

Recovery

Darstellung eines Ansatzes für die Zusammenarbeit mit
Menschen mit psychischer Beeinträchtigung



Bachelorarbeit der

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Zoe Indergand und Salome Locher

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang **Sozialarbeit & Sozialpädagogik**

Kurs **VZ 2017-2020**

Name/n **Zoe Indergand und Salome Locher**

Haupttitel BA Recovery

**Untertitel BA Darstellung eines Ansatzes für die Zusammenarbeit mit Menschen mit
psychischer Beeinträchtigung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2020 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik**.

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 und sozialpädagogisches 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 Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2020

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Danksagung

Die Interviews bilden das Herzstück der folgenden Forschungsarbeit und waren Grundvoraussetzung für ein gelingendes Endresultat. Daher gebührt der grösste Dank den Expert*innen Uwe Bening der Schweizer Stiftung *Pro Mente Sana*, Susanne Lanz und Yolanda Doran vom Verein *traversa* und Martin Fluder der *Luzerner Psychiatrie*. Durch die Durchführung der Interviews gewähren Sie uns Zugang zu ihrem Erfahrungswissen und ermöglichen eine spannende und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Recovery. Wir bedanken uns ebenfalls bei Anita Nelson, Beat Schmocker und Mario Störkle für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik anlässlich der jeweiligen Fachpoolgespräche und Coachings. Die Dialoge trugen wesentlich zur Komplementierung der Bachelorarbeit bei. Bei Lisa Wiederkehr bedanken wir uns für das Lektorat der vorliegenden Bachelorarbeit. Zum Schluss bedanken wir uns bei allen indirekt involvierten Personen unseres Umfeldes für den Support, die Geduld und das entgegengebrachte Verständnis.

Abstract

Die Soziale Arbeit ist so vielfältig, wie dem darin zu begegnenden Klientel. Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind fester Bestandteil der Gesellschaft und noch immer von Stigmatisierung und sozialem Ausschluss betroffen. Diese Stigmatisierung betrifft die weitverbreitete Ansicht, dass die Betroffenen von ihrer psychischen Beeinträchtigung nicht genesen können. Der Recovery-Ansatz wirkt dieser Stigmatisierung entgegen, indem er Menschen Mut und Hoffnung vermittelt und sie in ihren gesunden und funktionierenden Anteilen stärkt. Das Ziel liegt in einer möglichst hohen Lebensqualität, trotz und mit einer psychischen Beeinträchtigung. Mit Recovery ist der individuelle und persönliche Genesungsweg gemeint. Die Forschung bewegte sich entlang der Frage «Inwiefern eignet sich der Recovery-Ansatz für die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung?». Dazu ergänzend die Frage, wie Recovery diese Zusammenarbeit bereichert. Vier Expert*innen stellten ihr Praxiswissen mittels qualitativen Interviews zur Verfügung. Die Forschung hat ergeben, dass der Recovery-Ansatz als eine Grundhaltung zu verstehen ist. Diese beinhaltet als eine Handlungsmaxime den Grundsatz, dass der Klientel auf Augenhöhe begegnet wird. Die Klientel wird dabei als Expert*in der eigenen Beeinträchtigung angesehen. Ebenfalls zentral für die Umsetzung von Recovery sind Peers, die als Expert*innen aus Erfahrung in beratender Funktion in den Genesungsprozess eingebunden werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich der Recovery-Ansatz für die Soziale Arbeit eignet. Es lässt sich jedoch vermuten, dass für eine Implementierung eine ausführliche Empirie notwendig ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	1
2	Einleitung.....	2
2.1	Ausgangslage.....	2
2.1.1	Psychische Beeinträchtigung versus psychische Erkrankung	2
2.1.2	Aktuelle Situation in der Schweiz.....	3
2.2	Kenntnisstand zu Recovery	4
2.3	Untersuchungsgegenstand	6
2.4	Abgrenzungskriterien	7
2.5	Zielsetzung	7
2.6	Forschungsfrage und -thesen	7
2.7	Relevanz für die Profession der Sozialen Arbeit	8
2.8	Aufbau der Forschungsarbeit.....	9
3	Theorie	9
3.1	Der Recovery-Ansatz	9
3.1.1	Begriffsannäherung	10
3.1.2	Merkmale von Recovery.....	10
3.1.3	Recovery als Prozess.....	12
3.1.4	Phasen von Recovery	12
3.1.5	Peersupport	14
3.1.6	Gesundheits- Krankheits - Kontinuum	14
3.1.7	Stigmatisierung und Selbststigmatisierung	16
3.2	Die Zürcher Schule.....	18
3.2.1	Biopsychosozioökulturelle Theorie menschlicher Bedürfnisse	18
3.2.2	Theorie der Person	19
3.2.3	Bedürfnistheorie	20
3.2.4	Theorie sozialer Systeme.....	21

3.2.5	Interprofessionelle Kooperation	23
4	Forschungsmethode	24
4.1	Forschungsthemen.....	24
4.2	Forschungsdesign mit qualitative Erhebungsmethode.....	25
4.3	Expert*inneninterviews als Erhebungsinstrument	25
4.4	Leitfadenentwicklung	27
4.5	Deduktionsprinzip	28
4.6	Samplingverfahren	29
4.7	Expert*innen und Institutionen im Überblick	29
4.7.1	Pro Mente Sana.....	30
4.7.2	traversa.....	31
4.7.3	Luzerner Psychiatrie	32
4.8	Auswertungsverfahren	33
5	Forschungsergebnisse.....	37
5.1	Recovery als Modewort.....	37
5.2	Recovery in der Praxis	38
5.3	Recovery als Grundhaltung.....	40
5.4	Mehr als eine Diagnose	42
5.5	Begegnung auf Augenhöhe.....	43
5.6	Einbezug von Peers.....	44
6	Diskussion der Forschungsergebnisse	45
6.1	Recovery als Modewort.....	46
6.2	Recovery in der Praxis	47
6.3	Recovery als Grundhaltung.....	48
6.4	Mehr als eine Diagnose	50
6.5	Begegnung auf Augenhöhe.....	51

6.6	Einbezug von Peers.....	52
6.7	Interprofessionelle Kooperation	54
6.8	Zwischenfazit.....	54
7	Schlussfolgerungen.....	55
7.1	Beantwortung der Forschungsfrage- und thesen	55
7.2	Ausblick und Empfehlungen	59
8	Quellenverzeichnis.....	60

Die gesamten Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit wurden von beiden Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Titelblatt: Salome Locher, 2020.....	Deckblatt
Abbildung 1: Ausschnitt Leitfaden Expert*inneninterviews	28
Abbildung 2: Kategorisierung durch farbliche Einteilung.....	35
Abbildung 3: Auszug aus den Kategorien der Transkripte	36
Abbildung 4: Tabelle mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Kategorien ..	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wesentliche Inhalte von Recovery.....	11
Tabelle 2: Gegenüberstellung der sechs Phasen von Recovery	13

1 Vorwort

Im Rahmen des Bachelorstudiums an der Hochschule Luzern (HSLU) – Soziale Arbeit besuchten die Autorinnen das Modul Soziale Arbeit und psychische Gesundheit, welches die Moduleinheiten zum Thema Psychoedukation und Recovery beinhalteten. Das Thema Recovery stiess dabei auf besonderes Interesse. Vor allem die Frage, wie die im Unterricht behandelten Inhalte in der Praxis umgesetzt werden, nahmen die beiden Studierenden in das Modul des Bachelorkolloquiums zur weiteren Bearbeitung mit.

Im Gegensatz zur Erarbeitung einer Fachliteraturarbeit ermöglicht die Durchführung einer qualitativen Forschungsarbeit den direkten Kontakt mit Personen, welche sich auf dem Forschungsgebiet auskennen. Dieser persönliche Kontakt ist für die beiden Forscherinnen von grosser Bedeutung, da er neue Einblicke gewährt, welche die Kenntnisse der Literaturrecherche ergänzen. Aufgrund der beschriebenen Motivation haben sich die Autorinnen für eine qualitative Forschungsarbeit zum Thema Recovery entschieden. Die Forschungsarbeit wurde in den Monaten durchgeführt, in welchen COVID-19 weltweit zur Ergreifung von besonderen Massnahmen führte. Die Interviews für die Forschungsarbeit konnten, unter Berücksichtigung der Schutzmassnahmen, noch vor dem schweizweiten Lockdown durchgeführt werden. Die Wochen während des Lockdowns konnten optimal zur Transkription und Darstellung der Ergebnisse genutzt und die weitere Ausarbeitung der Forschungsarbeit unter den Lockerungen der Massnahmen bewältigt werden.

2 Einleitung

Als einführender Überblick findet eine Beschreibung der Ausgangslage statt. Diese begründet den Schwerpunkt der Arbeit. Die Ausführungen zum Kenntnisstand bauen auf der Ausgangslage auf und vermitteln einen ersten Eindruck zum Thema Recovery. Im Unterkapitel über den Untersuchungsgegenstand wird der Inhalt der Forschungsarbeit genauer ausgeführt und durch eine Abgrenzung zu anderen Themen hervorgehoben. Dem klar formulierten Untersuchungsgegenstand folgen die Ziele der vorliegenden Arbeit. Die Thesen und Fragestellungen zeigen den gelegten Fokus für die Umsetzung auf. Die Einleitung endet mit dem Bezug zur Relevanz der Sozialen Arbeit und dem Beschrieb zum weiteren Aufbau der Forschungsarbeit.

2.1 Ausgangslage

Der aktuelle Stand von Betroffenen einer psychischen Beeinträchtigung in der Schweizer Bevölkerung bildet die Ausgangslage. Auf die Definition des Begriffs der psychischen Beeinträchtigung folgt ein Überblick zu den Zahlen und Fakten sowie zur Grundlage der Rechte von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in der Schweiz.

2.1.1 Psychische Beeinträchtigung versus psychische Erkrankung

Recovery fokussiert den Gesundheitsweg von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Für die vorliegende Forschungsarbeit wird der Begriff der psychischen Beeinträchtigung anstelle von Begrifflichkeiten, wie psychischer Erkrankung oder ähnlichen Definitionen verwendet. Die Fachausdrücke weichen ausschliesslich vom festgelegten Begriff ab, wenn es sich um konkrete Literaturinhalte oder Forschungsergebnisse handelt, welche in ihrem eigenen Wortlaut wiedergegeben werden. Um ein gemeinsames Verständnis zwischen den Autorinnen und den Leser*innen zu schaffen, ist es wichtig, dieselbe Vorstellung von Begrifflichkeiten zu teilen. Es erfolgen die dazugehörigen Ausführungen zur Herleitung des Begriffs psychische Beeinträchtigung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2006) führt in ihrer Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung aus, dass sich viele Betroffenenverbände gegen die Verwendung der Begrifflichkeiten von psychischer Krankheit und psychischer Störung stark machen (S. 21). Eine mögliche Alternative zu den oben genannten Begrifflichkeiten bildet die Bezeichnung der psychischen Behinderung (WHO, 2006, S. 22). Die WHO (2006) fügt dem kritisch an, dass der Begriff Behinderung einen klaren Nachteil hat (S. 23).

Dies aus dem Grund, da der Begriff eine grosse Bandbreite an Bedeutungen mit sich bringt und als Überbegriff für Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivität und gestörte Teilnahmefähigkeit dient (WHO, 2006, S. 23). Dieter Kreft und Ingrid Mielenz (2008) fügen in ihrer Begriffsannäherung ebenfalls negativ konnotierte Bezeichnungen an: «Als behindert wird ein Mensch bezeichnet mit einer dauerhaften, sichtbaren und/oder spürbaren Andersartigkeit in körperlicher, geistiger oder seelischer Hinsicht, die sozial als abweichend, unerwünscht und negativ eingestuft wird.» (S. 145). Luzia Truniger (2005) beschreibt in einem Glossar zur Sozialen Arbeit: «In neueren Behinderungsbegriffen zeigt sich weiter das Bemühen, überkommene, stigmatisierende und diskriminierende Begriffe zu ersetzen.» (S. 26). Eine Behinderung ist: «etwas, was jmdn. behindert.» (Dudenredaktion, 2011, S. 267). Der Begriff behindert meint folglich: «infolge einer körperlichen, geistigen od. psychischen Schädigung beeinträchtigt.» (ebd.). Der Begriff Behinderung wird mit dem Begriff Beeinträchtigung ersetzt, da als Beeinträchtigung: «etwas, was beeinträchtigend wirkt.» gilt (Dudenredaktion, 2011, S. 267). Eine Beeinträchtigung deutet demnach auf eine vorübergehende Unvollständigkeit hin. Nach der Definition handelt es sich um etwas, was eine Wirkung zeigt und nicht, wie im Falle der Behinderung auf eine Tatsache hinweist.

2.1.2 Aktuelle Situation in der Schweiz

Nach der Begriffsdefinition folgt ein Überblick über die aktuelle Situation betreffend psychische Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung. Einführende Prozentzahlen über die Betroffenheit gewähren eine erste Übersicht über die Lage in der Schweiz. Anschliessend wird auf die Rechte von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung genauer eingegangen.

Dem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015) veröffentlichte Bericht über die psychische Gesundheit in der Schweiz ist zu entnehmen, dass 17% der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen leiden (S. 5). Psychische Erkrankungen wirken sich auf alle Lebensbereiche aus und führen oftmals zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag (ebd.). Das Bundesamt für Statistik (BFS) schliesst sich diesen Zahlen zum Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung an. Demnach weisen 15% der Bevölkerung Symptome auf, die auf eine mittlere oder hohe psychische Belastung schliessen (BFS, ohne Datum). Im Zeitraum eines Jahres liessen sich 6% aufgrund psychischer Probleme behandeln (BFS, ohne Datum) Dabei übertraf die Anzahl der betroffenen Frauen die Anzahl der betroffenen Männer (ebd.). Die Schweizer Bevölkerung ist demnach von Themen wie psychischer Gesundheit und psychischer

Erkrankung tangiert. Aus dieser Betroffenheit ergeben sich Rechte und darauf basierend Ziele und Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung.

Die WHO definiert in ihrer Verfassung vom 22. Juli 1946 Gesundheit als: «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (Verfassung der WHO, SR 0.810.1). Der bestmögliche Gesundheitszustand bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens. Die Verfassung der WHO wurde im Jahr 1947 durch die Schweiz ratifiziert und trat ein Jahr später in Kraft. Mit der Ratifizierung verpflichtet sich die Schweiz, dieses Recht jeder Person zuzuschreiben, unabhängig ihrer Rasse, Religion, politischen Anschauung und wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (ebd.). Über diese internationale Grundlage hinaus hat die Schweiz kein Gesetz verankert, welches ein Recht auf Gesundheit benennt (Dominik Weber, 2020, S. 13). In der Bundesverfassung findet sich zu diesem Thema ein Appell an die Schweizer Bevölkerung. Unter Einbezug des Gesundheitswesens soll für eine möglichst grosse Chancengleichheit gesorgt werden. Dieser Appell zeigt auf, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein staatliches Grundprinzip darstellt. Aus ethischer Sicht muss die gesundheitliche Chancengleichheit als Wert und Ziel betrachtet werden. Gesundheit hilft Menschen dabei, handlungsfähig zu sein und ihr Leben so zu führen, dass es lebenswert ist (ebd.). Ziel der Chancengleichheit ist es, Menschen in ihrer Handlungsfähigkeit, besonders in Bezug auf ihre Gesundheit, zu stärken, um ihnen mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt zu ermöglichen (Weber, 2020, S. 46). Das BAG fordert in seinem Bericht, dass es eine intensive Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteur*innen bedingt, um diese grosse gesundheitspolitische Herausforderung anzugehen (BAG, 2015, S. 5).

2.2 Kenntnisstand zu Recovery

Folgende Aussage ist nach Andreas Knuf (2016) eine zentrale Botschaft von Recovery: «Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich! Mit Gesundung ist gemeint, dass die Erkrankung ganz abklingt oder die Betroffenen gut mit ihrer Erkrankung leben können. Gesundung ist auch nach längerer Krankheitszeit möglich.» (S. 23).

Im Wörterbuch wird unter Recovery eine Vielzahl von möglichen Übersetzungen angetroffen (Michaela Amering & Margrit Schmolke, 2007, S. 11). Um nur einige zu nennen, befinden sich darunter Begriffe wie Erholung, Besserung, Rückgewinnung oder Wiedergewinnung (ebd.). Uwe Bening (2020) führt aus: «Das Wort Recovery als Bezeichnung für Wege zurück in eine

gesunde Lebendigkeit hat sich auch im deutschsprachigen Sprachraum durchgesetzt.» (S. 13). Die Verwendung des Begriffs Recovery wird auf die 90er Jahre zurückgeführt (Amering & Schmolke, 2007, S. 7). Der Blick dieser Zeit richtete sich auf die Pläne und Hoffnungen einer Person, welche als ganzheitlich angesehen wurde (Amering & Schmolke, 2007, S. 12). Somit konnten die Betroffenen aus den Einschränkungen, welche sie als Patient*in mit sich brachten, ausbrechen und das Ziel verfolgen, ein selbstbestimmtes und sinnvolles Leben zu führen (Amering & Schmolke, 2007, S. 11). Andreas Werner (2019; zit. in Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter & Michael Schulz, 2019, S. 170) schliesst sich dieser Aussage an und geht einen Schritt weiter, indem er sagt, dass die psychisch erkrankte Person als Expert*in aufgrund der eigenen Erfahrungen angesehen werden kann. Früher wurden psychisch erkrankte Personen weggesperrt und nicht in den Umgangprozess mit ihrer Erkrankung miteinbezogen (Amering & Schmolke, 2007, S. 9). Heutzutage sind diese Ketten nicht mehr in physischer Form zu sehen. Sie zeigen sich jedoch weiterhin durch Stigmatisierung, wodurch den Betroffenen ein gewisser Grad an Freiheit und Lebenschancen genommen wird. Recovery gehört zu den Stellvertretenden einer Bewegung, die zum Ziel hatte, Selbstbestimmung und Selbstgestaltung der Betroffenen zu ermöglichen (ebd.).

