lebenswelten ein, wobei sie dieser Rechnung tragen und damit in ihr eigenes Weltbild integrieren sollen (z.B. für sie unbekannte Lebenswelten Drogenabhängiger). Die Gefahr in dieser Situation besteht darin, dass die Professionellen ihre Rolle in der Situation ausblenden (sich als Gleichgesinnter fühlen, z.B. als Jugendlicher in der Jugendarbeit.). Andererseits wird die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit als "gefährlich" auch für die Klientel bezeichnet. Denn die Professionelle agieren direkt in die Problemsituation in ihrem Versuch diese zu verstehen. Dies kann die Klientel dazu führen, sich den Professionellen ausgeliefert zu fühlen (ebd., S. 23). Wie Thiersch (1993) schrieb: "es braucht gesicherte, geklärte und transparente Arbeitsformen (...)" (S. 24).

Als dritten Punkt für ein strukturiertes Handeln nennt Thiersch (1993) die Notwendigkeit von Entlastungen und Sicherungen. Das lebensweltorientierte Handeln ist davon abhängig. Es bedarf des Rückgriffs auf "methodische Strukturierung". D.h. die Professionelle sollen über Kompetenzen verfügen ihre Aufgaben zu gliedern und diese zu priorisieren - sie werden divergent betont und präzisiert. Sie sollen von vornherein über Wissen verfügen, wie die Phasen im Arbeits- oder Förderungsprozess zu gestalten sind und welche Alternativen zur Verfügung stehen, um Ziele zu erreichen.

Doch wie passt dieses konkrete Vorwissen auf die situative Offenheit der Lebensweltorientierten Handels? Die Akzentuierung und Konkretisierung der Aufgaben gilt es stets auf die Situation abzustimmen. D.h. die Strukturierung wird der jeweiligen Situation angepasst und realisiert (ebd., S. 24).

Um die Sicherung zu gewährleisten bedarf es gemäss Thiersch (1993) schliesslich verbindlicher Abmachungen und die Einführung von Reflexion und Selbstreflexion in der täglichen Arbeit in Institutionen. Die abwechslungsreichen Verpflichtungen und Herausforderungen kann Professionelle dazu verführen, über ihre Befugnis hinaus handeln. Mit den offiziellen vertraglichen Abmachungen wird eine Sicherheit sowohl für die Professionellen als auch für die Klientel geschaffen, die klar machen, welche Erwartungen man zu erfüllen hat. Diese Abmachungen sind wiederum konkret auf die Situation abgestimmt und schaffen einen guten Anfang für die Lösung des Problems (S. 25). Die Reflexion soll auch vertraglich festgesetzt sein sowie zielgerichtet, denn es können verschiedene Aspekte der Arbeit reflektiert werden- die Begleitung der Klientel, die Beziehungsmuster, die Verfassung des Arbeitskonzepts, etc. (ebd., S. 25).

Zusammenfassend bedeutet Prozesssteuerung im Lebensweltorientierten Ansatz, inhaltsoffen, sozusagen neugierig, auf die Lebenswelt der Klientel zuzugehen. Auf der anderen Seite bedarf professionelles Handeln der Wissensstrukturierung zur Prüfung von Sachverhalte, der Beziehungsstrukturie-

rung sowie methodischer Strukturierung. Inhaltlich ist die methodische Strukturierung nicht genauer beschrieben.

5. Anwendungsbedingungen

Im folgenden Kapitel wird auf die Anwendungsbedingungen des Konzepts Lebensweltorientierung eingegangen. Auch hier wird die Zielgruppe der Lebensweltorientierung sowie ein Beispiel, wie die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit gehandhabt wird, dargestellt.

5.1 Wirksamkeit und Indikation

Im Werk von Grunwald und Thiersch (2016) sind diverse Adressaten und Adressatinnen erwähnt, mit denen die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zusammenarbeitet. Dies deutet auf die vielfältigen Bereiche hin, in denen die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zur Anwendung kommen kann. Die unterschiedlichen Bereiche haben je auch einen unterschiedlichen Fokus, wie z.B. Jugend, Erwachsene, alte Menschen, Familie, Gesundheit, etc., weshalb auch die Struktur- und Handlungsmaximen spezifisch ausgearbeitet werden sollen (ebd., S. 46). Zur Veranschaulichung werden einige Bereiche beispielhaft dargestellt. Bei *der Arbeit mit Familien und ihren Kindern* steht das Bewusstsein der Eltern über die Entwicklung ihrer Kindern im Vordergrund; wenn die Kinder z.B. Verhaltensauffälligkeiten zeigen, gilt es die Eltern darin zu unterstützen, selbst zu erkennen, welche Möglichkeiten die konkreten Lebensverhältnisse den Kindern bieten und wo Verbesserungspotenzial liegt (ebd., S. 47). Im Gegensatz dazu steht die *Arbeit mit älteren Menschen*. Bei ihr steht vor allem die Verhinderung von Isolation und Hilflosigkeit im Vordergrund. Dabei spielt nicht nur der Alltag der betroffenen Menschen eine Rolle, sondern auch jener ihrer Verwandten und Bekannten (ebd., S. 48).

Die Menschen, die die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit im Fokus hat, sind im Weiteren Straffällige; Menschen mit Migrationshintergrund, Suchterkrankte, Jugendliche beider Geschlechter sowie Patienten und Patientinnen in Kliniken (ebd., S. 5).