Die Definition von William Anthony (1993; zit. in Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, ohne Datum) fasst Recovery treffend zusammen 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 den Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung (...). (S. 2)

Der Peersupport trägt einen wesentlichen Teil zum Veränderungsprozess und zur Gesundheitsförderung bei, welcher nach Jörg Utschakowski (2016): «Unterstützung durch Gleiche» bedeutet (S. 16). Die Unterstützung wird von Betroffenen für Betroffene angeboten, wobei der Hauptteil der gemeinsame Erfahrungshintergrund bildet. Dabei können sich Menschen, die bereits Erfahrungen mit psychischen Beeinträchtigungen gemacht, diese durchlebt und bewältigt haben, mit anderen austauschen und beratend wirken (ebd.). Dieser Austausch fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl der Betroffenen und vermittelt Solidarität und Verständnis (Utschakowski, 2016, S. 17). Der Einbezug von Peers im Genesungsprozess ermöglicht

eine neue Qualität an Unterstützung, welche lösungsorientiert und nicht stigmatisierend ist (Utschakowski, 2016, S. 19). «Darüber hinaus vermittelt ein solcher Experte allein durch die Tatsache, dass er in der Lage ist, als Berater, Begleiter oder Fürsprecher aufzutreten, das Gefühl, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt.» (Utschakowski, 2016, S. 22).

2016 forderte die Schweizer Stiftung *Pro Mente Sana*, die sich für psychisch beeinträchtigte Menschen einsetzt, in ihrem Positionspapier zum Thema Recovery, einen Paradigmenwechsel (Uwe Bening & Sabine Schläppi, 2016, S. 4). Dieser Paradigmenwechsel soll den Fokus weg vom Krankheitsgeschehen hin zu den gesunden Anteilen eines Menschen lenken. Das Hauptziel besteht darin, dass eine Person mit psychischer Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität erreichen kann (ebd.). Eine weitere zentrale Botschaft von Recovery nach Knuf (2016) belegt diese Forderung: «Gesundung geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten! Gesundung bedeutet nicht zwangsläufig vollkommene Symptom- und Krisenfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und sind weniger belastend.» (S. 23). Wie das BAG, appelliert auch *Pro Mente Sana*, dafür, dass alle Handlungsfelder der betroffenen Lebensbereiche in die Gesundheitsförderung miteinbezogen werden müssen (Bening & Schläppi, 2016, S. 5). Wesentlich an Recovery ist die Unterscheidung zwischen behandeln und verhandeln (Jens Clausen & Ilse Eichenbrenner, 2016, S. 42). Das Verhandeln beinhaltet im Gegensatz zum Behandeln ein Mitspracherecht der Betroffenen. Es findet eine Begleitung statt, in welcher Abmachungen getroffen werden, die von den Fachpersonen und den Betroffenen gemeinsam erarbeitet werden (ebd.).

2.3 Untersuchungsgegenstand

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich einerseits an die Dozent*innen und Studierenden der HSLU als Adressat*innengruppe und an die Professionellen der Sozialen Arbeit. Andererseits richtet sich die Arbeit an alle an Recovery interessierten Personen.

Untersuchungsgegenstand dieser Forschungsarbeit ist der Recovery-Ansatz, welcher in der Schweiz in einigen Institutionen in der Arbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bereits angewendet wird. Bei der Umsetzung sind Fachleute der Psychiatrie, der Medizin, der Pflege und der Sozialen Arbeit beteiligt. Der Recovery-Ansatz wird hinsichtlich eines möglichen Zusatznutzens für die Soziale Arbeit untersucht. Den Hauptteil der Untersuchung macht die Frage nach einer Eignung des Ansatzes in der Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung aus.

2.4 Abgrenzungskriterien

Der Recovery-Ansatz zielt auf Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung ab. Über die Anwendung des Ansatzes bei Kindern und Jugendlichen liegen keine Hinweise vor, weshalb die vorliegende Arbeit spezifisch auf erwachsene Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung fokussiert. Die Arbeit untersucht oder bewertet keine konkreten Angebote von Recovery und nimmt überdies hinaus keinen Bezug zur Umsetzung dieses Ansatzes ausserhalb der Schweiz. Auf die Definition oder Erklärungen einzelner psychischer Beeinträchtigungen oder Persönlichkeitsstörungen wird nicht eingegangen. Zudem werden keine Handlungsanweisungen im Umgang mit dem Recovery-Ansatz vermittelt. Der Recovery-Ansatz wird nicht mit bestehenden Ansätzen der Sozialen Arbeit verglichen oder auf Basis solcher Ansätze bewertet.

2.5 Zielsetzung

Nach Werner Obrecht (2012) sind Ziele: «erwünschte und (mutmasslich) auf dem Wege von Handlungen erreichbare künftige Zustände von Dingen (...)» (S. 156). Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, auf folgende Forschungsfrage Antworten zu finden: *Inwiefern eignet sich der Recovery-Ansatz für die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung?* Abgesehen von der Beantwortung der Forschungsfrage zielt die vorliegende Arbeit darauf ab, die Leserschaft auf den Recovery-Ansatz aufmerksam zu machen. Die Forschungsarbeit hat zudem zum Ziel, einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu leisten. Eine Auseinandersetzung mit dem Recovery-Ansatz bietet die Gelegenheit, eigene Haltungen in Bezug auf die Begegnung mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu hinterfragen und gegebenenfalls zu erweitern.

2.6 Forschungsfrage und -thesen

Um die Forschungsfrage «*Inwiefern eignet sich der Recovery-Ansatz für die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung?*» umfänglich abzudecken, werden nachfolgend die Hauptfragen genauer erläutert, welche auf den Ebenen der unterschiedlichen Wissensformen anzusiedeln sind.

Eine erste These für die Forschungsarbeit lautet «Der Recovery-Ansatz beinhaltet spezifische Merkmale, die ihn definieren.». Diese Merkmale werden mit Beschreibungswissen durch folgende Hauptfragen erforscht «*Was bedeutet Recovery? Was zeichnet Recovery aus?*». Diese

Fragen werden durch Literaturrecherchen und Expert*innen-Interviews beantwortet. Die Begriffsbestimmung von Recovery wird in einer beschreibenden Art vorgenommen.

Die zweite These «Der Recovery-Ansatz stellt einen Zusatznutzen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung dar», wird mit Erklärungswissen erforscht. Für das Erklärungswissen ist folgende Frage zentral «*Warum ist der Recovery-Ansatz für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung relevant?*». Die Frage zielt darauf ab, herauszufinden, inwiefern der Recovery-Ansatz für die Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eine Bereicherung ist.

Die dritte These lautet «Der Recovery-Ansatz ist für die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung nutzbar.» Die These bildet sich im Bewertungswissen ab und wird durch folgende Frage im Forschungsprozess vertreten «*Woraufhin zielt die Nutzung des Recovery-Ansatzes ab?*» Durch die Bewertung der Nutzung des Ansatzes kann erhoben werden, welche Aspekte des Recovery-Ansatzes sich für die Soziale Arbeit eignen.

Die vierte und letzte These lautet «Der Recovery-Ansatz bereichert die Zusammenarbeit zwischen den Professionellen und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.» Die Frage des Handlungswissen hat den Wortlaut «*Wie und womit bereichert der Recovery-Ansatz die Zusammenarbeit?*». Die Erkenntnisse zum Handlungswissen werden aus den Expert*inneninterviews gezogen, da die befragten Fachpersonen über die Wirkungszusammenhänge in der Praxis Auskunft geben können.

2.7 Relevanz für die Profession der Sozialen Arbeit

Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung formieren sich als eine besonders vulnerable Personengruppe. In diesem Kontext meint Vulnerabilität nach Clausen und Eichenbrenner (2016) die erhöhte Verletzbarkeit aufgrund der psychischen Beeinträchtigung einer Person (S. 39). Wegleitend und unterstützend in dieser Annahme zeigt sich der Berufskodex als: «(...) ein Instrument zur ethischen Begründung der Arbeit mit Klientinnen und Klienten, die in besonderer Weise verletzbar oder benachteiligt sind (...).» (AvenirSocial, 2010, Ziffer 1.2). Aus salutogenetischer Perspektive, auf welche zu einem späteren Zeitpunkt genauer eingegangen wird, bewegen sich Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gleichwohl auf einem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum. Die Entwicklung zielt dabei in Richtung

Förderung der Gesundheit. Eine Sicherung beziehungsweise Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit der Vermeidung einer möglichen Verschlechterung ist dabei gleich zu bewerten. Mit der Verpflichtung der Profession der Sozialen Arbeit zur Begleitung von Menschen im Erreichen von Gesundheit, trägt diese zu Wohlbefinden bei. Der Berufskodex untermauert die Verpflichtung als: «(...) die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben» (AvenirSocial, 2010, Ziffer 7.1). Recovery bedingt eine Zusammenarbeit zwischen einer Person mit psychischer Beeinträchtigung und Fachpersonen und Peers. Um diese Zusammenarbeit fruchtbar zu gestalten, benötigt es gemäss dem Grundsatz und der Leitidee des Berufskodex der Sozialen Arbeit die gegenseitig respektierende Anerkennung des oder der Anderen, was die Voraussetzung für ein erfülltes Menschsein ist (AvenirSocial, 2010, Ziffer 4.2).

2.8 Aufbau der Forschungsarbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Mit Abschluss dieser Passage endet die Einleitung als erstes Kapitel. Im zweiten Kapitel wird eine Begriffsbestimmung von Recovery gemacht und spezifische Merkmale und Eigenheiten des Ansatzes aufgezeigt. Des Weiteren wird die Zürcher Schule als Menschenrechtstheorie eingeführt. Das dritte Kapitel ist der Forschungsmethode gewidmet. Damit zusammenhängend wird die Auswahl des Forschungsdesign, des -themas, der -frage und die Auswahl des Samplings aufgezeigt. Ebenfalls erfolgt die Auslegung der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. Im vierten Kapitel werden die Forschungsergebnisse wiedergegeben. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse entlang der Zürcher Schule und der Sozialen Arbeit diskutiert. Zum Ende erfolgt die Schlussfolgerung hinsichtlich der Professionsrelevanz. Die Arbeit schliesst mit einem Ausblick und Empfehlungen für zukünftige Bachelorarbeiten.

3 Theorie

Für eine vertiefte Verständigung des bisherig erworbenen Kenntnisstandes, wird in einem ersten Schritt Recovery ausführlich dargestellt. Danach werden ausgewählte Aspekte zur Theorie der Zürcher Schule erläutert.

3.1 Der Recovery-Ansatz

Um den Recovery-Ansatz in ausführlicher Form darzustellen, findet zuerst eine Begriffsannäherung statt. Dieser folgen zentrale Inhaltspunkte, welche sich zu Recovery finden lassen. Es

wird auf die Bedeutung von Peers und Themen wie Stigmatisierung und Selbststigmatisierung eingegangen. Dabei spielen Begriffe wie Gesundheit und Krankheit eine wesentliche Rolle.

3.1.1 Begriffsannäherung

Recovery stellt einen Prozess dar, bei welchem eine Auseinandersetzung mit sich selbst und der psychischen Erkrankung stattfindet, wobei die Erkrankung auch während des Prozesses weiter anhält (Knuf, 2016, S. 12). Recovery bedeutet demnach: « (...) die Veränderung einer Person durch die Erkrankung.» (Knuf, 2016, S. 13).

Der Begriff Recovery kann in der Übersetzung mit den Wörtern Genesung, Gesundheit oder Wiederherstellung von Gesundheit gleichgesetzt werden (Pro Mente Sana, 2016). Der Begriff gründet auf der Recovery-Bewegung, welche in den 90er Jahren in den USA entsprungen ist und sich anschliessend nach Europa ausgeweitet hat. Ziel der Bewegung war es, den Fokus auf die Förderung von Genesung anstelle einer einfachen Symptomkontrolle der Erkrankung zu legen. Die Aufmerksamkeit sollte vom herrschenden Vorurteil einmal krank – immer krank hin zur Möglichkeit gelenkt werden, von einer psychischen Erkrankung genesen zu können (ebd.). Für Michaela Amering und Margrit Schmolke (2012) sind die Erkenntnisse dieser Betroffenenbewegung zentral (S. 22). Die Bedeutung der Bewegung zeigt sich in erster Linie dadurch, dass Personen, welche selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, Wege gefunden haben, ihre Sichtweise einzubringen und Einfluss auf das bestehende Gesundheitssystem zu nehmen (ebd.).

3.1.2 Merkmale von Recovery

In Anlehnung an Knuf wird tabellarisch eine Übersicht über wesentliche Inhalte von Recovery gegeben (vgl. Tabelle 1).

Ziele von Recovery	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; Gesundung von einer psychischen Beeinträchtigung
Perspektive	Ein zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich, manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung
Hilfen	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern; Peersupport und Beziehungsarbeit erhalten dabei eine hohe Bedeutung

Hoffnung	Wird als zentrale Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit
Selbsthilfe	Ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots
Selbstbestimmung	Fördert Motivation und hilft den Betroffenen, eigenen Werten und Lebensvorstellungen zu folgen; Wahlmöglichkeiten erleichtern den Recovery-Prozess
Selbstverantwortung	Übernahme von Selbstverantwortung als wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen

Tabelle 1: Wesentliche Inhalte von Recovery (Quelle: leicht modifiziert nach Knuf, 2016, S. 14)

Der Aspekt der Hoffnung wird aufgrund seiner zentralen Bedeutung genauer ausgeführt. Wie Knuf (2016) ausführt: «Ohne Hoffnung geht es nicht! Hoffnung auf eine positive Entwicklung ist ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob Gesundungsprozesse in Gang kommen. Neben der Hoffnung der Betroffenen ist auch die der Angehörigen und der Fachpersonen zentral.» (S. 23). Als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery wird Hoffnung angesehen (Knuf, 2016, S. 14). Der Auftrag einer professionellen Arbeit in diesem Setting ist es, diese Hoffnung zu fördern (ebd.). Clausen und Eichenbrenner (2016) schliessen sich dieser Aussage an und betonen: «Das eigene Bild von der Erkrankung, von ihrem Verlauf und der Hoffnung auf Genesung wird von professionell Tätigen massgeblich beeinflusst.» (S. 43). Bei Recovery wird unter Hoffnung das Zutrauen verstanden, dass es den betroffenen Personen wieder besser gehen kann (Knuf, 2016, S. 21). Um Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln, sollten kleine Schritte gewürdigt und viel Geduld aufgebracht werden (ebd.). Die Haltung von Recovery besteht darin, Zuversicht nicht lediglich durch Worte zu vermitteln (Knuf, 2016, S. 22). Hoffnung ist in Bezug auf Recovery vor allem dann zentral, wenn die psychisch erkrankte Person selbst keine Hoffnung verspürt (Knuf, 2016, S. 19). Besonders dann werden Personen im Umfeld benötigt, die stellvertretend Hoffnung haben und diese zum Ausdruck bringen (ebd.). Aussagen über die Zukunft, die negativer sind als die sich abzeichnende Realität, können sehr schnell die Hoffnung schwinden lassen (Knuf, 2016, S. 20). Negativ konnotierte

Prognosen erschweren Hoffnung, obwohl sie lediglich statistische Wahrscheinlichkeiten und keine Garantie wiedergeben (Knuf, 2016, S. 20).

3.1.3 Recovery als Prozess

Recovery wird als Prozess beschrieben, wobei Knuf (2016) als Botschaft sendet: «Gesundheit ist kein linearer Prozess! Sie ist nicht systematisch und planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.» (S. 23). Amering und Schmolke (2012) sagen pointiert, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht als dauerhaft behindert betrachtet werden sollen, sondern dass sie in aller erster Linie Menschen sind, die in ihrem Leben vorwärts gehen wollen (S. 273). Sie beschreiben Recovery als einen Weg, um das Beste aus dem Leben zu machen. Dabei zielt der Prozess nicht auf die Wiederherstellung oder Rückkehr zum früheren Zustand vor der Erkrankung, sondern vielmehr auf eine Veränderung, eine Transformation und auf ein Wachstum ab. Demnach geht es um persönliche Lernprozesse und um das Integrieren von Erkenntnissen (ebd.). Knuf (2016) unterstützt diese Aussagen und fügt an: «Krankheit und Gesundheit verändern den Menschen! Durch die Erkrankung verändert sich der Betroffene. Gesundheit bedeutet nicht, wieder genauso wie vor der Erkrankung zu sein.» (S. 23).

3.1.4 Phasen von Recovery

Amering und Schmolke (2007) weisen ebenfalls auf die Wichtigkeit hin, dass Recovery keinen linearen Verlauf aufweist (S. 273). Während dem Recovery-Prozess werden folgende sechs Phasen durchlaufen: Angst, Bewusstwerden, Erkenntnis, Aktionsplan, Entschlossenheit, dass es einem gut geht, und als letzte Phase Wohlbefinden. Des Weiteren lassen sich innere und äussere Faktoren bestimmen, welche Einfluss auf den Recovery-Prozess nehmen. Zu den inneren Faktoren werden kognitive, emotionale, spirituelle und körperliche Bereiche gezählt. Die äusseren Faktoren umfassen Begegnungen und Auseinandersetzungen mit anderen Menschen und Situationen in den Bereichen der sozialen Beziehungen und der sozialen Unterstützung (ebd.). Knuf (2016) führt die sechs Phasen in eigenen Begriffen aus und definiert folgende wesentliche Schritte für einen Genesungsprozess (S. 16). Die betroffenen Menschen erfahren ein grosses Leid, welches die Gedanken beeinflusst und in einem hoffnungslosen Gefühl endet (ebd.). Dieses Gefühl wird als Verzweiflung bezeichnet und bildet die erste Phase (Knuf, 2016, S. 17). Beim anschliessenden Erwachen kommt erstmals ein Gedanke auf, dass die Verzweiflung eventuell nicht für immer bestehen bleibt (ebd.). Das Leiden wird in dieser Phase viel

bewusster wahrgenommen und erstmals angezweifelt (Knuf, 2016, S. 17). Erste kleinere Veränderungsschritte werden unternommen, sobald den Betroffenen klar wird, dass eine Veränderung möglich ist. Positive Gedanken und eine erste Hoffnung, dass Gesundung möglich ist, wird in der Phase der Erkenntnis ersichtlich. Die betroffenen Personen setzen sich in Bewegung, indem sie nach sozialen Kontakten und Wegen suchen, um die psychischen Schwierigkeiten anzugehen. Diese Phase nennt sich Umsetzung. Die Zuversicht festigt sich immer mehr und ein entschiedenes Engagement für die eigene Gesundung wird deutlich. In dieser Phase wird in erster Linie realisiert, dass keine Gesundung ohne ein grosses eigenes Engagement stattfinden kann. Schlussendlich zeigt sich in der Phase des Wohlbefindens ein positives Selbstgefühl. Krisen, die auftreten, sind nicht mehr überwältigend, da ein Umgang mit ihnen erlernt wurde. Das eigene Leben wird als sinnhaft empfunden (ebd.). Die sechs Phasen von Recovery werden zur übersichtlicheren Darstellung in tabellarischer Form nochmals zusammengefasst (vgl. Tabelle 2). Dabei werden die verwendeten Begriffe von Amering und Schmolke, denjenigen von Knuf gegenübergestellt.

Phasen	Amering und Schmolke (2007)	Knuf (2016)
1	Angst	Verzweiflung
2	Bewusstwerden	Erwachen
3	Erkenntnis	Erkenntnis
4	Aktionsplan	Umsetzung
5	Entschlossenheit	Engagement
6	Wohlbefinden	Wohlbefinden

Tabelle 2: Gegenüberstellung der sechs Phasen von Recovery (Quelle: eigene Darstellung)

Knuf (2016) führt aus, dass die Phase des Erwachens im Recovery-Prozess als wesentlicher Wendepunkt erlebt wird (S. 18). Dieser zeigt sich vor allem im Erleben der betroffenen Person und ist von aussen nicht immer sichtbar. Ein beobachtbares, verändertes Verhalten zeigt sich bei weiterem Fortschreiten des Gesundungsprozesses (ebd.). Dies ist besonders wichtig, um das Bewusstsein zu entwickeln, dass angeblich plötzliche Veränderungen nicht aufgrund

zeitnaher Ereignisse stattfinden müssen (Knuf, 2016, S. 18). Vielmehr können positive Veränderungen auf innere Prozesse zurückzuführen sein (ebd.). Diese sind gemäss Knuf (2016) von aussen zuerst nicht erkenntlich (S. 19). Es handelt sich jedoch um den Ausdruck der bereits im Inneren gemachten Veränderungsprozessen einer Person. Das Engagement für die eigene Gesundheit ist ebenfalls ein zentraler Punkt. Die Genesung kommt nicht einfach so aus dem Nichts. Vielmehr müssen die betroffenen Individuen kleinere und grössere Beiträge leisten. Diese kommen nicht selten mit einer Veränderung des eigenen Alltags und des Lebensentwurfs einher. Es bedarf der inneren Ausrichtung, dass die Genesung zum wichtigsten Teil im Leben geworden ist (ebd.).

3.1.5 Peersupport

Mit Peer ist eine Gruppe von Gleichgestellten gemeint, welche anderen auf ihrem persönlichen Gesundheitsweg unterstützend zur Seite stehen (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die Schweizerische Stiftung *Pro Mente Sana* widmet sich unter anderem der Ausbildung von Peers. Als Peer zur Verfügung stellen können sich Personen, die aus eigener Erfahrung erlebt haben, wie es ist, mit einer psychischen Erkrankung zu leben (ebd.). Knuf (2016) definiert als Ziel von Recovery ein zufriedenes und erfülltes Leben (S. 14). Daraus ergibt sich die Perspektive, dass ein zufriedenes Leben für alle betroffenen Personen möglich ist. Peersupporte erlangen einen hohen Stellenwert in der Erreichung dieses Ziels, da sie zur Auseinandersetzung mit der individuellen Bewältigung der Erkrankung anregen. Der Peersupport gilt demnach als Hilfe zur Förderung von Wohlbefinden bei den Betroffenen (ebd.). Die Botschaft von Knuf (2016) drückt den individuellen Aspekt wie folgt aus: «Jeder Gesundheitsweg ist anders! Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für Gesundheitsschritte. Jeder Mensch muss seinen Weg finden.» (S. 23).

3.1.6 Gesundheits- Krankheits - Kontinuum

Psychische Krisen sind jedem Menschen aus seinem eigenen Alltag bekannt (Knuf, 2016, S. 13). Zentral am Recovery-Ansatz ist die Überwindung einer sturen Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit (ebd.). Eine Unterteilung der Menschen in krank und gesund entspricht nach Knuf (2016) nicht der Wirklichkeit, da der Zustand von vollkommen gesund sein kaum über mehrere Stunden oder Tage aufrechterhalten werden kann (S. 15). Es geht demnach in erster Linie darum, die Idee aufzugeben, dass es sich bei den beiden Begriffen um Gegensätze handelt (Knuf, 2016, S. 15). Der Recovery-Ansatz hebt gerade diese gegensätzliche

Wahrnehmung von gesund sein oder krank sein auf (ebd.). Wer sich auf den Weg zu einem grösseren Verständnis von Recovery begeben will, macht in der Überwindung der oben beschriebenen Unterscheidung einen ersten Schritt (Knuf, 2016, S. 16). Ein Krankheitsverständnis, welches sich nach dem medizinischen Modell der Pathogenese richtet, vertieft diesen Kontrast zwischen krank und gesund (Aaron Antonovsky, 1997, S. 29). Die Ansicht, dass es keine klare Klassifizierung durch die Unterteilung in gesund und krank gibt, wird Salutogenese genannt. Salutogenese meint die Begriffe Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum zu sehen, die sich in einem ständigen Wechsel bewegen. Der aktuelle Gesundheitszustand jeder Person kann in dieses Kontinuum eingeordnet werden. Diese Einordnung verhindert, dass der Blick lediglich auf der Krankheit liegt und der Mensch als Gesamtbild vernachlässigt wird. Dabei soll die Erkrankung auf keinen Fall vollständig ausgeschlossen werden. Es werden somit alle Facetten einer Person miteinbezogen (ebd.). Amering und Schmolke (2012) betonen die Wichtigkeit, dass in jeder Lebens- und Krankheitslage gleichzeitig Gesundheit gelebt wird (S. 30). Eine Veränderung auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit und Wiederherstellung ist fast zu jedem Zeitpunkt möglich (ebd.).

Dem entgegen steht die weithin verbreitete Annahme, dass schwere psychische Erkrankungen nicht heilbar seien, was wiederum häufig zu Ängsten und Hoffnungslosigkeit bei den betroffenen Personen führt (Amering & Schmolke, 2007, S. 15). Diese Aussage der Unheilbarkeit ist aus aktueller Sicht nicht nur falsch, sondern führt dazu, dass die Genesungsprozesse behindert werden (ebd.). Antonovsky (1997) führt aus, dass der salutogenetische Ansatz zu einem tiefergehenden Verständnis und Wissen führt, um sich dem gesunden Pol des Krankheits-Gesundheits-Kontinuums eines Menschen zu nähern (S. 24). Ziel des Gesundungsweges ist es nicht, frei von Krisen zu werden (Antonovsky, 1997, S. 29). Es geht vielmehr um einen Umgang, sich mit sich selbst, mit seinen Mitmenschen und mit der Gesellschaft wohl zu fühlen (ebd.). Ein wesentliches Merkmal, welches die Salutogenese von der Pathogenese unterscheidet, ist demnach die Gewichtung der gesundheitserhaltenden Fähigkeiten einer Person (Antonovsky, 1997; zit. in Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 44). Nach einer solchen Gewichtung stehen Schutzfaktoren und Ressourcen, welche die Gesundheit aufrechterhalten, im Mittelpunkt. Drei Schutzfaktoren spielen als solche Ressourcen eine wichtige Rolle. Der erste Faktor ist die Verstehbarkeit (ebd.). Herausfordernde Erlebnisse im eigenen Leben erscheinen weniger bedrohlich, wenn sie für sich selbst erklärbar sind. Ist dies der Fall, wird die Handlungsfähigkeit der Betroffenen erhöht und sie fühlen sich den gegebenen Umständen weniger ausgeliefert

(Antonovsky, 1997; zit. in Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 44). Der zweite Faktor ist die Handhabbarkeit. Gelingt es in herausfordernden Situationen Hilfsquellen zu nutzen, können die Betroffenen die Erfahrung sammeln, dass sie Anforderungen bewältigen können. Sie lernen Über- und Unterforderungen auszugleichen und erleben auf diese Weise Gesundheit als Gleichgewichtszustand (ebd.). Nach Clausen und Eichenbrenner (2016) ist der dritte Faktor die Bedeutsamkeit (S. 45). Um sich den Anforderungen des Lebens bestmöglich stellen zu können und Zufriedenheit zu erfahren, ist es wichtig, die eigenen Werte zu kennen. Sind diese einem selbst bekannt, können die eigenen Handlungen danach ausgerichtet werden, woraus sich erfüllende und sinnstiftende Momente ergeben. Diese drei Faktoren führen zu einer Änderung des eigenen Blickwinkels auf sich und sein Umfeld und kann eine neue Einstellung hervorrufen (ebd.).

3.1.7 Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

Die nachfolgenden Zitate stammen aus einer von Niklas Baer, Anna Domingo und Felix Amsler (2003) durchgeführten Untersuchung, um: «zu dokumentieren, wie Menschen mit einer psychischen Krankheit (...) ihre Lebenssituationen erfahren und welche Faktoren ihr Wohlbefinden beeinflussen.» (S. 418). Das Ziel der Studie bestand darin: «eine möglichst exakte und prägnante Beschreibung und Darstellung der Lebenssituation und der Befindlichkeit aus der Sicht der psychisch Kranken und Behinderten (...) zu erhalten.» (Baer, Domingo & Amsler, 2003, S. 39). Zum Thema Stigmatisierung durch die Gesellschaft erkannte Frau U.:

«Auch wenn man Probleme hat, ist man doch ein vollwertiger Mensch.» (Baer, Domingo & Amsler, 2003, S. 242).

Menschen mit einem psychischen Leiden wollen langfristig gehört und gesehen werden, auf Verständnis treffen und Unterstützung in Anspruch nehmen, wenn der Alltag zu belastend wird (Pro Mente Sana, ohne Datum). Amering und Schmolke (2007) führen aus, dass mangelnde Informationen, Fehlinformationen oder auch die Annahme, einem selbst oder jemandem in seinem Bekanntenkreis könne eine psychische Erkrankung nicht passieren, mögliche Ursachen für eine Stigmatisierung sein können (S. 63-64). Baer, Domingo und Amsler (2003) bezeichnen Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung als: « (...) Brandmarkung einer Gruppe von Menschen, die nur ein Merkmal von allen anderen unterscheidet: Dass sie psychisch krank und bei der Alltagsbewältigung behindert sind.» (S. 219).

Diese verhindert folglich Interventionen und führt häufig zu Verzweiflung bei den betroffenen Personen und ihren Angehörigen (Amering & Schmolke, 2007, S. 62). Folgende drei Annahmen für Stigmatisierungen werden im Kontext von psychischer Erkrankung häufig angetroffen (Amering & Schmolke, 2007, S. 63). An erster Stelle steht die Frage, wer die Schuld an der Erkrankung trägt. Psychisch kranke Menschen seien selbst schuld, dass sie erkrankt sind. An zweiter Stelle steht die Annahme, dass die Erkrankung unheilbar sei und an dritter Stelle die Aussage, psychisch erkrankte Personen seien unberechenbar, weshalb ein gewisses Mass an Gefährlichkeit bestehe, welches von solchen Personen ausgehe (ebd.). Eine mögliche Verhinderung des Genesungsprozesses ist der soziale Ausschluss, welcher häufig durch Stigmatisierung mitbedingt wird (Knuf, 2016, S. 22). Folgende Aussage von Frau L. unterlegt dies:

«Aber die Angst vor den Leuten ist immer noch da und manchmal habe ich immer noch eine Schwere in mir und ein Gefühl, dass man irgendwie abgestempelt ist.» (Baer, Domingo & Amsler, 2003, S. 233).

Die beschriebenen gesellschaftlichen Vorurteile über psychisch erkrankte Personen haben nicht selten die Wirkung, dass Betroffene diese Überzeugungen übernehmen und negative Beurteilungen auf sich selbst anwenden (Knuf, 2016, S. 114). Es findet demnach eine Stigmatisierung statt, die auf die eigene Person gerichtet ist. Dieser Vorgang nennt sich Selbststigmatisierung. Dieser Selbststigmatisierungsprozess ist ein grosses Hindernis für Recovery, da die stattfindende Selbstverurteilung den Genesungsprozess verhindert (ebd.). Frau L. teilt mit, wie es ihr gelingt, dieser Selbstverurteilung entgegenzuwirken:

«Also ich stehe mittlerweile zu mir und sage, du bist halt jetzt psychisch krank und bist trotzdem ein Mensch, und ich bin auch so wertvoll wie die andern.» (Baer, Domingo & Amsler, 2003, S. 234).

3.2 Die Zürcher Schule

Die ausgewählten Theorien der Zürcher Schule, welche im Kontext von Recovery relevant sind, werden in einzelnen Unterkapiteln genauer beschrieben. Sie dienen als Wissensbasis und werden bei der Diskussion der Forschungsergebnisse mit Recovery in Verbindung gebracht. Die Zürcher Schule bewegt sich im theoretischen Feld der Handlungswissenschaft der Sozialen Arbeit (Beat Schmocker, 2015b, S. 1). Aus historischer Sicht hat die Zürcher Schule ihren Ursprung in den 1970er Jahren in Zürich. Dort wurde sie von einer Gruppe von Sozialarbeitswissenschaftler*innen entwickelt und gelehrt (ebd.). Die Zürcher Schule zeigt ein System aus unterschiedlichen zusammengesetzten Theorien auf und setzt sich nicht aus einer einzigen Theorie zusammen (Schmocker, 2015b, S. 2).

3.2.1 Biopsychosozioökulturelle Theorie menschlicher Bedürfnisse

Gegenstand der Zürcher Schule bilden immer Menschen, die gleichzeitig Mitglieder mindestens eines sozialen Systems sind (Beat Schmocker, 2015a, S. 1). Ein soziales System wiederum beinhaltet stets Menschen als deren Komponente (ebd.).

Nach Obrecht (2012) ist ein wesentlicher Auftrag der Sozialen Arbeit die Unterstützung von Menschen bei der Findung und Durchführung von Lösungsansätzen für ihre Probleme (S. 145). Dabei ist eine professionelle Bearbeitung dieser Probleme Ziel der Sozialen Arbeit. Als Problem gelten alle relevanten Umstände, welche zu einer Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit führen (ebd.). Obrecht (2012) definiert Probleme als: «aktuelle oder antizipierte Zustände von Dingen, die als nicht zufriedenstellend erachtet werden und nicht über Routinehandlungen veränderbar sind (...)» (S. 156). Schmocker (2015b) unterstützt diese Definition und fügt an, dass ein Problem einen Sachverhalt einer momentan nicht zu lösenden Aufgabe darstellt (S. 7). Um einen differenzierteren Einblick in die Wechselwirkungen und Gesetzmässigkeiten dieser menschlichen Probleme, auch praktische Probleme genannt, zu finden, dient die Hinzufügung einer Theorie (Obrecht, 2012, S. 155). Eine Theorie ist ein System von Aussagen, welche zueinander in Bezug gesetzt und vernetzt werden (ebd.). Zur Bearbeitung der eben beschriebenen Probleme dienen integrative Theorien, wie beispielsweise die biopsychosozioökulturelle Theorie menschlicher Bedürfnisse (Obrecht, 2012, S. 147), welche nachfolgend im Kontext von Recovery genauer ausgeführt wird.

Die biopsychosozioökulturelle Theorie orientiert sich an einem Menschenbild, bei welchem Menschen in erster Linie als unverwechselbar einzigartige Individuen – im Gegensatz zu einem

Menschenbild, das von einem idealen Bild *des* Menschen ausgeht – betrachtet werden (Obrecht, 2012, S. 157). Menschen als Individuen sind demnach Akteur*innen ihrer eigenen individuellen Handlungen. Die Motivation ist dabei der Antrieb, um nicht nur über Handlungen nachzudenken, sondern diese auch auszuführen. Die biotischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse sind dabei die Grundlage, aus denen die Motivation entspringt (ebd.). Schmocker (2015a) bezeichnet den Menschen als biopsychosozialen Organismus (S. 4). Menschen charakterisieren sich als sozial lebende Organismen einer besonderen Art, nämlich als «neugierige, aktive, beziehungs- und mitgliedschaftsorientierte, lern-, sprach- und selbstwissensfähige Organismen». Sprache ermöglicht die Entwicklung eines physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Selbstbildes (ebd.). Schmocker (2015a) nennt die Umgebung, in welche ein Individuum hineingeboren wurde und sich folglich entwickelt, als soziokulturelle Umgebung (S. 5). Diese wird von der Vorgängergeneration gestaltet und weist einen bestimmten Entwicklungsstand auf (ebd.). Schmocker verwendet im Gegensatz zu Obrecht nicht den Begriff soziokulturell, sondern den Begriff sozialkulturell. Dies, weil Individuen gemäss der Theorie der sozialen Systeme zu jeder Zeit Mitglied eines sozialen Systems sind (Schmocker 2015a, S. 12). Diese sozialen Systeme, wie beispielsweise familiäre, ökonomische oder kulturelle Systeme, sind nebst der Motivation und Kognition für Individuen verhaltensbestimmend (ebd.). Für die nun folgenden Ausführungen wird deshalb der Begriff von Schmocker verwendet.

Für die vorliegende Forschungsarbeit sind nicht nur Individuen zentral, sondern ebenso die Umwelt, in welcher sie sich befinden und entwickeln. Ebenfalls gründet das individuelle Verhalten von Menschen weitgehend auf äusseren, sozialstrukturellen und kulturellen Gegebenheiten (Schmocker, 2015a, S. 6). Auf die Thematik der Sozialstruktur und der Kultur wird nachfolgend in der Theorie sozialer Systeme eingegangen. Zuerst folgt jedoch der Bezug zur Theorie der Person, um zu erfahren, welche Bedürfnisse Personen haben.