Darüber, ob und inwiefern Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wirksam ist, können an dieser Stelle keine Aussagen gemacht werden. Auf der Grundlage von Recherchen in üblichen Datenbanken für die Soziale Arbeit, wie content-select, fachportalpaedagogik.de und Springer, sowie den Veröffentlichungen von Hans Thiersch selber, konnten keine breit angelegten Studien und empirischen Nachweise gefunden werden. Zu finden sind jedoch Fallstudien, aus denen zumindest Wirkungen hervorgehen, wie das nachfolgende Beispiel zeigt.

5.2 Fallbeispiel

Da die Wurzeln der Lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Sozialpädagogik liegen und Thiersch selbst in der Erziehungswissenschaft und Pädagogik tätig ist, liegt es nahe, ein Fallbeispiel aus der sozialpädagogischen Familienhilfe zu schildern. Thiersch et al. (2012) beschreiben die Familienhilfe "als ein niederschwelliges und alltagsorientiertes Hilfeangebot" (S. 176). Sie schildern die Situation einer vierköpfigen Ausländerfamilie, die fixe Positionen zu haben scheint: Der Ehemann hat die Herrschaft in der Familie, die Ehefrau ist für den Haushalt und Kinder zuständig. Die Familie wohnt in engen Raumverhältnissen in einem problematischen Viertel einer Metropole. Das Ehepaar hat 2 Kinder, die Probleme in der Schule bzw. im Kindergarten haben. Während beim älteren Sohn kein Konsens bezüglich des Übertritts in einer Sonderschule erfolgen kann, da die Eltern eine Sonderbeschulung ausschliessen und noch keine Bereitschaft vorhanden ist, sich diesem Problem zu stellen, sind die Eltern bereit, zusammen mit dem Jugendamt am Problem des jüngeren Sohnes, der im Kindergarten ist, zu arbeiten (ebd., S. 176 - 179).

Die Familienhilfe hat zum Ziel, vorhandene Ressourcen zu mobilisieren und mögliche Ressourcen, die ausserhalb der Familie liegen, zugänglich zu machen. Dies wird durch nachhaltige und intensive Begleitung gewährleistet. Als erstes kommt die professionelle Familienhelferin zu der Familie, um sie besser kennenzulernen. Dies deckt sich mit der von Pantucek (2004) ausgeführte Annäherung als Anforderung für erfolgreiche Interventionen (vgl. Kap. 4.2.3.). Beim Hausbesuch konnte sie folgende Beobachtungen machen und Informationen erhalten: die Familie hat wenig Zeit- oder Raumstrukturen, d.h. keine festen Mahlzeiten sowie kein «Ort», an dem die Kinder ihre Schul- oder Spielsachen aufbewahren können. Die Dynamik zwischen den Eheleuten wurde erfasst: Weil die Frau sich täglich meist im Bett befindet, ärgert sich ihr Ehegatte. Dazu kommen belastende Faktoren, wie zum Beispiel ein fehlender Sozialkreis- keine Freunde, kein Besuch, kaum Kontakt zu den Nachbarn. Die restliche Familie befindet sich in Sizilien, die sie ein Mal jährlich besuchen. Es scheint so, dass sich Frau und Mann mit der Situation angefreundet haben und trotz schwierigen Verhältnissen einen für sie „normalen Alltag“ gefunden haben (Thiersch et al., 2012, S. 177). Die Schilderung von Obert (2016), dass für die erfolgreiche Kommunikation die Schaffung einer angenehmen und bekannten Atmosphäre wichtig ist, zeigt sich darin, dass die Klientel wählen kann, wo das Gespräch stattfindet (vgl. Kap. 4.2.3).

Wie Thiersch et al. (2012, S. 177) schildern, engagieren sich Familienhilfen für die Strukturierung des Raumes und der Zeit im Leben der Klientel und versuchen dazu auch die soziale Zugehörigkeit zu organisieren. Die Unterstützung erfolgt in vielen kleinen Schritten, denn der Prozess, Hilfe zu akzeptieren, bedeutet, sich auf die bevorstehenden Anpassungen und Neuheiten einzustellen und dabei auch mitzumachen. Als erstes ist die *Bildung einer Vertrauensbasis* wichtig. Diese gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Familie und Professionellen. Die Vertrauensbeziehung entsteht jedoch erst nach und nach und verlangt Respekt und Geduld seitens der Professionellen, umso mehr, als diese die Situation aufgrund ihrer Kompetenzen rasch erkennen können. Hilfe zur Selbsthilfe verlangt indes, dass die Familie selbst ihre Situation und darin vorkommende Probleme erkennt. Deshalb ist trotz dem inneren Drang der Professionellen "anzufangen", Geduld und Abwarten

gefragt (ebd., S. 177). Zunächst beobachtet die Professionelle die Familie und gliedert sich in die familiäre Situation ein - sie besucht sie regelmässig und unternimmt auch etwas mit den Kindern, die ihr offen begegnen. Der regelmässige Kontakt und das Erkunden der Lebensweise der Familie führen zum zweiten Schritt, bei der die Anerkennung des Anderen als Individuum eine Rolle spielt. Die Fachperson erkennt die anderen, einzigartigen und vielleicht nicht immer gewohnten Sachverhalte, in der die Familie lebt, an- zum Beispiel die etwas verschmutzte Teetasse, aus der sie trinken soll. Dies gibt Gelegenheit, Ideen für Veränderungsvorschläge zu entwickeln, in dem sie später z.B. das Angebot macht, den Abwasch gemeinsam zu erledigen. Dies deutet auf die Wichtigkeit hin, Respekt nicht nur für das Veränderungspotenzial zu zeigen, sondern auch für den bestehenden Lebenskontext der Klientel (ebd.).