3.2.2 Theorie der Person

Zum Menschenbild der Theorie der Person gehört die Ansicht, dass Menschen als Individuen sozial lebende Organismen, sogenannte Biosysteme, sind. Der Mensch als Biosystem besteht unter anderem aus der Fähigkeit zu sprechen, zu lernen, Beziehungen einzugehen, zu kooperieren und zeichnet sich durch Neugierde und Aktivität aus (ebd.). Die Handlungen von Individuen zielen, wie bereits ausgeführt, auf die Befriedigung von biotischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen ab (Schmocker, 2015b, S. 6). Die biotischen Bedürfnisse umfassen die

physische Integrität, die Regenerierung, sowie sexuelle Aktivität und Fortpflanzung (Schmocker, 2015a, S. 8). Die psychischen Bedürfnisse richten sich auf wahrnehmungsgerechte sensorische Stimulation, die Hoffnung auf Erfüllung der subjektiv sinnvollen Ziele, sowie praktische Fähigkeiten zur Bewältigung von Situationen aus. Soziale Bedürfnisse decken die emotionale Zuwendung, soziale Anerkennung, Status, Autonomie und Gerechtigkeit ab (ebd.). Es geht im Wesentlichen um die Integrität, die Verhaltenssteuerung und das Verhältnis des eigenen Biosystems zur Umwelt (Schmocker, 2015b, S. 6).

Werden genannte Bedürfnisse nicht befriedigt, kommt es beim Individuum zu einer Bedürfnisspannung (Schmocker, 2015b, S. 6). Um diese Spannung abzubauen, bedarf es einer Regulation zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand der Bedürfnisse, um eine Entfaltung des Lebens der betroffenen Person zu ermöglichen. Erhalten Akteur*innen in solchen Momenten entsprechende Handlungschancen und haben geeignete Handlungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen zur Verfügung, können solche Bedürfnisspannungen abgebaut werden (ebd.). Sind die Spannungen abgebaut, stellt sich eine Abwesenheit derselben ein, welche sich durch ein Gefühl des Wohlbefindens äussert (Schmocker, 2015b, S. 7).

3.2.3 Bedürfnistheorie

Bedürfnisse sind ein zentrales – wenn nicht das zentralste – Merkmal von Menschen (Beat Schmocker, Fachpoolgespräch vom 03.07.2020). Eines dieser Bedürfnisse ist, gesund beziehungsweise nicht krank zu sein. Ein Bedürfnis ist ein innerer Wert respektive eine innere Skala, welcher Aufschluss über den Grad der Bedürfnisspannung gibt. Wird dieser Wert unter oder überschritten, führt dies folglich zu Bedürfnisspannungen. Bedürfnisse erfordern einen Bedarf, der hilft, Bedürfnisspannungen abzubauen. Diese Bedarfe werden durch die Gesellschaft bereitgestellt und durch sie definiert. Demnach definiert die Gesellschaft, wer wie viel des Bedarfs zugute hat (ebd.). Wie bereits ausgeführt, besteht die Gesellschaft aus Menschen. Bezogen auf die Bereitstellung von Bedarfen wird davon ausgegangen, dass Menschen, die von Not, Mangel oder Ungerechtigkeit betroffen sind, selbst am besten wissen, was sie brauchen (Beat Schmocker, 2017, S. 11). Der Bedarf könnte folglich von den bedürftigen Menschen selbst definiert werden, während er jedoch gegenwärtig von den Organisationen des Sozialwesens und der Sozialpolitik definiert wird (ebd.). Zentral ist, dass menschliche Organismen Bedürfnisspannungen nur in Interaktion mit anderen Menschen abbauen können (Schmocker,

2015a, S. 7). Diese Interaktion definiert sich durch Kooperation zwischen Menschen oder gegenseitiger Sorge, die stellvertretend für das Gegenüber übernommen wird (ebd.).

Der Abbau von Bedürfnisspannungen und das Erreichen von Wohlbefinden können nur in der Gesellschaft erreicht werden (Schmocker, 2015a, S. 18). Aus dieser prinzipiellen Angewiesenheit der Menschen auf die Gesellschaft, die aus anderen Menschen besteht, ergibt sich folglich nicht nur das moralische Recht, Wohlbefinden für sich zu erreichen, sondern auch die moralische Pflicht, anderen bei der Erreichung von Wohlbefinden behilflich zu sein (ebd.). Eine Handlung, die eigentlich zur Bedürfnisbefriedigung eines Individuums beitragen würde, kann trotz des moralischen Rechts auf Hilfestellung zur Erreichung von Wohlbefinden, als moralisch falsch bezeichnet werden. Dies, wenn der Mensch, dem bei der Bedürfnisbefriedigung geholfen werden soll, durch die entsprechende Handlung an seiner Bedürfnisbefriedigung gehindert wird. Das oberste Prinzip demnach nicht das positive Recht, keinen eigenen Schaden zu erleiden, sondern die negative Pflicht, anderen nicht zu schaden (ebd.). Gelingt es einem Organismus innert nützlicher Frist nicht, Bedürfnisspannungen abzubauen oder zu bewältigen, kann dies zu Schäden, zu einem Zusammenbruch, oder letztlich gar zum Tod führen (Schmocker 2015a, S. 7). Werner Obrecht (2009) spricht bei Bedürfnisspannungen von praktischen Problemen (S. 54). Dabei gelingt es Menschen die meiste Zeit ihres Lebens, ihre praktischen Probleme erfolgreich zu bearbeiten. Wenn die praktischen Probleme kurz- oder langfristig die Problembearbeitung der Menschen übersteigen, kann dies zu existenziellen Krisen führen. In der Folge ist die betroffene Person gezwungen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (ebd.).

Bevor die Relevanz der Zürcher Schule in Bezug auf Recovery vorgenommen werden kann, erfolgt eine Definition der Theorie sozialer Systeme.

3.2.4 Theorie sozialer Systeme

Wie bereits aufgezeigt, sind Menschen jederzeit Teil von sozialen Systemen (Schmocker, 2015a, S. 12). Soziale Systeme wiederum sind konkrete Systeme, die sich aus Menschen zusammensetzen. Dabei ist es einem Individuum unmöglich, zu keiner Zeit nicht Teil von mindestens einem sozialen System zu sein (ebd.).

Die Theorie sozialer Systeme sagt, dass Menschen in einem konkreten sozialen System eine gemeinsame Umwelt teilen (Schmocker, 2015a, S. 12). In dieser gemeinsamen Umwelt

können sie auf die anderen Mitglieder einwirken (Schmocker, 2015a, S. 12). Als Teil sozialer Systeme binden sie sich durch ihr Verhalten und ihr Handeln aneinander, was zu einer Struktur führt. Damit ein soziales System entsteht und auch erhalten bleibt, ist es wichtig, dass die Beziehungen unter den Mitgliedern einen Bindungsmechanismus entfalten. Diese Bindungen können sich in unterschiedlichen Arten zeigen: in einer affektiven Art wie einer Freundschaft, einer kognitiven Art wie beispielsweise durch gemeinsame Werte und Ziele, oder in einer sozialen Art durch Austausch und Diskussion (ebd.).

Soziale Systeme unterscheiden sich in zwei Eigenschaften (Schmocker, 2015a, S. 12). Dies sind die Kultur und die Sozialstruktur (Schmocker, 2015a, S. 13). Die Kultur eines sozialen Systems zeichnet sich unter anderem durch Sprache und begriffliches Wissen sowie gemeinsame Werte aus. Die Sozialstruktur bezeichnet die Beziehungen respektive die Bindung zwischen den Mitgliedern eines sozialen Systems (ebd.).

Die Zürcher Schule ist für den Recovery Ansatz insofern relevant, da sie auf der Grundlage aufgebaut ist, dass alle Menschen auch Individuen sind (Schmocker, 2015b, S. 22). Dies bedingt, dass individuelle Lösungen für ihre Probleme und den Abbau von Bedürfnisspannungen gefunden und angewendet werden müssen. Um einen solchen Bedürfnisspannungsabbau zu ermöglichen, müssen die sozialen Systeme, in welcher sich die Individuen befinden, menschengerecht aufgebaut sein (Schmocker, 2015b, S. 12). Der Recovery Ansatz bewegt sich zum einen auf der Ebene der Gesellschaft, aber auch auf der Ebene der Individuen, weshalb die professionellen Handlungen und Interventionsansätze diesen beiden Ebenen gerecht werden müssen. Zur Lösung von menschlichen Problemen gilt es nach Schmocker (2015b): «Menschen ermächtigen, ihre Bedürfnisse so weit wie möglich aus eigener Kraft, mit eigenen und fremden (gegebenenfalls neu zu erschliessenden) Ressourcen zu befriedigen.» (S. 12). Bedürfnisse sind global, was wegleitend für den Bezug ist, dass psychisch beeinträchtigte Personen keine anderen Bedürfnisse haben, wie Menschen, die keine psychische Beeinträchtigung aufweisen. Alle Menschen haben die gleichen Bedürfnisse nach biotischer, psychischer, physischer und sozialer Integrität. Hingegen ist die Art der Bedürfnisbefriedigung beziehungsweise die dazu notwendigen Bedarfe verschieden. Die Soziale Arbeit hat die Pflicht, über diese Differenzierung aufzuklären.

3.2.5 Interprofessionelle Kooperation

Der Begriff der Interprofessionellen Kooperation nach Werner Obrecht (2006) kann wie folgt bestimmt werden: «Interprofessionelle Kooperation ist spontane oder institutionalisierte Interaktion von Mitgliedern von Professionen unterschiedlicher Art und zielt auf die koordinierte systemische statt sektorielle Bearbeitung praktischer Probleme von Klient*innen oder Patient*innen.» (S. 426). Im Kontext der Zürcher Schule betont Obrecht (2006) die Wichtigkeit der Interprofessionellen Kooperation wie folgt: «(...) professionelle Soziale Arbeit im Gespräch und in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen einen eigenständigen Beitrag in Bezug auf die Verhinderung, Linderung und Lösung von biologischen, psychischen und sozialen Problemen zu leisten vermag.» (S. 408). Um die Gewährleistung dieses Beitrages zu ermöglichen, ist eine erfolgreiche Verständigung in Form von Kommunikation notwendig (Obrecht, 2006, S. 409). Die spezifischen Fälle, bei denen es um biologische, psychische oder soziale Probleme geht, sind Inhalt dieser Verständigung. Die Probleme, welche die Klient*innen aufweisen, können dabei nicht nur von einer Profession gelöst werden, weshalb eine Kooperation zwischen den Professionen notwendig ist (ebd.). Obrecht (2006) definiert Professionen wie folgt: «Professionen versuchen Dinge beziehungsweise Systeme irgendeiner Art, im Besonderen aber Menschen, durch Handlungen zu verändern oder in ihrem gegenwärtigen Zustand zu erhalten.» (S. 411). Wird beispielsweise die Medizin mit der Sozialen Arbeit verglichen, nehmen beide Professionen unterschiedlichen Einfluss auf Menschen und haben ein dem ihrer Profession entsprechendes Menschenbild inne. Kommunikation wird nach Obrecht (2006) definiert als: « (...) eine besondere Form einer sozialen Handlung, durch die ein Mensch einen anderen auf dem Wege einer Mitteilung zu verändern trachtet; Kommunikation kann mimisch, gestisch und taktil unterstützt werden.» (S. 421). Wie bereits erwähnt, nimmt die Kommunikation eine zentrale Funktion in der Interprofessionellen Kooperation ein und wird durch den Umstand der Statusunterschiede zwischen den einzelnen Professionen erschwert (Obrecht, 2006, S. 409). Dieser Statusunterschied kann sich durch verschiedene Stellungen innerhalb einer Organisation oder ungleiche Entwicklungsniveaus der Professionen bilden. Eine zweite Herausforderung ist der Umstand, dass sich jede Profession durch ihr spezialisiertes Wissen auszeichnet. Es ist jedoch genau dieser Wissensunterschied, welcher die Verständigung mit einer anderen Profession, welche wiederum über ein anderes Wissen verfügt, verhindert (ebd.). Diese Herausforderungen müssen bewältigt werden, um dem Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit gerecht zu werden, welche nach Obrecht (2006): « (...) die Erhöhung sowohl der

Effektivität wie auch der Effizienz der Lösung praktischer Probleme von Individuen (...)» sind (S. 427).

4 Forschungsmethode

In diesem Kapitel wird die Forschungsmethode in ihren einzelnen Schritten dargestellt und erläutert. Wie in der Motivation dieser Arbeit bereits beschrieben, handelt es sich um eine qualitative Forschung. Einführend werden zuerst das Forschungsthema und danach die Forschungsfragen dargelegt. Diesen Ausführungen folgt das Forschungsdesign, in welchem die qualitative Erhebungsmethode als Forschungsmethode vorgestellt wird. Anschliessend wird das Expert*inneninterview als Erhebungsinstrument der Forschung dargestellt. Nach dessen Vorstellung werden die Wissensformen, welche für diese Forschung relevant sind, ebenfalls genauer betrachtet. Nachfolgend wird auf die Herausforderungen bei der Durchführung von Interviews eingegangen, gefolgt von der konkreten Entwicklung des verwendeten Leitfadens und der Formulierung der Fragen. Danach werden in einer kurzen Abfolge das Induktions- und Deduktionsprinzip vorgestellt, wobei das Deduktionsprinzip für diese Forschungsarbeit angewendet wurde. Das Samplingverfahren folgt diesen Ausführungen und weist darauf hin, welche Institutionen und Fachpersonen für die Forschung ausgewählt wurden. Insgesamt wurden drei Institutionen im Rahmen dieser Forschungsarbeit berücksichtigt, wobei vier Expert*inneninterviews zum Thema Recovery durchgeführt werden konnten. Die Institutionen mit den jeweils dazugehörigen Fachpersonen werden ausführlich vorgestellt und die Forschungsmethode endet in der Erläuterung des Auswertungsverfahrens der Ergebnisse.

In der verwendeten Fachliteratur wird nach wie vor von Experteninterviews in der männlichen Form gesprochen. Zur Gleichbehandlung aller Geschlechter verwenden die Forscherinnen den Begriff Expert*inneninterviews. Der Ausdruck Experteninterview wird nachfolgend lediglich für die Darstellung von Literaturinhalten verwendet.

4.1 Forschungsthemen

In der Forschungsarbeit geht es grundsätzlich um folgende Themen, welche den Inhalt für die Expert*inneninterviews gebildet haben. Als Einstieg dienten Forschungsfragen zur Bedeutung von Recovery. Dazu gehören Besonderheiten und spezifische Merkmale, welche den Recovery-Ansatz auszeichnen. Insbesondere wurden die Erfahrungen der Expert*innen erhoben, welche Sie in den vergangenen Jahren mit dem Recovery-Ansatz gemacht haben. Die

Relevanz von Recovery in der Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und den Betroffenen interessierte dabei besonders. Um einen vertiefteren Einblick über den Ist-Zustand zu gewinnen, wurde der spezifische Entwicklungsbedarf erfragt, welcher aus Sicht der Expert*innen zurzeit besteht. Die Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen stellte ebenfalls ein Frage-thema dar und wurde durch die Ausführungen zu den Aufgaben, beziehungsweise zu den Auf-trägen ergänzt, welche die Berufsgruppen und Professionen bei der Umsetzung von Recovery einnehmen. Im Fokus standen die Rolle und die Aufgaben der Professionellen der Sozialen Arbeit. Dazu gehören die Erläuterungen über den aktuellen Entwicklungsbedarf in diesen Be-reichen und die Berührungspunkte, welche zwischen dem Recovery-Ansatz und der Sozialen Arbeit, in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, be- stehen.

4.2 Forschungsdesign mit qualitative Erhebungsmethode

Für die Forschung wurde eine qualitative Erhebungsmethode gewählt. Zuerst wird kurz darauf eingegangen, was unter qualitativer Forschung in der Sozialen Arbeit verstanden wird. In ei-nem nächsten Schritt wird das Expert*inneninterview als Erhebungsmethode der qualitativen Forschung vorgestellt und genauer erläutert.

Menschen leben in unterschiedlichen Kontexten und Lebenslagen (Günter Essl, 2006, S. 114). Die Merkmale von beispielsweise Geschlecht, Alter und Einkommen, sind von Person zu Per-son verschieden und bezeichnen die jeweiligen Lebenslagen. Die qualitative Forschung setzt bei dieser Ausgangssituation an und unternimmt den Versuch, ein möglichst vertieftes Abbild der jeweiligen Umstände einer Zielgruppe zu schaffen. Die Wirklichkeit ist ein sich immer än-dernder und neu wandelnder Konstruktionsprozess. Sie zeichnet sich durch individuelle Erleb-nisse, Erfahrungen, Ansichten und Meinungen der Klientel aus. Die Beschreibung dieser sub-jektiven Wirklichkeit steht in der qualitativen Forschung im Zentrum (ebd.).

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden Expert*inneninterviews erhoben und ausgewer-tet. Die Bedeutung der Expert*inneninterviews wird nachfolgend genauer ausgeführt.

4.3 Expert*inneninterviews als Erhebungsinstrument

Die Namensgebung der Experteninterviews ergab sich durch die anvisierte Untersuchungs-gruppe, welche Expert*innen als Zielgruppe für die Interviews vorsieht (Günter Mey & Katja Mruck, 2007, S. 254). Das Experteninterview kommt in erster Linie zum Einsatz, wenn das

Interview nicht auf biografische Inhalte zielt (Mey & Mruck, 2007, S. 254). Die befragten Personen werden zu einem Kontext interviewt, welcher nichts mit ihrer Biografie zu tun hat und lediglich auf Erfahrungen in einem spezifischen Fachgebiet, in welchem sie selbst Akteurin oder Akteur sind, abzielt. Diese Interviewform wird daher auch akteurspezifisches Interview genannt (ebd.).

Interviews, in all ihren unterschiedlichen Formen, dienen in erster Linie dazu, Wissen durch die Befragten zu gewinnen (Alexander Bogner, Beate Littig, & Wolfgang Menz, 2014, S. 17). Drei Wissensformen spielen für diese Forschungsarbeit eine wesentliche Rolle. Als erstes deckt das technische Wissen den Zugang zum typischen Fachwissen ab. Demnach das Wissen über Informationen und Fakten, welche die interview leitenden Personen nicht besitzen (ebd.). Technisches Wissen gilt als objektiv, da es sich um die Erläuterung von Zusammenhängen handelt, welche personenunabhängig wiedergegeben werden können (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 18). Das Prozesswissen zeichnet sich durch die Nähe und den Erfahrungswert der Befragten aus und bietet Wissen über Abläufe, Interaktionen und Ereignisse an. Es ist personenabhängig und daher nicht objektiv, da das Wissen der Personen auf den gemachten Erfahrungen basiert und diese nicht verallgemeinert werden können. Als dritte Wissensform steht das Deutungswissen. Dieses beinhaltet die subjektiven Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen und Deutungen der Befragten (ebd.). Der Wissensgewinn dieser Wissensform zeigt sich durch die subjektive Perspektive der Expert*innen (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 19). Der Inhalt des Interviews gibt Aufschluss über ihre Bewertungen und Zielformulierungen, weshalb dieses Wissen ebenfalls einen Einblick in die normativen Deutungen der Befragten gibt (ebd.).

Drei wesentliche Herausforderungen sind bei der Durchführung von mündlichen Interviews zu beachten (François Höpflinger, 2005, S. 45). Als erstes steht der Umstand, dass sich die interviewende Person und die Expert*innen fremd sind. Um diesem Gefühl der Fremdheit entgegenzuwirken, findet zuerst eine gegenseitige Einschätzung statt. Die zu befragende Person wird möglicherweise versuchen, sich in günstigem Licht darzustellen, was zu einer Verzerrung der Antworten führen kann. Als zweites ist der Umstand zu nennen, dass Interviews häufig eine ungewohnte soziale Situation darstellen, welche zu Verhaltensunsicherheiten, wie beispielsweise Lachen oder Kichern, führen können. Dies wird als spannungsabbauendes Verhalten eingesetzt und kann bei Interviews häufig beobachtet werden (ebd.). Als Drittes steht

die Asymmetrie der sozialen Situation (Höpflinger, 2005, S. 45). Es handelt sich nicht um ein gegenseitiges Gespräch. Vielmehr werden Fragen gestellt, welche der oder die Befragte zu beantworten hat. Bei Experteninterviews werden zudem Antworten erwartet, die explizite Auskünfte ohne Abschweifungen enthalten (ebd.).

Für Experteninterviews ist die Erarbeitung und der Einsatz eines Leitfadens geeignet (Mey & Mruck, 2007, S. 268). Den Forschenden dient der Leitfaden zu einer vorgängigen Sortierung des bereits erworbenen Wissens und zur Konkretisierung des Forschungsinhaltes. Zudem bietet er die Möglichkeit während des Gesprächs flexibel auf die zu interviewende Person einzugehen und kann gleichzeitig als Checkliste genutzt werden (ebd.). Auf diese Weise verläuft das Gespräch zum einen nicht der Reihe der Fragen nach, zum anderen gehen keine wichtigen Inhalte verloren (ebd.). Jochen Gläsl und Grit Laudel (2004; zit. in Mey & Mruck, 2007) empfehlen minimal acht bis maximal fünfzehn Fragen in den Leitfaden aufzunehmen (S. 268).

4.4 Leitfadenentwicklung

Die Leitfadenentwicklung erfolgt nach Mey und Mruck (2007) in drei konkreten Schritten (S. 269). An erster Stelle steht ein Brainstorming, welches zum Ziel hat, möglichst viele unterschiedliche Fragen zu finden, welche passend zum Forschungsthema erscheinen. Das Brainstorming lebt durch die gegenseitigen Inputs der Mitdenkenden, weshalb es in Gruppen meist am wirkungsvollsten ist (ebd.). Cornelia Helferich führt den zweiten Schritt als die sogenannte Prüfung der Fragen aus (Helferich, 2005; zit. in Mey & Mruck, 2007, S. 269). Die im Brainstorming gesammelten Fragen werden nochmals dahingegen überprüft, ob sie wirklich zur Beantwortung der Forschungsfrage dienlich sind (ebd.). Die Sortierung als abschliessender Schritt hat die Einordnung der Fragen in Themenblöcke zum Ziel (Mey & Mruck, 2007, S. 270). Anhand dieser Themenblöcke lässt sich nochmals überprüfen, ob das Forschungsthema genügend abgedeckt wird, bevor der Leitfaden in den Experteninterviews zur Anwendung kommt (ebd.).

Der Formulierung der Fragen für den Leitfaden ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Um den Expert*innen einen Sprechanreiz zu bieten, eignen sich erzählungsgenerierende Fragen (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 62). Ziel einer solchen Frageformulierung ist es, die befragte Person zu längeren Ausführungen und Deutungen über Erlebnisse zu einem Thema anzuhalten (ebd.). Bei den Bewertungsfragen und Stellungnahmen geht es hingegen vielmehr um die Bewertung eines bestimmten Umstandes oder die Einschätzungen der Expert*innen zu forschungsrelevanten Aspekten (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 64). Werden im Verlauf des

Interviews die Inhalte nicht genügend ausgeführt, können Sondierungsfragen hilfreich sein (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 66). Es finden Nachfragen über einzelne Sachverhalte statt, die noch nicht genügend präzisiert wurden. Dies können beispielsweise Verständnisfragen sein, welche Unklarheiten erhellen (ebd.). All diese Frageformen wurden bei der Herstellung des Leitfadens für die vorliegende Forschungsarbeit genutzt (vgl. Abbildung 2).

<p>Frage 6</p> <p>Welche Berufsgruppen sind an der Umsetzung von Recovery in Ihrer Institution beteiligt?</p> <p>Vertiefungsfragen: Welche Aufgaben bzw. Aufträge übernehmen die einzelnen Berufsgruppen? ...</p>
<p>Frage 7</p> <p>Welche Berührungspunkte bestehen zwischen Recovery und der Sozialen Arbeit?</p> <p>Vertiefungsfragen: Welche Aufgaben übernehmen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Recovery? Wo wird ein Handlungsbedarf ersichtlich? ...</p>

Abbildung 1: Ausschnitt Leitfaden Expert*inneninterviews (Quelle: eigene Darstellung)

4.5 Deduktionsprinzip

Die qualitative Forschung orientiert sich an zwei Prinzipien. Zum einen am Induktionsprinzip und zum anderen am Deduktionsprinzip, welche folglich vorgestellt werden. Der Forschung voraus geht ein Rechenschritt, um den forschenden Personen einen wissenschaftlichen und theoretischen Überblick über die aktuelle Lage in ihrem Forschungsgebiet zu vermitteln (Essl, 2006, S. 114). Auf diese Weise wird ein möglichst genaues Abbild der Wirklichkeit herbeigeführt. Dieses dient als Grundlage für die Bildung von Thesen und Hypothesen für die Forschungsarbeit. Bei der Induktion finden Schlussfolgerungen basierend auf der erarbeiteten Ausgangslage statt (ebd.). Die Deduktion hingegen hat die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen und Thesen zum Ziel (Essl, 2006, S. 115). Nachfolgend wird das Samplingverfahren

vorgestellt, welches sich, im Falle dieser Forschungsarbeit, ebenfalls am Deduktionsprinzip orientierte.

4.6 Samplingverfahren

Das Sample, auch Stichprobe genannt, ist für eine Forschungsarbeit von zentraler Bedeutung (Höpflinger, 2005, S. 23). Die Stichprobe bezeichnet eine gewisse Anzahl von befragten Personen, welche aus einer grösseren Personengruppe anhand bestimmter Kriterien ausgewählt wird. Das Samplingverfahren dient zur Bestimmung der zu befragenden Personen (ebd.). Eines dieser Samplingverfahren ist die deduktive Stichprobenziehung. Diese bezieht sich auf bestimmte Kriterien, welche bereits im Vorfeld festgelegt werden (Michael Quinn Patton, 1990; zit. in Marius Metzger, 2009, S. 1). Die Kriterien dienen dazu, Personen auszusuchen, welche sich für die Forschung als Stichprobe eignen (ebd.). Für Experteninterviews ist besonders die gesteuerte Auswahl ein sinnvoller Ansatz (Höpflinger, 2005, S. 30). Die Befragung einiger weniger erfahrenen Expert*innen, die sich auf dem Gebiet auskennen, genügt, um sich einen vertieften Einblick zur Forschungsthematik anzueignen (ebd.).

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden folgende Kriterien zur Auswahl der Stichproben verwendet. Die Expert*innen verfügen entweder über praktische und/oder theoretische Erfahrung in der Anwendung des Recovery-Ansatzes. Bei der Anwendung sind ausschliesslich ambulante oder stationäre Settings ausschlaggebend. Die Fachpersonen können entweder über die Anwendung in der Stadt Luzern Auskunft geben oder haben einen Überblick über den aktuellen Stand in der Schweiz. Die Fachpersonen, welche sich als Stichprobe bereit erklären, arbeiten ausschliesslich mit Erwachsenen, welche eine psychische Beeinträchtigung haben. Bezugnehmend auf die Abgrenzungskriterien sind Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Beeinträchtigung nicht Teil dieser Forschungsarbeit. Die Leitfadeninterviews werden mit Expert*innen der Medizin, Psychiatrie, der Pflege und der Sozialen Arbeit durchgeführt.

4.7 Expert*innen und Institutionen im Überblick

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden vier Expert*innen aus drei Institutionen befragt, welche nachfolgend kurz vorgestellt werden. Der Feldzugang zu den Expert*innen wurde durch Kontaktaufnahmen per Mail und einer persönlichen Kontaktaufnahme an einer Veranstaltung der Paulus Akademie zum Thema Psychiatrie der Zukunft gewährleistet. Die Institutionen werden anhand Informationen von ihren Websites portraitiert und dargestellt.

4.7.1 Pro Mente Sana

Uwe Bening, diplomierter Psychologe und Fachverantwortlicher für Recovery bei *Pro Mente Sana*, stellte sich für ein Interview als Experte zur Verfügung (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Die Schweizerische Stiftung *Pro Mente Sana* setzt sich für die Interessen und Rechte psychisch beeinträchtigter Menschen ein (Pro Mente Sana, ohne Datum). Sie macht sich seit 40 Jahren für die berufliche und soziale Integration betroffener Personen stark. Zudem bekämpft sie Vorurteile und Benachteiligungen, um die Gleichstellung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung weiter voranzutreiben. *Pro Mente Sana* sieht folgendes als ihre Vision an: “Unser Auftrag ist erfüllt, wenn alle psychisch beeinträchtigten Menschen und ihre Angehörigen Respekt und Unterstützung erhalten, Vertrauen in die eigene Lebendigkeit gewinnen und ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben gestalten können.” (ebd.).

Zu den konkreten Angeboten von *Pro Mente Sana* gehören unter anderem eine kostenfreie Beratung für alle Personen, die in Kontakt mit Themen von psychischer Beeinträchtigung oder Gesundheit kommen (Pro Mente Sana, ohne Datum). Die Beratungen können rechtliche oder psychosoziale Fragen abdecken und bieten sich für jegliche Personen an, welche mit der Thematik in Berührung kommen. Als zentrales Anliegen der Stiftung ist die Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen zu nennen. Psychische Erkrankungen können ein herausforderndes Gesprächsthema darstellen und der Umgang mit den Betroffenen ist häufig mit Unsicherheiten verbunden. Durch Wissen über psychische Beeinträchtigungen kann das Verständnis erweitert werden, was wiederum zu einer erhöhten Sicherheit im Umgang mit betroffenen Personen und Angehörigen führen kann. Eine spezifische Förderung durch die Stiftung findet im Bereich des dialogischen Ansatzes statt. Dieser bezeichnet den Austausch zwischen betroffenen Personen, Angehörigen und Fachpersonen. Im Zentrum des Austauschs stehen die gemachten Erfahrungen mit psychischer Erkrankung. Wesentlich zu beachten ist der Umstand, dass die Aussagen nicht gewertet werden. Durch diese gleichberechtigten Blickwinkel können die Teilnehmenden des Dialogs gegenseitig voneinander profitieren. Der Dialog orientiert sich am Recovery-Modell, welches die Genesung in den Vordergrund stellt. Themen wie Sinnfindung, das Gefühl von Gesundheit, gesundheitsfördernde Wege, Krisen und das Leben im Allgemeinen, stehen dabei im Fokus der Diskussionen (ebd.).

Pro Mente Sana widmet sich unter anderem der Ausbildung von Peers (Pro Mente Sana, ohne Datum). Mit Peer ist eine Gruppe von Gleichgestellten gemeint, welche anderen auf ihrem

persönlichen Gesundungsweg unterstützend zur Seite stehen. Personen, die aus eigener Erfahrung erlebt haben, wie es ist, mit einer psychischen Erkrankung zu leben, können sich als Peer zur Verfügung stellen. Um als Peer bei *Pro Mente Sana* mitwirken zu können, sind folgende Voraussetzungen notwendig. Es bedarf einer hohen Bereitschaft über eigene Erfahrungen zu sprechen, wobei keine akute Krise vorhanden sein darf. Dies setzt eigene Erfahrungen mit schweren psychischen Erschütterungen und deren Bewältigung voraus. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist dabei zentral und zeichnet die Zielgruppe der Peers aus. Die gemachten Erfahrungen reflektiert einzubringen, kann in unterschiedlichen Weisen geschehen. Als Beispiele sind hier die Öffentlichkeitsarbeit, der Bereich der Bildung, wie auch die Arbeit mit den Betroffenen zu nennen. Das eigene Erfahrungswissen verhilft den Peers zur Bezeichnung Expertin oder Experte aus Erfahrung. Gesundung von schwerer psychischer Erkrankung ist möglich. Diese Erkenntnis schafft besonders bei betroffenen Menschen bisher unerwartete Hoffnung und macht Mut zur Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung. Auf diesem Weg soll die Weiterbildung Recovery Wege entdecken weiterhelfen, indem sie den persönlichen Gesundungsprozess unterstützt, der für eine nachhaltige Stabilisierung hilfreich und sinnvoll ist.

4.7.2 *traversa*

Susanne Lanz ist gelernte Pflegefachfrau und arbeitet im begleiteten Wohnen beim *Verein traversa*. Yolanda Doran ist ausgebildete Fachperson der Sozialen Arbeit und Fachbereichsleiterin des Ressorts Sozialberatung. Sie stellten sich gemeinsam für ein Interview zur Verfügung (Interview vom 05.03.2020).

Traversa bietet ein Netzwerk für Menschen mit einer psychischen Erkrankung (*traversa*, ohne Datum). Der Verein wurde im Jahr 1874 gegründet und nannte sich bis ins Jahr 2014 Hilfsverein für arme Irre. Ihren Sitz begründet *traversa* in Luzern. Ihr Zuständigkeitsbereich umfasst die Kantone Luzern, sowie Ob- und Nidwalden. Die Dienstleistungen richten sich dabei an Personen, die von psychischer Krankheit betroffen sind, deren Angehörigen, sowie an die allgemeine Öffentlichkeit. *Traversa* erachtet ihren Hauptauftrag in der Wahrnehmung der Interessen der Personen mit einer psychischen Erkrankung sowohl in der Gesetzgebung wie auch in der Öffentlichkeit. Des Weiteren leistet *traversa* Präventionsarbeit und informiert über alle Aspekte von psychischer Krankheit (ebd.). Der Verein fördert psychisch erkrankte Personen in

ihrer Selbsthilfe und berät die betroffenen Personen und ihre Angehörigen in allen Bereichen (traversa, ohne Datum).

Gemäss Organigramm des Vereins *traversa* gliedern sich ihre Dienstleistungen in zwei Hauptbereiche: die ambulanten und die stationären Angebote (traversa, ohne Datum). Die ambulanten Angebote umfassen die Ressorts des begleiteten Wohnens, der Sozialberatung, des Tageszentrums und der Kurs- und Ferienangebote. Zu den stationären Dienstleistungen zählen die verschiedenen Wohnhäuser, das Ausbildungswesen und die Peer-Arbeit. In den Wohnhäusern sollen Personen mit einer psychischen Erkrankung in grösstmöglicher Selbständigkeit und Eigenverantwortung leben können. Mit den ambulanten Angeboten verfolgt *traversa* das Ziel, dass sich den davon profitierenden Menschen vielfältige Kontakte eröffnen und sie Freiraum für ihre Lebensgestaltung erhalten (ebd.). Die Dienstleistungen von *traversa* richten sich an Personen ab dem 18. Altersjahr bis zum Pensionsalter (traversa, ohne Datum). Durch die Förderung von Ressourcen sollen neue Erfahrungen und Perspektiven ermöglicht werden. Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit unterstützen die soziale, kulturelle und wirtschaftliche Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Die Inanspruchnahme der Sozialberatung und der Besuch des Tageszentrums ist für die angesprochenen Personen unentgeltlich (ebd.).

Im Jahresbericht 2018 (traversa, 2019) erwähnte die abtretende Präsidentin des Vereins *traversa*, Rosmarie Dormann, dass der Verein permanent daran interessiert sei, aktuelle gesellschaftliche Tendenzen und Themen aufzunehmen und weiterzuentwickeln (S. 7). In diesem Zusammenhang erwähnte sie, dass *traversa* Recovery als neue Haltung installiert hat (ebd.).

4.7.3 Luzerner Psychiatrie

Martin Fluder ist Bereichsleiter Pflege der stationären Dienste in der Klinik Luzern. Er kommentierte die Interviews mit seiner Teilnahme als Experte (Interview vom 06.03.2020).

Die *Luzerner Psychiatrie (lups)* versteht sich als führende Partnerin für das psychiatrische Versorgungsnetzwerk in der Zentralschweiz (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum). Die Organisation deckt für die Kantone Luzern, Obwalden und Nidwalden die psychiatrische Grundversorgung ab. Gemäss Leistungsauftrag lässt sich die *lups* in drei Hauptbereiche unterteilen. Dies sind die ambulanten Dienste mit den tagesklinischen Angeboten, die stationären Dienste und die Kinder- und Jugendpsychiatrie (ebd.). Die Grundversorgung in diesen Bereichen umfasst

Abklärung, Diagnostik und Therapie (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum). Aus dem Leistungsauftrag wird ersichtlich, dass die *Luzerner Psychiatrie* Personen jeden Alters behandelt und dabei egal ist, in welcher Krankheitsphase sie sich befinden. Ambulant vor stationär ist dabei der Grundsatz, an welchem sich die *Luzerner Psychiatrie* orientiert (ebd.).