Das im ersten und zweiten Handlungsschritt erwähnte Abwarten und Respektieren der Anderen steht in Wechselbeziehung mit den Erlebnissen der Familie. Zum Zeitpunkt, wenn diese Erlebnisse als positiv wahrgenommen und bewertet werden, ist die Familie in der Lage anzuerkennen, dass die vorgenommenen Veränderungen hilfreich sind. Zum Beispiel ist die Familienhelferin mit den Kindern draussen spielen gegangen, um der Enge der Wohnung etwas entgegenzusetzen. Das Zusammensein der Kinder mit der Familienhelferin bedrängte die Mutter, obwohl die Helferin sich darum bemühte, dass die Kinder sich auf ihre Mutter und nicht auf sie selbst konzentrieren. Indirekt wurde die Mutter auf diese Weise dazu motiviert, mehr Aktivitäten mit ihren Kindern zu unternehmen.

Die kleinen Erfolgserlebnisse versetzten die Mutter in die Lage, sich mehr um die Wohnung zu kümmern und auch wieder mit der Zubereitung frischer Gerichte zu beginnen. Da die professionelle Familienhelferin sich inzwischen in der Familie integriert hat, machte sich die Familie zur Gewohnheit, mit ihr offen zu reden, ihre Fragen zu beantworten und sich ihre Vorschläge anzuhören. Was das soziale Umfeld der Frau betrifft, die sich immer in der engen Wohnung befand, gelang es die Familienhelferin, sie mit einer Frauengruppe bekannt zu machen, wo sie auch Kontakte ausserhalb der Familie pflegen konnte (ebd., S. 178)

Die Familienhelferin versuchte mit ihren professionellen Fachkenntnissen das Leben der Familie (mittels das Zusammenwirken mit ihr) neu zu strukturieren, damit ein funktionierender und von Erfolgserlebnissen getragener Alltag realisierbar wird. Wie schon am Anfang dieses Kapitels erwähnt, hatte die Familienhelferin zum Ziel, die in der Familie vorhandenen Ressourcen zu nutzen und zu aktivieren. Ressourcen nahm die Helferin anfänglich vor allem bei den Kindern wahr. Sie waren vertrauensvoll und offen gegenüber der Helferin, zeigten keine Scheu oder Ängstlichkeit und zeigten sich offen gegenüber neue Aktivitäten (ebd.).

Nimmt man die Handlungsmaximen in den Blick (vgl. Kap. 4.2.4), stellen sich diese im beschriebenen Fallbeispiel so dar: Das "Vernetzen" geschieht bereits am "Problemort", nämlich im Kindergarten. Es findet eine Vernetzung zwischen den involvierten Akteuren in der Problemsituation statt – die Lehrerin, die Familie (Ehepaar) und das Jugendamt. Anschliessend "mischt" sich die Familienhelferin in die Situation ein und es wird zusammen mit der Familie „ausgehandelt“, wie die Kommunikation und Zusammenarbeit funktionieren soll. Das „Reflektieren“ ist im Beispiel nicht ausdrücklich erwähnt. Jedoch

ist anzunehmen, dass dies sowohl im Handlungsprozess sowie nach abgeschlossener Arbeit stattfindet, damit Stolpersteine oder Verbesserungspotenziale in der Arbeit erkannt werden können.

Zusammenfassend lässt sich folgern, dass das Handlungskonzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit offen für jeden Mensch und seine Lebensverhältnisse ist - egal ob jung oder alt, weiblich oder männlich, gesund oder krank. Es realisiert damit den theoretischen Anspruch der Alltags- und Lebensweltorientierung.

6. Gegenüberstellung zwischen dem **Recovery Ansatz** und **der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit**

Im folgenden Kapitel werden die Überlegungen der Verfasserin in Bezug auf beide Konzepte erörtert. Zunächst wird der Vergleich zwischen den zwei Konzepten vorgenommen, wobei zunächst die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten versucht werden. Insbesondere können festgestellte Unterschiede die Hauptfrage dieser Arbeit - ob das Recovery Modell die Lebensweltorientierte Sozialer Arbeit bereichern kann- beantworten, was Thema des Abschnitts 6.2 ist. Schliesslich wird - sofern im Sinne der Zielsetzung dieser Arbeit inhaltliche oder methodische Lücken des Lebensweltorientierten Ansatzes aufgefunden werden können- der Nutzen von Recovery für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit aufzuzeigen versucht.

6.1 Komparation

Der Recovery Behandlungsansatz und die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wurden beide in den 90er Jahren in der Fachwelt bekannt und in der Literatur etabliert. Ihre Wurzeln reichen jedoch früher zurück – erste Ideen des Recovery Ansatzes tauchten im 19. Jahrhundert auf; Lebensweltorientierte Soziale Arbeit entwickelte sich in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Dies deutet auf stetige Veränderungen von Gesellschaft und Politik sowie die lange, herausfordernde Durchsetzung von Ideen in der Gesellschaft. Da gesellschaftliche Veränderungen unumgänglich sind, entwickelten sich folglich beide Konzepte auf der Grundlage gesellschaftlicher Bewegungen weiter- jedoch aus zwei verschiedenen Perspektiven. Während Recovery von der Klientel 'selber'- als Betroffene- entwickelt wurde, wurde die Lebensweltorientierte von 'der anderen Seite' - der Seite der Professionellen- herausgearbeitet. Trotz unterschiedlicher Entstehungsperspektiven haben beide Konzepte einen ähnlichen Fokus. Im Mittelpunkt stehen die Patienten und Patientinnen sowie die Klientel- kurz gesagt, der Mensch als Subjekt.

Gemäss Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit ist der Mensch fähig zu einem gelingenden Alltag. Sein Verhalten wird von seinen Bedürfnissen, Anliegen sowie seinen Zielen in seinem Alltag beeinflusst. Er agiert in einer Welt, die schon von anderen vor ihm geprägt wurde. Diese vorhandenen Sinnmuster, die soziokulturell geformt wurden, beeinflussen seine Weltwahrnehmung. Der Mensch steht objektiven

Strukturen gegenüber, seinen *Lebensverhältnissen*, die Ergebnis seiner Position in der gesellschaftlichen Struktur sind. Hier muss er sich zurechtfinden. Die Lebensverhältnisse beeinflussen seine Handlungen, die wiederum die Verhältnisse beeinflussen. Die Wechselwirkung zwischen der eigenen Wahrnehmung und der Umwelt zeigt, dass die Lebenswelt des Menschen, wie sie Thiersch betrachtet, eine Schnittstelle von Objektivem und Subjektivem ist (vgl. Kap. 4.2.1). Auch im Recovery Ansatz wird der Mensch als sinn- und handlungsorientiertes sowie beziehungsorientiertes Wesen wahrgenommen. Selbst bei einer psychischen Erkrankung ist er zur ‚Transformation seines Selbst‘ und zu sozialem Recovery in der Lage. Hierfür ist er allerdings auf soziale Beziehungen angewiesen (vgl. Kap. 2.2.1; 1.2).

Beide Konzepte fokussieren auf konkrete Lebensdimensionen als wichtige Einflussbereiche auf den Menschen: die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf Dimensionen wie Zeit, Raum, soziale Beziehungen und soziale Teilhabe; Recovery auf die Dimensionen Familie und soziale Teilhabe (vgl. Kap. 4.2.3; 2.2.3). Bei der professionellen Arbeit gilt es dementsprechend, diese Einflussbereiche in der Analyse und Intervention zu berücksichtigen und dabei die Tatsachen und Alternativen (bei der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit) bzw. die gegenwärtigen und die zu entfaltenden Potenziale (bei Recovery) zu verknüpfen, sie also in Beziehung zueinander zu setzen.

Es ist offensichtlich, dass sich die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit und Recovery mit unterschiedlichen Problemstellungen beschäftigt. Während Gegenstand von Recovery psychische bzw. psychopathologische Problemen sind, stehen bei der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit die praktischen Alltagsprobleme im Mittelpunkt. Die Alltagsprobleme entstehen infolge des Verlusts von Denk- und Handlungsrouninen, mit Hilfe derer der Alltag bewältigt werden kann, und dies schafft Leiden, wenn keine Ressourcen zur Kompensation des Verlusts zur Verfügung stehen. Somit leidet der Mensch an seinen Verhältnissen. Die soziale Ungleichheit, ungleiche Verteilung der Lebenschancen sowie die Auflösung von traditionellen Ordnungsmustern können die Zunahme des Verlusts der Menschen an Orientierung und Alltagsrouninen erklären. Die heutige Alltagsbewältigung ist mit komplexeren und anspruchsvolleren Voraussetzungen verbunden als früher (vgl. Kap. 4.2.2).

Während die Beschäftigung mit Lebensverhältnisse Kern der Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist, befasst sich Recovery als Schwerpunkt sozusagen mit den Denk- und Handlungsrouninen psychisch erkrankter Menschen. Auch hier werden gesellschaftliche Prozesse, namentlich Stigmatisierungsprozesse, als Erschwernis für die Genesung der Betroffenen gesehen. Der Ansatz konzentriert sich aber vor allem auf die psychischen Prozesse, die für die Genesung bedeutsam sind (vgl. Kap. 2.2.2). Demgegenüber sind es soziale, kulturelle, ökonomische, ökologische Gegebenheiten und Prozesse als Aspekte von Lebensverhältnissen, auf die im Lebensweltorientierten Ansatz zuvorderst eingewirkt werden soll.

Interessant ist, dass trotz der unterschiedlichen Problematik im Hinblick auf die Konzeption der Aufrechterhaltung und Veränderung psychosozialer Probleme bestimmte Parallelen bestehen. Das Ausgeliefertsein in Bezug auf die persönliche Situation ist das übliche innere Gefühl, in dem die Professionellen die Patienten und Patientinnen oder die Klientel vorfinden – gemäss der Beschreibung des Recovery Ansatzes fühlen sich die Menschen ihrer psychischen Störung und gemäss Lebensweltori-

enterte Sicht ihren Lebensverhältnissen ausgeliefert. Das Ausgeliefertsein wird in beiden Ansätzen nicht einseitig auf Unfähigkeiten der problembelasteten Personen zurückgeführt, sondern als komplexes Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt. Hieran dürfte es - zusammen mit dem ähnlichen Menschenbild- liegen, dass es durchaus auch im Interventions- und Prozesssteuerungsverständnisses Parallelen gibt.