Für die vorliegende Arbeit sind vor allem jene Angebote der *Luzerner Psychiatrie (lups)* von Relevanz, die sich an Recovery orientieren. Dabei lassen sie sich in ambulante und stationäre Angebote entlang von Recovery unterscheiden. Erstere deckt die ambulante Recovery-Gruppe in Reiden ab (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum). Sie bietet Raum für Reflexion, Zuhören und Austausch. Die Moderation und die teilnehmenden Personen nehmen während der Gruppenzusammenkunft eine voneinander lernende Rolle ein. Das Ziel des Gruppenangebotes ist es, Perspektiven und Möglichkeiten im Umgang mit der eigenen Erkrankung zu gewinnen. Stationäre Angebote nach Recovery lassen sich im Angebot der *lups* unter anderem in der Klinik Luzern finden. Wie in den ambulanten Gruppenangeboten, soll der gegenseitige Austausch mit anderen Betroffenen Möglichkeiten sichtbar machen, wie die eigene Recovery-Reise gestaltet werden kann. Zentral für die *lups* ist dabei, dass jeder Mensch auf die Suche nach den gesunden und stärkenden Anteilen gehen kann. Ebenfalls erachtet es die *Luzerner Psychiatrie* als möglich, ein gutes Leben trotz fortbestehender Symptome und wiederkehrenden Krisen zu leben (ebd.). Als begleitendes Angebot stehen in der *lups* nebst den Fachpersonen genesebegleitende Personen, oder auch Peers genannt, zur Verfügung (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum). Diese ausgebildeten Personen stellen ihr Wissen den betroffenen Personen, ihren Angehörigen und Fachpersonen zur Verfügung. Aktuell sind neun Peers in den Kliniken St. Urban, Luzern und Sarnen im Einsatz, welche sowohl in Einzel- wie auch in Gruppengesprächen für einen persönlichen Austausch zur Verfügung stehen (ebd.).

Dass Recovery erhöhte Aufmerksamkeit geboten werden soll, zeigt auch ein Blick in den Veranstaltungs- und Weiterbildungskalender der *Luzerner Psychiatrie* (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum). Darin bietet die Psychiatrie im Frühjahr 2020 die Weiterbildung Recovery praktisch an. Diese soll Fachpersonen, psychiatriee erfahrenen Personen und deren Angehörigen ein vertieftes Verständnis von Recovery ermöglichen (ebd.).

4.8 Auswertungsverfahren

Bogner, Littig und Menz (2014) sagen, dass es für Experteninterviews zurzeit keine vorgegebenen Auswertungsverfahren gibt (S. 71). Aus diesem Grund werden für die Auswertung

verschiedene Methoden angewendet, wobei die jeweilige Forschungsfrage massgebend für die Wahl des Auswertungsverfahrens ist (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 71). Nachfolgend wird das Auswertungsverfahren dieser Forschungsarbeit dargestellt (ebd.).

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde eine qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung durchgeführt (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 72). Experteninterviews haben in erster Linie eine möglichst hohe Informationsgewinnung zum Ziel. Deshalb ist die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse geeignet, da sie die Erhebung von Informationen in den Fokus setzt. Expert*innenwissen ist in einem gewissen Masse immer selektiv und teilweise auch widersprüchlich, da es sich um Wissen von einzelnen Personen handelt. In der Regel stellt dieses Wissen trotz einiger Widersprüche eine Abbildung der Wirklichkeit dar (ebd.). Die qualitative Inhaltsanalyse unternimmt den Versuch, diese dargestellte Wirklichkeit zu rekonstruieren und durch den Vergleich der Informationen Zusammenhänge herzustellen (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 73). Die Auswertung der Informationen zielt darauf ab, die gewonnenen Informationen so darzustellen, dass sie zur Beantwortung der Fragestellung genutzt werden können. Nachfolgend wird das fünfstufige Auswertungskonzept, welches einer Top-Down-Logik folgt, konkret vorgestellt (ebd.).

1. Fragestellung und Materialauswahl

Aus der gewählten Fragestellung leitet sich die Frageperspektive ab (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 73). Die Frageperspektive dient dazu, den Inhalt der Experteninterviews von einem gewissen Blickwinkel aus zu betrachten und relevante inhaltliche Aspekte herauszuarbeiten. Die Experteninterviews werden zuerst transkribiert und dann unter Berücksichtigung der Frageperspektive im nachfolgenden zweiten Schritt auf die wichtigsten Inhalte begrenzt (ebd.).

2. Aufbau eines Kategoriensystems

Die gewonnenen Informationen werden in einem Kategoriensystem aufgelistet, wobei, wie bereits beim Forschungsdesign ausgeführt, eine Orientierung am deduktiven Modell stattfindet (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 74). Die Kategorien wurden direkt anhand des Leitfadens herausgearbeitet und zur deutlichen Unterteilung unterschiedlich farbig markiert (vgl. Abbildung 2).

Frage 6

Welche Berufsgruppen sind an der Umsetzung von Recovery in Ihrer Institution beteiligt?

Vertiefungsfragen:

Welche Aufgaben bzw. Aufträge übernehmen die einzelnen Berufsgruppen?

...

Frage 7

Welche Berührungspunkte bestehen zwischen Recovery und der Sozialen Arbeit?

Vertiefungsfragen:

Welche Aufgaben übernehmen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Recovery?

Wo wird ein Handlungsbedarf ersichtlich?

...

Abbildung 2: Kategorisierung durch farbliche Einteilung (Quelle: eigene Darstellung)

3. Extraktion

Die Extraktion bezieht sich auf die Herausfilterung der wesentlichen Informationen, um eine Informationsbasis zu schaffen (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 74). Die Transkripte werden der Reihe nach durchgegangen und die zentralen Inhalte extrahiert. Dieser Schritt ist bereits ein erster Interpretationsschritt, da entschieden werden muss, welche Informationen in das Kategoriensystem aufgenommen werden und welche nicht (ebd.). Die Inhalte der Expert*inneninterviews wurden durch farbliche Markierungen gesammelt und den dazugehörigen Kategorien unterteilt (vgl. Abbildung 3).

280 Pause). Da haben wir keine Augenhöhe, sondern da schöpft jemand äh.. einfach ein Stück für
 281 den eigenen Selbstwert daraus, sich überlegen zu fühlen, weil krank ist der andere. Ich habe
 282 ja alles im Griff. Und das ist eine Grundillusion, glaube ich. Von da her geht es, wie können
 283 wir denn begegnen und das ist die Herausforderung. Wie sind Menschen bereit dazu? Da
 284 sind letztendlich alle Berufsgruppen sind äh.. beteiligt. Das sind Pflege, Sozialarbeit, Psycho-
 285 logie, Psychiatrie ist (2" Pause) wobei grundsätzlich glaube ich eben, gerade die Psychiatrie,
 286 die ist so in ihrem Muster, das haben wir in dem Artikel eben auch geschrieben, äh.. Krepin
 287 vor 1896 hatte das in seinem Lehrbuch geschrieben «niemand wagt es| mehr zu bezweifeln,
 288 dass diese Störungen psychiatrisch äh.. zu behandeln sind und dass wir vor allem eine Ver-

Abbildung 3: Auszug aus den Kategorien der Transkripte (Quelle: eigene Darstellung)

4. Aufbereitung

Um die Qualität der gesammelten Informationen zu erhöhen, werden inhaltlich zusammenhängende Informationen herausgearbeitet (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 74). Die gesammelten Inhalte wurden in den wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschieden einander tabellarisch gegenübergestellt. Zur bestmöglichen Übersicht fand diese Darstellung mittels farblicher Hervorhebungen und Markierung einzelner Passagen statt (vgl. Abbildung 4).

<p>Frage 6</p> <p>Welche Berufsgruppen sind an der Umsetzung von Recovery in Ihrer Institution beteiligt?</p> <p>Welche Aufgaben bzw. Aufträge übernehmen die einzelnen Berufsgruppen?</p>	<p>Y: Einfach alle. Vom Sekretariat bis zu den geschützten Arbeitsplätzen. Die geschützten Plätze, die Geschäftsleiterin, die Sozialarbeiterinnen, die Sozialpädagogik und die Leute aus der Pflege. Und natürlich die Buchhaltung, die müssen die gleiche Haltung haben, wenn beispielsweise jemand wegen einer Ratenzahlung anruft.</p> <p>S: Bis zur Putzfrau und zum Koch. Alle müssen durch das Programm.</p>	<p>Alle. In den Behandlungsteams der Abteilungen sind Oberärzte, Pflegefachpersonal, Stationsleitung, Fachleute Gesundheit, Assistenzarzt, Psychologie, Sozialarbeitende, Therapeuten, Kunst- und Gestaltungstherapie, Ergotherapie, Holzwerkstatt, Arbeitsagogik, Bewegungstherapie.</p>	<p>Da sind letztendlich alle Berufsgruppen beteiligt. Das sind Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Psychiatrie. Wobei grundsätzlich glaube ich eben, gerade die Psychiatrie, die ist so in ihrem Muster.</p>
--	---	---	--

<p>Frage 7</p> <p>Welche Berührungspunkte bestehen zwischen Recovery und der Sozialen Arbeit?</p> <p>Welche Aufgaben übernehmen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Recovery? Wo wird ein Handlungsbedarf ersichtlich?</p>	<p>Y: Die Herausforderung ist – wenn wir von der Sozialen Arbeit sprechen – dass wir die Haltung und die Zuversicht, im Kontext vom beruflichen Alltag einbringen. Und dies nicht nur im freiwilligen Rahmen, sondern auch auf die gesetzliche Arbeit anwenden. Ich habe das Gefühl, dass wir viel ausprobieren und sammeln müssen. Das ist eine besondere Herausforderung. Ich bin jedoch überzogen davon, dass wir diese Grundhaltung noch besser in die gesetzliche Arbeit einbringen können. Das wäre schön, wenn sich jemand dieser Thematik annehmen könnte und schauen würde, wie wir das genau einbringen können.</p>	<p>Meine Erwartung ist, dass wir wertneutral und ergebnisoffen auf eine Person zugehen. Klar, als Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter hat man vielfach einen klaren Auftrag. Bspw. die Vereinbarung eines Arbeitgebergesprächs oder die Organisation einer Wohnmöglichkeit nach dem Aufenthalt. Das ist ein klarer Auftrag, der im besten Fall von der betroffenen Person erfolgt. Als Fachperson der Sozialen Arbeit kann ein Vorschlag gemacht werden, der Sinn macht, der jedoch gut begründet werden muss. Ebenfalls muss mit den Patienten angeschaut werden, wie der Weg zum Ziel ausgestaltet werden soll.</p>	<p>Sehr entscheidend ist, und da ist dann auch die Sozialarbeit gefordert, immer wieder, wie werden Menschen denn ermutigt auf diesen Weg zu gehen. Wenn einem Menschen gesagt wird, du hast diesen Defekt und du bist entsprechend verletzlich und deswegen musst du dich anpassen, du musst diese Medikamente nehmen, du musst Stress vermeiden, weil das Vulnerabilitäts-Stressmodell sagt, zu viel Stress führt dazu, dass du wieder psychotisch dekompenstierst oder in eine depressive Krise kommst.</p> <p>Ist diese Weichenstellung sehr entscheidend, weil, wenn dem betroffenen Menschen das vermittelt wird, wird eine permanente Angst implementiert und Angst behindert Gesundheit. Es geht darum, wie können Menschen</p>
---	---	---	---

Abbildung 4: Tabelle mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Kategorien (Quelle: eigene Darstellung)

5. Auswertung

Bei der Auswertung schlussendlich steht die Beantwortung der Fragestellung im Zentrum (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 74). Es findet eine vergleichende Analyse mit dazugehöriger Interpretation statt und Kausalzusammenhänge werden abgeleitet (ebd.).

5 Forschungsergebnisse

Die gewonnenen Forschungsergebnisse aus den Expert*inneninterviews werden anhand von sechs Unterkapitel dargestellt, welche die Schwerpunkte mit den wesentlichen Inhalten der Forschungsarbeit zusammenfassen.

5.1 Recovery als Modewort

Lanz vom Verein *traversa* vertritt die These, dass Recovery: «alter Wein in neuen Schläuchen» ist (Interview vom 05.03.2020). Sie führt dazu aus, dass Recovery im Verein *traversa* bereits seit geraumer Zeit umgesetzt wird. Nun hat die Umsetzung mit dem Begriff einzig einen neuen Namen erhalten (ebd.). Martin Fluder bestätigt im Interview vom 06.03.2020 die Vermutung, dass viele im Gesundheitswesen tätige Menschen bereits intuitiv nach Recovery gearbeitet haben, bevor die offizielle Bezeichnung aufkam (ebd.). Anlässlich des Interviews vom 28.02.2020 führt Bening aus, dass der Begriff Recovery womöglich grundsätzlich falsch ist. Im Austausch mit anderen Fachpersonen für Recovery sei er auf die Übersetzung von Rückkehr zu etwas Ursprünglichem als Begriffsdefinition von Recovery gestossen. Bening geht es hingegen weniger um eine Rückkehr beziehungsweise um die Wiederherstellung des Ursprungs der psychischen Instabilität, als vielmehr darum, das lebendige Potential wiederzuentdecken, welches folglich zu einer erfüllten Lebendigkeit führt. Dieser Prozess des Wiederentdeckens wird durch den Begriff Discovery umschrieben (ebd.).

«Der Begriff Recovery wird heute sehr inflationär gebraucht.» (Bening, Interview vom 28.02.2020).

Inflationär in dem Sinne, dass er heute für alle möglichen Angebote gebraucht wird, darüber hinaus die eigentliche Bedeutung des Begriffs jedoch verloren gegangen oder diffus geworden ist. Damit verbunden sagt er aus, dass die Haltungen hinter Recovery sehr unterschiedlich seien. Diese Äusserung unterstützt er mit der Aussage, dass bei zehn befragten Personen zehn verschiedene Begriffsdefinitionen und Meinungen resultieren würden (ebd.). Lanz teilt die

Kritik, dass Recovery zu einem Modewort mutiert ist und gegenwärtig praktisch jede Institution danach arbeitet (Interview vom 05.03.2020). Sie bezeichnet Recovery als eine Worthülse, die mit vielen Begrifflichkeiten gefüllt werden kann. Die Anmerkung, dass die Mitarbeitenden im Verein *traversa* ebenfalls keine genaue Begriffsdefinition vornehmen könnten, stützt den genannten Kritikpunkt (ebd.).

5.2 Recovery in der Praxis

In der praktischen Umsetzung von Recovery soll zu Beginn mit den Klient*innen besprochen werden, wie der Weg zum Ziel ausgestaltet werden kann (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Fluder lässt dabei offen, wie sich der Begriff Ziel definiert (ebd.). Lanz führt hingegen aus, wann genau dieser Genesungsweg beginnt (Interview vom 05.03.2020). Erhalten Personen eine Diagnose, bricht für sie eine Welt zusammen, da sie nicht mehr als Person existieren, sondern die Diagnose sind. Lanz sieht es folglich als ihre Aufgabe, unabhängig von einer Diagnose, die betroffene Person wieder sichtbar zu machen und sie auf ihrem Weg zu begleiten. Dabei erachtet sie es als zentral, dass jede Person die Möglichkeit erhalten soll, sich auf einen Genesungsweg begeben zu können. Dieser Weg gestaltet sich dabei sehr individuell (ebd.). Lanz führt ebenfalls aus, dass es während des Recovery-Prozesses wesentlich ist, der betroffenen Person Wahlmöglichkeiten zu eröffnen (Interview vom 05.03.2020). Diese führen zu einer Stärkung der Eigenverantwortung und der Selbstbestimmung. Viele zuvor stationär behandelte Klient*innen berichten von einem Übermass an Fremdbestimmung (ebd.). Wahlmöglichkeiten entstehen durch die Auflösung von Verhaltensmuster bei der betroffenen Person (Bening, Interview vom 28.02.2020). Diese Wahlmöglichkeiten führen zu konstruktiven Verhaltensweisen, die dem eigenen Selbst dienen (ebd.).

Doran ergänzt, dass es sich um einen langen Prozess handelt, wozu noch nicht jede Person immer bereit sein muss (Interview vom 05.03.2020). Auch Fluder schliesst sich diesen Aussagen an und führt aus, dass der Recovery-Prozess ein Weg ist, der eine Person auf sich nimmt (Interview vom 06.03.2020). Dieser Weg ist sehr individuell und erfordert Mut von den betroffenen Personen (ebd.). Doran ergänzt dies, indem sie sagt, dass es Mut zum Scheitern braucht (Interview vom 05.03.2020). Für Bening (Interview vom 28.02.2020) heisst Recovery nicht, dass Personen mit Symptomen dahingehend behandelt werden, dass alle Symptome mittels Medikamente eingestellt werden. Dies meint für Bening das medizinische Recovery (ebd.). Seine Definition umschliesst die Meinung, dass der betroffene Mensch wieder

Vertrauen in seine Funktionen gewinnen kann und folglich ein Entwicklungsschritt gelingt (Bening, Interview vom 28.02.2020). Fluder äussert sich im Interview vom 06.03.2020 dahingehend, dass die professionellen Helfer*innen dazu angehalten sind, Mut zu vermitteln. Ausgeführt gibt er folgendes wieder:

«Vermittlung von Mut und Hoffnung ist ein wichtiger Teil der Recovery-Bewegung. Dies deckt sich mit der Entstehungsgeschichte, in welcher die Betroffenen aufgestanden sind und sich gewehrt haben, dass sie keine hoffnungslosen Fälle sind, sondern dass sie wieder gesund werden können. Drum sind wir Fachpersonen dazu angehalten, Mut und Hoffnung zu vermitteln.» (Interview vom 06.03.2020)

Lanz (Interview vom 05.03.2020) geht bei der Vermittlung von Hoffnung noch einen Schritt weiter, indem sie sagt, dass sie zeitweise die Rolle als Hoffnungsträgerin übernimmt, wenn die betroffene Person selbst keine Hoffnung mehr verspürt (ebd.). Doran schliesst sich der Aussage von Lanz an und bekräftigt die Wichtigkeit als Hoffnungsträger*in zu fungieren (Interview vom 05.03.2020). Sie macht jedoch auch darauf aufmerksam, sich nicht von der Hoffnungslosigkeit einer Person anstecken zu lassen (ebd.). Drei von vier interviewten Personen halten einstimmig fest, dass es sich bei Recovery um eine Haltung handelt.

«Für mich ist Recovery eine Haltung und ein Weg, der jemand auf sich nimmt, der Mut braucht und vor allem sehr individuell ist». (Fluder, Interview vom 06.03.2020).