In Bezug auf den Recovery Ansatz wurden die Vernetzung, die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht, die Betonung von Stärken und Ressourcen, die Förderung, die Förderung von Selbstbefähigung und Selbstwirksamkeit, die Wertschätzung sowie die Förderung, den Sinn der bisherigen Erfahrung begrifflich zu machen, als zentrale Aspekte der Intervention erarbeitet. Für die Prozesssteuerung wurden Beziehungsaufbau, Verbindlichkeiten herstellen, das Ansprechen von eingetretenen Veränderungen, das Spiegeln von Ambivalenzen, die Unterstützung beim Durchhalten geben, herausgearbeitet. In *Recovery in der Praxis* (Kap. 3.2) ist andeutungsweise beschrieben, wie die Interventionen eingesetzt werden. So spielt die Betonung von Stärken und Ressourcen zur Unterstützung beim Durchhalten eine Rolle, wird von Beginn des Klinikeintritts an auf das Vernetzen Wert gelegt oder geht es um Wertschätzung während des Beziehungsaufbaus; das Ansprechen von eingetretenen Veränderungen und die Unterstützung zum Durchhalten geht mit der Vermittlung von Zuversicht sowie der Betonung von Stärken einher. Sieht man von der Begrifflichkeit ab (CHIME Prinzipien vs. Handlungsmaximen), so geschieht Vergleichbares im *Fallbeispiel* zur Lebensweltorientierten Arbeit (Kap. 5.2). So findet auch hier zu Beginn Vernetzung statt, widmet sich die Sozialarbeiterin intensiv dem Beziehungsaufbau mittels Abwarten und Respektieren, wird am Sinn bisheriger Erfahrung gearbeitet, wenn die Sozialarbeiterin auf die Probleme der Familie eingeht, macht sie auf Ressourcen aufmerksam, wenn sie mit den Kindern spielen geht.

Dass beide Fallbeschreibungen die Kombination von Prozess und Interventionshandlungen nur rudimentär beschreiben, zeigt meines Erachtens an, dass die Vorgabe von Handlungsprinzipien bzw. –maximen für professionelles Handeln für hinreichend gehalten wird; Professionelle also selbst wissen sollten, wann sie welche Methoden (in welcher Phase) einsetzen.

Worin bestehen nun Unterschiede?

6.2 Kann Recovery die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erweitern?

Wie oben angemerkt, lässt sich die Frage am besten über einen Untersuchungsfokus auf Unterschiede herausarbeiten. Dies fällt in Anbetracht der festgestellten Gemeinsamkeiten nicht leicht.

Auf einen offensichtlichen Unterschied wurde im vorigen Abschnitt hingewiesen – Recovery und Lebensweltorientierte Soziale Arbeit unterscheiden sich in ihrem Gegenstand. Offensichtlich ist in Folge dessen auch, dass sich die Ziele unterscheiden.

Das Ziel der Sozialen Arbeit besteht darin, einen Beitrag zum gelingenderen Alltag zu leisten. Es bezieht sich auf alle Menschen, die in der modernen Welt mit ihrer Freiheit umgehen lernen müssen. Die Lebensweltorientierung versucht durch das professionelle Handeln die 'alltägliche Bewältigungsaufgaben' zu strukturieren und setzt dabei an der in der Regel problematisch erfahrenen Wirklichkeit der Klientel an, um dieser mittels alltagsnaher Analyse und Interventionen zu verhelfen, neue, positiv besetzte Perspektiven zu entwickeln. Obwohl Thiersch behauptet, dass ein Grundmuster methodischen Handelns vorliegt, scheint mir dies nicht so. Im Text ‚Strukturierte Offenheit‘ (1993, 11-28) lässt sich kein solches Muster finden, eher ist dies für die sozialpädagogische Beratung der Fall (vgl. Michael Galuske 2013, S. 172-179).

Das Ziel des Recovery Ansatzes ist wesentlich spezifischer. Recovery beschränkt sich auf psychisch Erkrankte und hat zum Ziel, Menschen dabei zu unterstützen, wieder ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, samt erkrankungsbedingter Einschränkungen. Anliegen ist es, die Betroffenen wieder zu befähigen, ihre Lebensverantwortung zu übernehmen, ihre eigene Identität umzuformen und eine positive Identität aufzubauen. Dazu tragen auch Faktoren wie Familie, soziale Kontakte und Arbeit bei. Auch hier bildet die erfahrene Wirklichkeit mit der Krankheit den Ausgangspunkt für die Behandlung. Im Unterschied zum Lebensweltorientierten Ansatz, in dem diese nur dann Gegenstand der Intervention wird, wenn von einem bornierten Alltag gesprochen werden kann, bildet sie im Recovery Ansatz aber auch stets das Ziel der Interventionen. Ein Grundmuster für die Prozesssteuerung liegt hierzu vor (vgl. Kap. 2.2.4; 3.2).

Zwangsläufig wirft dies mehrere Fragen auf: Sind psychisch Erkrankte borniert? Ist die Verwendung des Recovery Ansatzes in der Sozialen Arbeit überhaupt legitim? Nachfolgend wird der Nutzen von Recovery für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit diskutiert.

6.3 Nutzen von Recovery für die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Die aufgeworfenen Fragen machen darauf aufmerksam, dass der Vergleich von Behandlungs- bzw. Interventionsansätzen aus unterschiedlichen Disziplinen sorgfältig gehandhabt werden muss. Begriffe wie ‚bornierter Alltag‘ oder ‚psychische Erkrankung‘ können nicht einfach in verschiedene theoretische Kontexte übertragen werden. Der ‚bornierte Alltag‘ darf entsprechend nur im kritisch alltagstheoretischen Sinn aufgefasst werden. Ist man sich dessen bewusst, kann der Recovery Behandlungsansatz in der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit aus mehreren Gründen durchaus einen Platz finden.

Dafür spricht, dass Ohnmachtserfahrungen häufig auch den Ausgangspunkt der sozialarbeiterischen Tätigkeit bilden und Empowerment im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe in der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ein zentraler Aspekt dieser Ausprägung Sozialer Arbeit ist.

Weiter spricht dafür, dass Ohnmachtserfahrungen meist auch mit Widerstand gegenüber einer Veränderung verbunden sind, was bedeutet, dass auch Fachpersonen Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit nicht ohne Kenntnisse psychischer Aspekte von Veränderungen auskommen. Deutlich wurde dies im Fallbeispiel (Kap. 5.2). Die Fokussierung vom Recovery Behandlungsansatz auf den Menschen und seine emotionalen und kognitiven Prozesse ermöglichen Professionellen, die psychische Perspektive der Betroffenen theoretisch zu erfassen. Hierin liegt ein Zugewinn gegenüber der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, welche darauf zielt, die Perspektive der Klientel in Bezug auf die externen Faktoren und Verhältnisse einzunehmen und zu verstehen und zu deuten.

Durchaus zu würdigen ist es, dass im Ansatz der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit der Ansatz zur Veränderung nicht stets im Individuum verortet wird. Dennoch - und meines Erachtens würde Thiersch dem bestimmt zustimmen- würde das Selbst im Hilfeprozess ausgeblendet, würden Menschen mehr noch auf externe Hilfe angewiesen sein und kaum in die Lage versetzt, selbständig Sachverhalte zu analysieren, innere Hindernisse gründlich zu überprüfen und zu überwinden.

Umgekehrt: Im Recovery sind die Betroffenen meist auf Institutionen angewiesen, die sie auf die Möglichkeiten der Durchführung von Recovery hinweisen kann. Würde sich Recovery in der Sozialen Arbeit verbreiten, käme dies der Maxime von der Alltagsnähe und Dezentralisierung der Hilfe entgegen. Die Berechtigung dazu hat Soziale Arbeit eingedenk des sozialen Recoverys, in dem es um das Erlangen wirtschaftlicher, häuslicher und geringer Sozialstörung geht.

Insbesondere aber dort, wo Professionelle der Sozialen Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Personen zu tun hat, kann der Anspruch der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit auf Recovery-Arbeit durchgesetzt werden, entspricht er doch Beratungsansätzen, die in der Sozialen Arbeit zur Anwendung gelangen (vgl. z.B. Galuske, 2013, S. 172-179).

7. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wird eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse der Verfasserin dieser Bachelorarbeit vorgenommen, wobei insbesondere Schlussfolgerungen für die Praxis gemacht sowie Ideen zur möglichen weiteren Bearbeitung des Themas angesprochen werden.

Es ist oft, wenn nicht sogar immer, schwierig Konzeptionen verschiedener Disziplinen zu vergleichen und diese miteinander zu verknüpfen. Sind jedoch gewisse Parallelen in den Grundhaltungen erkennbar, kann durchaus an die Möglichkeit der Zusammenführung der Deutungs- und Handlungsvorstellungen gedacht werden. In dieser Arbeit wurde deutlich, dass Grundhaltungen vor allem mit dem Menschenbild einer Disziplin und Profession zusammenhängen. Besteht diesbezüglich ein gewisser Konsens, wie dies bei Recovery und Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit zum Ausdruck kam, wird nachvollziehbar, dass die kognitive und emotionale Perspektive der Betroffenen eine sehr grosse Rolle in der professionellen Arbeit spielt. Unabhängig von der Situation, in der sich die Klientel befindet und in welchem Bereich - Finanzen, Wohnen, Versicherungen, etc. - sie Unterstützung benötigen, ist es dann wichtig, die psychische Perspektive der Klientel zu erfassen und hiervon ausgehend bzw. mit

ihnen Veränderungen zu planen. Menschen, die Hilfe in Anspruch nehmen, werden so dazu befähigt, sich wieder selbst zurechtzufinden und laufen weniger Gefahr, von Hilfe abhängig zu werden.

Im Schreibprozess dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass die Lebensweltorientierte Sozialen Arbeit Hilfe seitens Sozialer Arbeit auf sehr abstraktem Niveau formuliert. U. a. ist dies darauf zurückzuführen, dass sie sich für Alltagsprobleme aller Menschen zuständig erklärt (z.B. Suchterkrankte, Jugendliche, Alte, Wohnungslose, Gesundheitsangeschlagene- psychisch wie auch physisch, etc.). Bei ihrer Annahme, dass menschliches Verhalten objektiv nicht erfassbar ist, ist begreiflich, dass eine Konkretisierung erst von Fall zu Fall vorgenommen werden kann. 'Alltag' ist zudem ein weiter Begriff und beinhaltet alles, was den Mensch beschäftigt – positiv und negativ. In der Folge ist es Aufgabe der Professionellen, den Alltag einer spezifischen Klientel zu konkretisieren und die vorgeschlagenen Struktur- und Handlungsmaximen auf die Probleme der Klientel herunterzubrechen. Hegt die Disziplin Soziale Arbeit keine weiteren Ansprüche als jene, den Alltag von der Klientel her, mit Bezug auf spezifische Dimensionen zu erfassen und Probleme entlang der vorgeschlagenen Struktur- und Handlungsmaximen ohne weitere inhaltliche und methodische Vorgaben zu vorzugeben, bleibt viel Spielraum.