«Recovery beschreibt einen Prozess und eine Haltung.» (Bening, Interview vom 28.02.2020).

«Es ist eine Haltung und ein langer Prozess.» (Doran, Interview vom 05.03.2020).

Fluder definiert die Haltung für sich als Fachperson dahingehend, dass er mit seinem Wissen und seiner Erfahrung mit den Patient*innen in Kontakt tritt und ihnen, bezogen auf Probleme oder Fragestellungen, zur Verfügung steht (Interview vom 06.03.2020). Durch die Bereitstellung seiner Expertise, sowie durch den Austausch, sollen die betroffenen Personen befähigt werden, Entscheidungen zu treffen (ebd.). Nach Lanz zeichnet sich Recovery als Grundhaltung dadurch aus, wie mit den Menschen umgegangen wird (Interview vom 05.03.2020). Gemäss Doran beinhaltet die Grundhaltung nach Recovery in der Beratung, dass sie mit den Leuten über deren inneres Erleben spricht (Interview vom 05.03.2020). Bening wagt die Prognose,

dass die Herausforderung für die Soziale Arbeit darin besteht, eine andere Haltung zu kultivieren und dabei insbesondere die Fragen zu beantworten: Sind wir offen und bereit, eine andere Haltung zu kultivieren? Sind wir bereit, wirklich anders zu begegnen? und sind wir bereit, Menschen zu ermutigen? (Interview vom 28.02.2020). Um diese Fragen beantworten zu können, ist es gemäss Bening unabdingbar, die eigenen Muster zu betrachten und zu hinterfragen. Er appelliert über die Profession der Sozialen Arbeit hinaus an alle Professionen, die am Prozess von Recovery beteiligt sind, ihre Haltung zu verändern (ebd.).

Um dieser Forderung nachzukommen, bedingt es in erster Linie zu erfahren, was die Grundhaltung von Recovery explizit beinhaltet und wie sich diese in der praktischen Umsetzung zeigt.

5.3 Recovery als Grundhaltung

Doran (Interview vom 05.03.2020) spricht bei der praktischen Bedeutung von Recovery davon, dass sie die Leute darin unterstützt, das gegenwärtig Vorhandene zu suchen und gewinnbringend in ihr Leben zu integrieren. Dabei geht es nicht um die Sehnsucht oder den Wunsch, Vergangenes wiederherzustellen (ebd.). Lanz übt die gleiche Grundhaltung aus und sagt, dass sie den Fokus vor allem auf die gesunden Anteile eines Menschen legt (Interview vom 05.03.2020). Sie teilt mit: «Ich glaube Recovery ist eine Grundhaltung, aus der alles andere wächst.». So sieht sie es als ihre Aufgabe, gemeinsam mit den Klient*innen zu erarbeiten, in welchen Bereichen sie sich wohl fühlen und weiterentwickeln können. Für Lanz bedeutet die Grundhaltung nach Recovery nicht zwingend, dass es einer Person während und nach dem Prozess besser gehen muss. Es kann auch heissen, dass eine Person den aktuellen Stand beibehalten kann, was gemäss Lanz: «(...) für gewisse Leute einen extremen Aufwand bedeutet.». Dass es gewissen Personen gelingt, den aktuellen Stand beizubehalten und dieser nicht dauernd schlechter wird, stellt bereits einen Gewinn dar (ebd.). Der Verein *traversa* hat Recovery als Grundhaltung eingeführt (Interview vom 05.03.2020). Doran betont die Wichtigkeit, während des Recovery-Prozesses mit den Betroffenen Offenheit zu bewahren (Interview vom 05.03.2020). Ebenfalls erachtet sie es als elementar, dass die Professionellen die betroffenen Personen nicht stigmatisieren. Aus Erfahrung weiss Doran, dass aufkommende Widerstände von Klient*innen als Lösungsversuche und nicht als Angriff gegen sie als Fachperson zu deuten sind. Für Doran beinhaltet die Grundhaltung nach Recovery ebenfalls, dass die professionelle Person dem Erleben der betroffenen Person Anerkennung schenkt (ebd.). Dabei geht es vor

allem um das innere Erleben einer Person, welches durch das Stellen offener Fragen bestmöglich nachvollzogen werden kann (Doran, Interview vom 05.03.2020). Aus den Antworten leitet Doran anschliessend konkrete Interventionsschritte ab, welche die betroffene Person von ihrem Problem- in ein Lösungserleben führt (Interview vom 05.03.2020). Die Interventionsschritte nach Recovery beinhalten stets das Ziel eines selbstbefähigenden Wegs. Zuletzt erachtet Doran die Aufrechterhaltung von Wertschätzung als grundlegend, was wiederum die Würde des Gegenübers schützt und aufrechterhält (ebd.).

Für Lanz ist es wichtig, der Klientel Verantwortung zu übergeben (Interview vom 05.03.2020). Sie sagt: «Sie müssen plötzlich Verantwortung übernehmen für das, was sie tun, denn ich mache es nicht. Ich decke ihnen den Rücken und unterstütze sie, übernehme jedoch keine Verantwortung.». Lanz ist sich der Gefahr bewusst, dass die Übergabe von Verantwortung eine Überforderung darstellen kann. Sie äussert sich diesbezüglich, dass: «(...) die Gefahr besteht, dass die Klientel ein Risiko eingeht.». Gleichzeitig sagt sie, dass sich daraus für die Betroffenen die Möglichkeit ergibt, selbst zu wählen (ebd.). Fluder gibt anlässlich des Interviews vom 06.03.2020 an, dass die *Luzerner Psychiatrie* Recovery (noch) nicht als Grundhaltung eingeführt hat. Auch er spricht die Übernahme von Verantwortung für Patient*innen an, handhabt dies jedoch im Gegensatz zu Lanz so, dass er zeitweise Verantwortung übernimmt, wenn die betroffene Person nicht mehr fähig ist, diese für sich selbst zu übernehmen. Ist eine Person jedoch selbständig und verfügt bereits über Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihrer Krankheit, so agiert Fluder einzig als Berater. Er holt bei den betroffenen Personen die Bedürfnisse ab und fördert sie in der Artikulierung ihrer Probleme. In einem nächsten Schritt erfolgen die Zielbestimmung und die Erarbeitung möglicher Lösungsstrategien, worin Fluder die Klient*innen unterstützt. Die Grundhaltung nach Recovery zeichnet sich für ihn dadurch aus, dass er den Patient*innen auf Augenhöhe und mit Wertschätzung begegnet. Ebenfalls erachtet er es als grundlegend, Interesse am Gegenüber zu zeigen, welches ebenfalls beinhaltet, Fragen nach dem aktuellen Zustand und den Gründen, weshalb sich eine Person in der jetzigen Situation befindet, zu stellen (ebd.).

Für Fluder (Interview vom 06.03.2020) ist es wichtig, die Betroffenen in ihrem Ist-Zustand abzuholen und nicht in starren Psychiatrie-Regelwerken zu verharren, wie dies in der Vergangenheit der Fall war. Ziel von Fluder ist es, Patient*innen zu befähigen, ihre eigenen Entscheidungen in einer verantwortungsvollen und selbständigen Weise zu treffen (ebd.).

Grundsätzlich erachtet es Bening als zentral, Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung darin zu unterstützen, wieder Vertrauen in ihre Funktionen zu gewinnen (Interview vom 28.02.2020). Über das Stellen von Fragen soll die betroffene Person in eine Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Erleben kommen und damit einhergehend ein Verständnis darüber erhalten, dass die eigenen Funktionen kontrollierbar sind. Mit diesem Vorgehen soll zum Gelingen eines Entwicklungsschritts beigetragen und den Weg in eine Psychiatrie verhindert werden. Bening spricht bei psychischen Beeinträchtigungen von instabilen Zuständen, durch welche die betroffene Person gehen muss. Dabei gehören Schmerz, Trauer, Angst und Wut zum Prozess dazu. Ziel dieses Prozesses ist es, zu eruieren, wie die betroffene Person in eine erfüllte Lebendigkeit kommt, die dann wiederum in eine Zufriedenheit und Lebensfreude münden kann (ebd.). Bening vertritt die Vision, dass möglichst viele Institutionen eine Grundhaltung nach Recovery einführen und umsetzen (Interview vom 28.02.2020). Zum jetzigen Zeitpunkt empfindet er den Ist-Zustand an Angeboten von Recovery in der Schweiz als zu gering (ebd.). Alle interviewten Personen sind sich einig, dass alle Berufsgruppen an der Umsetzung von Recovery beteiligt sind beziehungsweise sein müssen (Interviews vom 28.02., 05.03. und 06.03.2020). Für Lanz bedingt die Grundhaltung nach Recovery, seine eigenen Schwächen als Professionelle zu erkennen und eine Fehlerkultur sowohl im Team als auch bei den Professionellen zuzulassen. Ihr Apell am Schluss des Interviews lautet klar:

«Wir sind nicht nur die Superprofessionellen, die alles im Griff haben. (...) Macht Recovery bekannt und lebt es!» (Interview vom 05.03.2020).

5.4 Mehr als eine Diagnose

Nach Bening (Interview vom 28.02.2020) ist eine psychische Erkrankung eine Möglichkeit zum Innehalten und zur Auseinandersetzung mit sich und seinem Leben. Die psychische Krise oder Erschütterung dient dabei als Impuls, einen neuen Entwicklungsschritt zu machen, um sich seiner Selbst ein Stück bewusster zu werden (ebd.). Er formuliert dies wie folgt:

«Dieser Punkt der höchsten Instabilität, ist der Punkt der grössten Freiheit. Dann entstehen neue Möglichkeiten für das Leben.» (Interview vom 28.02.2020).

Für Lanz ist klar: «Der Mensch ist nicht einfach eine Diagnose beziehungsweise ein Krankheitsbild, welches ihm zugeteilt wurde. Der Mensch hat zwar eine Erkrankung in einem bestimmten Bereich, jedoch viele gesunde Anteile» (Interview vom 05.03.2020). Ziel der Professionellen ist es, mit diesen gesunden Anteilen zu arbeiten, um den psychisch beeinträchtigten Menschen auf seinem Gesundungsweg zu begleiten und Bereiche zu erschliessen, in denen er sich wohlfühlen und weiterentwickeln kann (ebd.). Bening erachtet es ebenfalls als gefährlich, Menschen in der Begegnung auf ihren Defekt zu reduzieren (Interview vom 28.02.2020). Dies führt dazu, dass die betroffene Person Stress empfindet, was die psychische Erkrankung wiederum erneut aktivieren oder verstärken kann. Bening bezeichnet das Umdenken in Richtung Gesundheit als Weichenstellung, da implementierte Angst Gesundung behindern, wenn nicht gar verhindern kann. Der Aufbau von Vertrauen in die eigenen psychischen Funktionen ist dabei anzustreben. Gelingt es, dieses Vertrauen aufzubauen, kann neue Stabilität, Lebendigkeit und Lebensfreude gewonnen werden. Die Auseinandersetzung und die Entwicklung auf dem Recovery-Weg führen dabei zu einer grösseren Bewusstwerdung seines Selbst (ebd.).

5.5 Begegnung auf Augenhöhe

Früher war es so, dass die Fachpersonen die Expert*innen waren (Lanz, Interview vom 05.03.2020). Sowohl die Patient*innen wie auch die Fachpersonen wussten über die Beeinträchtigung Bescheid. Die betroffene Person wurde jedoch klar als Patient*in abgestuft, während sie heute als Fachperson ihres eigenen Wissens betrachtet werden, was eine deutliche Verschiebung zugunsten der Betroffenen darstellt (ebd.). Als Fachperson der Sozialen Arbeit weist Doran (Interview vom 05.03.2020) auf den Umstand hin, dass jede Person, welche sich im Prozess von Recovery befindet, eine persönliche Entwicklung durchläuft. In Bezug auf diesen individuellen Entwicklungsteil verfügen die Fachpersonen, im Gegensatz zu den Betroffenen, nicht über eine Expertise zum Genesungsweg (ebd.). Die Situation stellt sich vielmehr so dar, dass die Patient*innen ihr Wissen über den eigenen Genesungsprozess mitteilen und den Fachpersonen zur Verfügung stellen (Lanz, Interview vom 05.03.2020). Da jede Person andere Herausforderungen und Voraussetzungen im Umgang mit der eigenen Krankheit mit sich bringt, können die Fachpersonen nur Zugang zu diesem Wissen erlangen, wenn die Betroffenen sichtbar machen, wie es ihnen während des Genesungsweges ergeht. Bei dieser Herangehensweise befinden sich alle Beteiligten auf der gleichen Stufe und die Patient*innen sind Fachpersonen ihres Erfahrungswissens (ebd.). Fluder (Interview vom 06.03.2020) unterstützt diese Aussage mit der treffenden Formulierung: «Ich biete mich einer Person auf Augenhöhe

an, um ihr in irgendeiner Weise Unterstützung zu geben.» Um einer Person auf Augenhöhe begegnen zu können, ist ein wertschätzender Umgang ihr gegenüber notwendig (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Die Haltung nach Recovery basiert auf einem Interesse am Gegenüber. In erster Linie zeigt sich dieses Interesse durch die Fragen, wie und warum eine Person in der Situation ist, in der sie sich gerade befindet (ebd.). Doran (Interview vom 05.03.2020) schliesst sich dieser Aussage an und ergänzt, dass Offenheit der Person gegenüber ein wichtiges Mittel ist, um ihr wertschätzend und unterstützend begegnen zu können. Die Professionellen erkennen die Betroffenen als Expert*innen an und lassen sich gemeinsam auf den Recovery-Prozess ein. Da es sich um einen Prozess handelt, sind keine starren Vorstellungen von Ergebnissen vorhanden. Dieses Vorgehen kann Sorgen auslösen und beinhaltet die Möglichkeit, zu scheitern. Deshalb benötigt es von beiden Seiten ein gewisses Mass an Mut, sich auf den Prozess einzulassen (ebd.). Der Weg zum Ziel wird demnach Schritt für Schritt ausgestaltet, wobei jeder Weg individuell ist und mit den Patient*innen erarbeitet wird (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Soll dies gelingen, müssen Fachpersonen wertneutral und ergebnisoffen auf die Personen zugehen (ebd.).

5.6 Einbezug von Peers

Die Betroffenenbewegung stellt nach Bening (Interview vom 28.02.2020) den Ursprung der Idee von Peers dar. Peers stellen ihr Wissen als Betroffene für den Genesungsweg anderer zur Verfügung und machen es dadurch nutzbar. Aus diesem Grundgedanken ist die Weiterbildung von Betroffenen zu Peers entstanden (ebd.). Für Lanz (Interview vom 05.03.2020) ist es eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung von Recovery, dass Peer-Mitarbeiter*innen in den Genesungsprozess mit einbezogen werden. Fluder (Interview vom 06.03.2020) stimmt dem zu und fügt an, dass der Austausch zwischen den Peers, dem Behandlungsteam und den Betroffenen dabei ein wesentliches Element ist, um eine recovery-orientierte Behandlung zu ermöglichen. Findet dieser Austausch nicht statt, schliesst dies gemäss Fluder auf eine nicht am Recovery-Ansatz orientierte Behandlung (ebd.). Bening (Interview vom 28.02.2020) führt aus, dass das Erfahrungswissen, welches sich aus dem eigenen Gesundungsweg von Peers und der Auseinandersetzung mit der Thematik zusammensetzt, enorm gefragt ist. Bei *Pro Mente Sana* wächst das Angebot von Personen, welche sich als Peer einbringen möchten, stetig. In den meisten Fällen handelt es sich um Personen, welche in einer Klinik mit Peer-Mitarbeiter*innen in Kontakt gekommen sind und ebenfalls eine Ausbildung zu Peer-Mitarbeitenden machen möchten (ebd.). Bening äussert sich kritisch gegenüber dem Einsatz von Peers, indem er im

Interview vom 28.02.2020 sagt: «Das ist nicht die Idee, sondern Veränderung bedeutet, dieses Erfahrungswissen einzubeziehen.». Er spricht dabei auf jene Institutionen an, die Peers nur einstellen, um zu suggerieren, dass sie nach Recovery arbeiten, jedoch gemäss Bening auf den Einbezug ihres Erfahrungswissens verzichten (ebd.)

Laut Doran (Interview vom 05.03.2020) ist es bei *traversa* eher eine Neuheit, dass Peers als Mitarbeiter*innen eingesetzt und in der Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal als Expert*innen auf Augenhöhe durch Erfahrung anerkannt werden. Als Peers zu Beginn eingesetzt wurden, gab es vermehrt Widerstände in den Institutionen (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Bei *traversa* werden die Peer-Mitarbeiter*innen mittlerweile in Fallbesprechungen, in Teamsitzungen und teilweise auch an Einzelgesprächen beratend eingesetzt (Lanz, Interview vom 05.03.2020). Dies stellt eine Herausforderung für die Mitarbeitenden der Institution dar, da ehemalige Patient*innen, teilweise nach einem eigenen Aufenthalt in der Institution, als Teil des Teams zurückkehren (Fluder, Interview vom 06.03.2020). In der *lups* sind Peers seit ungefähr sieben Jahren als fester Bestandteil in den Teams integriert und nehmen besonders positiven Einfluss. Zum einen wirken sie in einer Rolle als Übersetzer*in auf die Kommunikation zwischen den Mitarbeiter*innen und den Klient*innen ein und zum anderen wird Recovery in den Haltungen der Mitarbeitenden stärker vertreten (ebd.). Bening (Interview vom 28.02.2020) weist ebenfalls auf diese positive Entwicklung hin, dass Institutionen bewusst mit Peers arbeiten wollen. Dies vor allem, um den Fokus weg vom vorherrschenden defizitären Verständnis, hin zum Recovery-Ansatz zu lenken (ebd.). Dieser Umstand macht deutlich, dass Peer-Mitarbeiter*innen immer mehr gefragt sind und dass die Schaffung neuer Stellen für Peers als Expert*innen aus Erfahrung aktuell diskutiert wird (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Die Gruppenangebote der *lups*, in welchen Peers mitarbeiten, sind überdurchschnittlich gut besucht und zeigen wiederum den hohen Bedarf an Peer-Mitarbeiter*innen auf (ebd.). Das Ziel der Peers in Bezug auf Recovery ist zusammengefasst nach Bening: «miteinander lernen ist die Idee davon.» (Interview vom 28.02.2020).