Der Recovery Prozess als Behandlungsansatz für die identitätsgerichtete Arbeit mit psychisch Erkrankten erweist sich als Ansatz, der diesen Spielraum im Sinne der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit erfüllt. Es konnte gezeigt werden, dass er weder dem Menschbild, noch dem Gegenstands-, Interventions- und Prozesssteuerungsverständnis Lebensweltorientierter Arbeit widerspricht.

Ob dieser Ansatz Eingang in die Praxis Sozialer Arbeit findet, ist ungewiss, jedenfalls dann, wenn die Disziplin Sozialer Arbeit die Integration fachfremder Behandlungsansätze und Methoden nicht zu ihrer Sache macht. Es bleibt den einzelnen Sozialarbeitenden überlassen, Kompatibles und Inkompatibles festzustellen. Ob die Bereitschaft in der Praxis, diesen Mehraufwand dahin zu leisten, ob Ressourcen dazu zur Verfügung stehen, muss hinterfragt werden.

Der Nutzen von Recovery für die Lebensweltorientierte Sozialen Arbeit wurde in der vorliegenden Arbeit systematisch darzulegen versucht. Noch einmal zusammengefasst besteht dieser, nebst dem Vorliegen eines empirisch relativ gut abgestützten Instrumentariums für die identitäts-, im Weiteren ressourcenorientierte Arbeit mit psychisch Erkrankten, darin, ein relativ klar umrissenes Vorgehen zur Verfügung zu haben, das auch der Klientel der Sozialen Arbeit zugutekommt. Denn auch diese befinden sich häufig in Situationen, die von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Verdrängung der Realität, Sinnlosigkeit und Ohnmacht gekennzeichnet sind.

Es bleibt Professionellen vorbehalten, mit dem Ansatz in der Praxis zu experimentieren und der Forschung zu prüfen, ob sich dieser Ansatz in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bewähren kann. Möglicherweise können, sofern sich der Ansatz auch in der Praxis durchsetzen kann, künftige Bachelorarbeiten einen Beitrag dazu leisten.

8. Literaturverzeichnis

- ❖ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition)*. Washington: American Psychiatric Association. Gefunden unter <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
- ❖ Amering, Michaela & Schmolke, Margit (2006). *Hoffnung – Macht – Sinn Recovery-Konzepte in der Psychiatrie*. Gefunden unter <https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/referate/Hoffnung%20-%20Macht%20-%20Sinn,%20Recovery-Konzepte%20in%20der%20Psychiatrie.pdf>
- ❖ Amering, Michaela & Schmolke, Margit (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ❖ Ann McCranie (ohne Jahr). *Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementations of a "New" Services Movement*. Gefunden unter www.annmccranie.net/site/McCranie_Recovery.pdf
- ❖ Ansen, Harald (2016). Armut und Lebensweltorientierung. In Klaus Grunwald & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (3. Aufl.)* (S. 267-277). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag,
- ❖ Anthony, William (1993). *Toward a Vision of Recovery. For Mental Health and Rehabilitation Services*. Gefunden unter <http://mha.ohio.gov/Portals/0/assets/Supports/RecoverytoWork/toward-a-vision-of-recovery.pdf>
- ❖ Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis Professionellen*. Bern: Avenir Social – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz
- ❖ Barker, Phil & Buchanan-Barker, Poppy (2013). *Das Gezeitenmodell der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.
- ❖ Bening, Uwe & Schläppi Sabine (2016). *Positionspapier Recovery*. Pro Mente Sana. Gefunden unter https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Politisches_Medien/Positionspapiere/Positionspapier_Recovery_2016_April.pdf
- ❖ Böhnke Petra (2015) in Ansen, Harald (2016). Armut und Lebensweltorientierung. In Klaus Grunwald & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (3. Aufl.)* (S.267-277). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag
- ❖ Deegan, Patricia (ohne Jahr). *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*. Gefunden unter <https://www.nami.org/getattachment/Extranet/Education,-Training-and-Outreach-Programs/Signature-Classes/NAMI-Homefront/HF-Additional-Resources/HF15AR6LivedExpRehab.pdf>
- ❖ Dümmler, Wiltrud & Sennekamp, Winfried (2013). *Recovery im psychiatrischen Wohnheim. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung*. Freiburg: Centaurus Verlag. ISBN 978-3-86226-922-8

- ❖ Fahrenberg, Jochen (2018). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Gefunden unter <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/menschenbilder>
- ❖ Gahleitner, Silke Birgitta, Hahn, Gernot & Glemser, Rolf (Hrsg.) (2014). *Psychosoziale Interventionen Klinische Sozialarbeit*. Köln: Psychiatrie Verlag
- ❖ Galuske, Michael (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (10. Aufl.)*. Weinheim und München: Beltz Verlag.
- ❖ Gregusch, Petra (2013). *Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitsspezifische Methode*. Bonn: social net. Gefunden unter <http://www.socialnet.de/materialien/attach/203.pdf>
- ❖ Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hrsg.) (2004). *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa Verlag. ISBN 978-3-7799-1524-9
- ❖ Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (Hrsg.) (2016). *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (3. Aufl.)*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- ❖ Indermaur, Esther (2016). *Recoveryorientierte Pflege bei Suchterkrankungen*. 1. Auflage (better care, 5). Köln: Psychiatrie Verlag.
- ❖ Kammer-Spohn, Michael (2013, 18.09). «Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie». *Schweizerische Ärztezeitung*. Gefunden unter http://www.psych.ch/fileadmin/templates/publikationen/Fachartikel/Recovery-_SAEZ-01580.pdf
- ❖ Knuf, Andreas (2016). *Empowerment und Recovery*. 5.erweiterte Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ❖ Kraus, Bjöm (ohne Datum). *Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft*. Gefunden unter <http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf>
- ❖ Leamy, Mary, Bird, Victoria, Le Boutillier, Clair, Williams, Julie & Slade, Mike (2011, Dezember). «Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis». *The British Journal of Psychiatry*. Gefunden unter <https://socialstyrelsen.dk/filer/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/445-full.pdf>
- ❖ Lieber Recovery Klinik (2018). *Recovery Coaching*. Gefunden unter <https://www.lieberclinic.com/recovery-coaching>
- ❖ Medalia, Alice (2013). Recovery-Trainer begleiten Menschen mit Psychosen. Das Modell der Liber-Recovery Klinik in New York. In Christian Burr, Michael Schulz, Andréa Winter, & Gianfranco Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 174-188). Köln: Psychiatrie Verlag.
- ❖ Mengedoth, Ralf (2005). *Das Konzept der Lebensweltorientierung*. Gefunden unter <http://www.ejhschweicheln.de/uploads/Ambulant/KonzeptLWO.pdf>
- ❖ Mental Health Foundation (2000). *Strategies for living*. Mental Health Foundation. London. Gefunden unter <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/strategies-living-update>

- ❖ Mutzeck, Wolfgang (2002). *Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag*. 5. aktualisierte Neuaufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- ❖ Obert Klaus (2016). Lebensweltorientierung in der Sozialpsychiatrie. In Klaus Grunwald & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfelder* (3. Aufl.) (S.221-233). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag,
- ❖ Obrecht, Werner & Gregusch, Petra (2003). *Wofür ist Lösungsorientierung eine Lösung? Ein Beitrag zur sozialarbeitswissenschaftlichen Evaluation einer therapeutischen Methode*. *Archiv für Wissenschaft und Praxis Sozialer Arbeit*, 33 (1); S.61-93.
- ❖ Opler, Lewis (2015). *Recovery From Serious Mental Illness*. Gefunden unter: https://www.researchgate.net/profile/Lewis_Opler3/post/Does_anyone_know_of_mental_health_professionals_who_self-disclose_about_having_experienced_schizophrenia/attachment/59d621b879197b807798016d/AS%3A297930490695681%401448043572391/download/RECOVERYfromSERIOUS_MI.2015.ppt
- ❖ Pantucek, Peter (2004). *Lebensweltbezogene Methoden in der Kinder- und Jugendarbeit als Handlungsorientierung und -anleitung*. Gefunden unter <http://www.pantucek.com/texte/2005lebenswelt.htm>
- ❖ Sahle, Rita (2004). Paradigmen der Sozialen Arbeit- ein Vergleich. In Mühlum A. (Hrsg.). *Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit* (S.295-332). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- ❖ Schoch, Bernhard (2005a). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – eine Einführung*. Gefunden unter <http://fachschnlpaedagogik.de/images/Handout%20LWO%20Einf%FChrung.pdf>
- ❖ Schoch, Bernhard (2005b). *Lebensweltorientierung: theoretische Hintergründe*. Gefunden unter <http://fachschnlpaedagogik.de/images/Handout%20LWO%20Theoriematrix.pdf>
- ❖ Schoch, Bernhard (2005c). *Maximen des Konzepts "Lebensweltorientierung"- kindgerecht erklärt*. Gefunden unter <http://fachschnlpaedagogik.de/articles/lwolight.pdf>
- ❖ Schumacher, Bernd (1995). *Die Balance der Unterscheidung. Zur Form systemischer Beratung und Supervision*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- ❖ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). *Dauer der Spitalaufenthalte bei psychischen Erkrankungen*. Gefunden unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/dauer-der-spitalaufenthalte-bei-psychischen-erkrankungen>
- ❖ Segal, Steven, Silverman, Carol & Temkin Tanya (2010). *Self-Help and Community Mental Health Agency Outcomes: A Recovery-Focused Randomized Controlled Trial*. Gefunden unter <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.9.905>
- ❖ South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2010). *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*. London: SLAM/SWLSTG Gefunden unter <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Recovery%20is%20for%20all.pdf>
- ❖ Stitz, Anika (2015). *Recovery und Klinische Sozialarbeit*. ZKS Verlag. Gefunden unter <https://opus4.bsz-bw.de/fhdo/files/68/Anika-Stitz-Recovery-und-Klinische-Sozialarbeit.pdf>

- ❖ Thiersch Hans (1993). Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In Rauschenbach Thomas, Ortmann, Friedrich & Karsten, Maria-Eleonora (Hrsg.), *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit* (S.11-28). Weinheim und München: Juventa Verlag

- ❖ Thiersch, Hans, Grunwald, Klaus & Köngeter Stefan (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch (4. Aufl.)*. Wiesbaden: Springer VS. ISBN 978-3-531-18616-0

- ❖ Thiersch, Hans (2015). *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

- ❖ Wanner, Martina (2016). Gesundheit und Lebensweltorientierung. In Klaus Grunwald, & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (3. Aufl)* (S.200-212). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

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