6 Diskussion der Forschungsergebnisse

Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse wird anhand der gleichen Unterkapitel wie bei der Darstellung der Ergebnisse vorgenommen und dabei mit der Zürcher Schule in Verbindung gebracht. Die erzielten Forschungsergebnisse stammen von unterschiedlichen Personen, die sich auf verschiedenen Ebenen im Feld von Recovery bewegen. Uwe Bening von *Pro Mente*

Sana bewegt sich auf einer konzeptionellen Ebene und wird von den Forscherinnen als Visionär hinsichtlich Recovery angesehen. Yolanda Doran, Martin Fluder und Susanne Lanz bewegen sich hingegen auf einer praktischen Ebene und nehmen damit einen anderen Blickwinkel ein.

6.1 Recovery als Modewort

Lanz und Fluder sagen aus, als Fachpersonen bereits seit längerer Zeit nach Recovery zu arbeiten (Interviews vom 05.03. und 06.03.2020). Die Arbeitsweise beziehungsweise die Haltung, die sie bereits umsetzen und einnehmen, haben lediglich einen offiziellen Namen erhalten (ebd.). Dies wirft die Frage auf, ob die Professionellen der Sozialen Arbeit womöglich bereits nach dem Recovery-Ansatz arbeiten und gegenwärtig einen anderen Begriff oder noch keinen spezifischen Begriff dafür verwenden. Den Aussagen von Lanz und Fluder ist zu entnehmen, dass Recovery an sich nichts Neues darstellt, wobei weder der Verein *traversa* noch die *Luzerner Psychiatrie* evaluiert haben, ob und wie wirksam Recovery in der Umsetzung ist (Interviews vom 05.03. und 06.03.2020). Gemäss Doran zeigt sich die Wirksamkeit von Recovery an Einzelbeispielen von Klient*innen (Interview vom 05.03.2020). Obwohl nach Fluder eine Evaluierung der Haltung in der *Luzerner Psychiatrie* wünschenswert sei, verneint er eine gegenwärtige Durchführung (Interview vom 06.03.2020). Die Existenz eines neuen Wortes bedingt nicht automatisch dessen Wirksamkeit. Gemäss Berufskodex von AvenirSocial (2010) sind die Fachpersonen der Sozialen Arbeit dazu verpflichtet, ihre fachlichen Methoden und Vorgehensweisen auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage zu begründen (Ziffer 5.9). Um neue Methoden und Vorgehensweisen – wie eben Recovery – für die Soziale Arbeit zu erschliessen, bedarf es in einem ersten Schritt, den Begriff Recovery in seinem Inhalt und seiner Bedeutung zu verstehen. Die Soziale Arbeit definiert sich über präzise Begrifflichkeiten und klare Abgrenzungen zu anderen Professionen. Recovery ist nach aktuellem Stand wissenschaftlich (noch) nicht belegt, da sich keine Empirie dazu finden lässt. Dies lässt eine erste Schlussfolgerung zu, dass der Recovery-Ansatz nicht in das Professionshandeln aufgenommen werden kann, da er nicht nachweislich belegt ist.

Eine Leitidee der Sozialen Arbeit ist: «Alle Menschen haben das Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse (...).» (AvenirSocial, 2010, Ziffer 4.1.). Dies deckt sich mit der Bedürfnistheorie der Zürcher Schule, die besagt, dass die Soziale Arbeit Menschen dahingehend befähigt, die Herausforderungen ihres Lebens anzugehen und Wohlbefinden zu erreichen

(Schmocker, 2015a, S. 3). Mit dem Begriff Recovery hat eine Grundhaltung, die Menschen in der Erreichung von Wohlbefinden befähigt, einen offiziellen Namen und eine inhaltliche Bedeutung erhalten. Die Relevanz dahinter zeigt sich in ihrer Bedeutung für die Menschen, die bei der Befriedigung existentieller Bedürfnisse und damit im Erreichen von Wohlbefinden begleitet werden. Die Implementierung von Recovery als Haltung in die Soziale Arbeit und dem darin enthaltenen angeleiteten Prozess des Gesundungsweges führt zu einem Nachdruck und einer Signifikanz für alle beteiligten Personen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass sich die Expert*innen uneinig darüber sind, ob es sich bei Recovery um etwas Altes oder etwas Neues handelt. Die Aussage: «Recovery ist neuer Wein in alten Schläuchen» kann demnach weder bestätigt noch widerlegt werden. Recovery weckt mit der offiziellen Namensgebung zum einen eine gewisse Neugierde, was sich dahinter verbirgt und weist zum anderen auf eine Richtung hin, in welche die Begleitung von psychisch beeinträchtigten Personen gehen soll.

Ist der Begriff Recovery gefasst und verstanden, geht es um Überlegungen zur praktischen Umsetzung und den damit verbundenen Merkmalen in der Praxis.

6.2 Recovery in der Praxis

«20 Personen mit einer Depression durchlaufen 20 verschiedene Gesundungswege.» (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Die Aussage Fluders weist auf die Wichtigkeit hin, Menschen als Individuen mit individuellen Gesundungswegen zu betrachten. Die Zürcher Schule definiert als Gegenstandsbereich Menschen als Bestandteile von sozialen Systemen (Schmocker, 2015a, S. 1). Soziale Systeme wiederum bestehen aus menschlichen Individuen als ihre Mitglieder (Schmocker, 2015a, S. 15). Die Individuen und die sozialen Systeme sind dabei in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Menschen in einem konkreten sozialen System teilen eine gemeinsame Umwelt, in der sie wechselseitig aufeinander einwirken können. Die Kultur eines sozialen Systems zeichnet sich dabei durch gemeinsame Sprache und begriffliches Wissen, sowie gemeinsame Werte aus. Die Sozialstruktur bezeichnet die Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines sozialen Systems (ebd.). Bezogen auf die Aussage von Fluder wird argumentiert, dass sowohl die psychisch beeinträchtigte Person wie auch Fluder, Individuen des sozialen Systems der *Luzerner Psychiatrie* sind. Sie beide schaffen mit ihren Handlungen, ihrem Verhalten und vor allem mit ihrer Interaktion eine soziale Struktur, die eine Zusammenarbeit darstellt. Diese Zusammenarbeit kann der beeinträchtigten Person den Ausgleich von Bedürfnisspannungen entweder ermöglichen beziehungsweise fördern oder verunmöglichen.

Hingegen lässt sich auf ein soziales Problem schliessen, wenn die beeinträchtigte Person als Individuum die Gestaltung der umgebenden Sozialstruktur nur schwer lösen kann. Das Erreichen von Wohlbefinden hängt demnach von vielen Faktoren ab, wobei jedes Individuum seine Bedürfnisse individuell abbaut. In Bezug auf eine psychisch beeinträchtigte Person ist auf der einen Seite relevant, in welchem sozialen System sie sich befindet und welche Sozialstrukturen sie umgeben. Auf der anderen Seite ist die Fachperson in ihrer Haltung nach Recovery dazu aufgefordert, die Bedürfnisse von Individuen zu erfassen und, wenn möglich, die Sozialstrukturen oder das soziale System anzupassen. Auf diese Weise kann den Bedürfnissen entsprochen werden und soziale Probleme gelöst werden.

Lanz betont im Interview vom 05.03.2020 die Wichtigkeit, dass jede Person die Möglichkeit erhalten soll, auf einen Gesundheitsweg zu gehen. Die Institutionen *traversa*, *Luzerner Psychiatrie* und *Pro Mente Sana* stellen soziale Systeme dar. Soziale Systeme bieten gemäss Schmocker (2015a) Handlungs-Möglichkeiten und Handlungs-Chancen, um Bedürfnisspannungen abzubauen (S. 15). Schmocker ergänzt anlässlich des Fachpoolgesprächs vom 03.07.2020, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit das Ziel verfolgen, Individuen durch die Handlungsebene zu befähigen. Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung unterscheidet sich nicht darin, ob eine Person gesund oder krank ist. Jeder Mensch soll die Möglichkeit erhalten, selbständig zu entscheiden, ob, wann und wie er sich auf den Gesundheitsweg begeben möchte. Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben die moralische Pflicht, der betroffenen oder der beeinträchtigten Person wiederholt das Angebot zu unterbreiten, auf den Gesundheitsweg zu gehen und sie darin zu unterstützen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass psychisch beeinträchtigte Menschen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit ermächtigt werden sollen, ihre Kompetenzen zur Einforderung und Verwirklichung ihrer eigenen Rechte wahrzunehmen. Folglich wird es möglich sein, dass sie sich auf den Gesundheitsweg begeben und sich auf den Prozess einlassen können.

6.3 Recovery als Grundhaltung

Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben die Verpflichtung, Klient*innen in der weitestgehend selbständigen Lösung ihrer Probleme zu befähigen. Diese Befähigung bedingt die Bereitstellung des Fach- und Methodenwissens der Fachpersonen der Sozialen Arbeit zur Lösungsentwicklung und -umsetzung.

Menschen bilden zusammen eine Gesellschaft, wodurch sich nicht nur das Recht ergibt, Wohlbefinden für sich zu erreichen, sondern auch die Pflicht, anderen Menschen der Gesellschaft bei der Erreichung von Wohlbefinden behilflich zu sein (Schmocker, 2015a, S. 18). Dennoch kann eine Handlung, die eigentlich zur Bedürfnisbefriedigung dienen würde, moralisch falsch sein. Dies, wenn der Mensch, dem bei der Bedürfnisbefriedigung geholfen werden soll, durch die Handlung an seiner Bedürfnisbefriedigung gehindert wird (ebd.). Gemäss Schmocker (Fachpoolgespräch vom 03.07.2020) heisst verantwortlich sein für Menschen, auf Menschen eingehen. Damit bezieht sich Schmocker (2015a) auf das oberste Prinzip der negativen Pflicht, anderen nicht zu schaden und nicht auf das positive Recht, keinen eigenen Schaden zu erleiden (S. 18). Die negative Pflicht lässt sich demnach mit einem moralisch guten Handeln gleichsetzen. Schmockers Aussage wird durch den Beizug des Berufskodex verstärkt, der sagt, dass: «Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer.» (AvenirSocial, 2010, Ziffer 8.5).

Die Übernahme oder Übergabe von Verantwortung stellt einen wesentlichen Aspekt der Grundhaltung nach Recovery dar. Lanz äussert sich im Interview vom 05.03.2020 bezüglich ihrer Erfahrungen mit Recovery dahingehend, dass Klient*innen nach einem stationären Klinikaufenthalt von einem erhöhten Grad an Fremdbestimmung berichten. Gemäss Lanz ist sich die Klientel folglich nicht gewöhnt, wieder Eigenverantwortung zu übernehmen. Lanz gibt diese Verantwortung in der Zusammenarbeit an ihre Klient*innen ab, was folglich zu Angstreaktionen und Verunsicherung auf Seiten der Klientel führen kann. Lanz gibt klar an, dass sie die beeinträchtigte Person unterstützt, jedoch keine Verantwortung übernimmt (ebd.). Diese Angstreaktion beim Individuum wird als Bedürfnisspannung angesehen, die es abzubauen gilt. Gemäss Schmocker widerspricht eine vollständige Verantwortungsübergabe an die Klient*innen der Ethik der Sozialen Arbeit (Fachpoolgespräch vom 03.07.2020). Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist eine vollständige Verantwortungsabgabe auf die Klientel als moralisch falsches Handeln zu bezeichnen. Dies, weil die Fachperson mit der (totalen) Verantwortungsabgabe die negative Pflicht verletzt, dem Gegenüber nicht zu schaden. Stattdessen erfüllt die Fachperson das positive Recht, keinen eigenen Schaden zu erleiden. Auf einer allgemeineren Ebene betrachtet, hat die Soziale Arbeit grundsätzlich eine individuums-bezogene Funktion (Schmocker, 2015a, S. 19), was meint, dass sie die Pflicht hat, Menschen darin zu befähigen, dass sie ihre Bedürfnisse weitestgehend aus eigener Kraft befriedigen können. Mittels

Ermächtigung sollen sie auf eigene, fremde oder auch neu erschlossene Ressourcen zurückgreifen können (Schmocker, 2015a, S. 19). Alle interviewten Personen sind sich einig, dass die Ermächtigung und Befähigung von psychisch beeinträchtigten Personen ein Grundsatz von Recovery darstellt (Interviews vom 28.02., 05.03. und 06.03.2020). Durch unterstützende Interventionen und den Fokus auf die gesunden Anteile des Menschen kann zu diesem Grundsatz beigetragen werden. Die Betroffenen erhalten während des Gesundungsprozesses wieder das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, indem sie innere Ressourcen selbständig erschliessen. Ist dies nicht möglich, stehen Fachpersonen als äussere Ressourcen zur Verfügung.

In Bezug auf die Profession der Sozialen Arbeit führen Hugo Mennemann und Jörn Dummann (2018) aus: «Soziale Arbeit hat viele Bezugswissenschaften.» (S. 21). Durch die vielen Bezüge lässt sich der Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit nicht nur in einer Theorie zusammenfassen. Der verbindende Punkt ist vielmehr der Umstand, dass alle Theorien der Sozialen Arbeit Antworten auf die Fragen geben können, welche Adressat*innen mit welchem Auftrag und welcher Zielsetzung unter Einbezug von gegebenen oder erschaffenen Handlungsmöglichkeiten begleitet werden (ebd.). Als zentrales Forschungsergebnis hat sich herausgestellt, dass Recovery in erster Linie eine Haltung ist. Haltungen lassen sich nach Mennemann und Dummann (2018) als Unterbereich der Theorien verorten (S. 25). Soziale Arbeit verwendet Theorien unter Berücksichtigung von Empirie und bezieht sich auf dieselbe (ebd.). Als Empirie wird: «(...) die systematische, transparente und begründete Erhebung von Wissen, das aus der Erfahrung (...) gewonnen wird.» (Mennemann & Dummann, 2018, S. 23). Die empirisch gewonnenen Erkenntnisse sind Grundlage, um Theorien zu entwickeln, welche praktisches Handeln belegen und dadurch Gültigkeit erlangen (Mennemann & Dummann, 2018, S. 24). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass Recovery als Haltung empirischer Daten bedarf, um die Haltung in einer Theorie der Sozialen Arbeit zu manifestieren. Diese Manifestation begründet das praktische Handeln, welches in Zukunft den Umgang mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung prägt.

6.4 Mehr als eine Diagnose

Die Betrachtungsweise, dass ein Mensch mit psychischer Beeinträchtigung auf ihren Defekt reduziert wird birgt Risiken. Laut Bening braucht es ein Umdenken der Gesellschaft in Richtung Gesundheit, um diesen Risiken entgegenzuwirken (Bening, Interview vom 28.02.2020). Die Anwendung des Recovery-Ansatzes wirkt demnach der Stigmatisierung von Menschen mit

einer psychischen Beeinträchtigung entgegen. Zu dieser Thematik führt der Berufskodex eine Verpflichtung zur Einlösung von Solidarität auf, welche besagt: „In besonderem Masse solidarisch zeigt sich, wer sozialen Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung, Unterdrückung oder Ausbeutung anprangert (...).» (AvenirSocial, 2010, Ziffer 9.8). Im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung dient der Recovery-Ansatz als Erweiterung zur aktiven Entgegenwirkung von Stigmatisierung.

Zusätzlich zur Stigmatisierung, welche auf gesellschaftlicher Ebene stattfindet, ist auf der individuellen Ebene eine deutliche Herausforderung erkennbar. Wenn Klient*innen erleben, dass sie auf ihre Diagnose reduziert werden, kann dies Ängste und Sorgen auslösen (Bening, Interview vom 28.02.2020). Dies führt wiederum zu Stress, welcher sich kontraproduktiv auf den Genesungsprozess auswirkt (ebd.). Stigmatisierung wird als soziales Problem definiert, welches es zu lösen gilt. Die Soziale Arbeit steht dabei in der Pflicht, Lösungsansätze gegen Stigmatisierung aktiv anzugehen. Schmocker (2015a) sagt, dass viele Bedürfnisse vorübergehend oder andauern unbefriedigt bleiben, wenn Sozialstrukturen nicht bedürfnisgerecht oder soziale Systeme nicht menschengerecht gestaltet sind (S. 15). Passiert dies, kommt es zu menschlichen Nöten, Leiden oder zu Unrechtserfahrungen. Da soziale Probleme stets die Beziehung eines Individuums zu anderen Individuen und darüber hinaus Sozialstrukturen betreffen, bedingt es zur Lösungsfindung die umgebende Sozialstruktur und ihr soziales System mit einzubeziehen (ebd.). Die Zusammenarbeit zwischen der beeinträchtigten Person und der Fachperson kann durch eine recovery-orientierte Haltung optimiert werden. Diese Optimierung bedingt eine bedürfnisgerechte Gestaltung der Sozialstruktur, um Stigmatisierungen von psychisch Beeinträchtigten entgegenzuwirken. Die Institutionen, welche ein soziales System bilden, gestalten durch die Umsetzung von Recovery eine menschengerechte Umgebung und können dies für weitere soziale Systeme nach aussen sichtbar machen.

6.5 Begegnung auf Augenhöhe

Der Recovery-Ansatz stellt die betroffene Person als Expert*in in den Fokus. Da Recovery einen persönlichen Gesundungsprozess beinhaltet, ist das Erfahrungswissen der Betroffenen ebenfalls persönlich geprägt. Die Fachpersonen bieten durch ihre Offenheit und eine wertschätzende Haltung Unterstützung für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Der Genesungsweg lässt sich im Vorfeld nicht bestimmen, weshalb es von Bedeutung ist, dass die Fachpersonen eine ergebnisoffene Haltung einnehmen, wie sie beim Recovery-Ansatz

vertreten wird. Alle interviewten Personen geben einheitlich an, dass die Begegnung zwischen der Klientel und den Fachpersonen auf Augenhöhe stattfinden kann, wenn der Recovery-Ansatz Anwendung findet (Interviews vom 28.02., 05.03. und 06.03.2020). Durch die Anerkennung der Klient*innen als Expert*innen in Bezug auf ihre eigene Erkrankung können sie ihr Wissen beisteuern, welches von unterschiedlichem Inhalt ist. Dies führt folglich zu einer Fusion von Erfahrungs- und Professionswissen, welche für beide Seiten von Nutzen ist.

Menschen gleichen Bedürfnisspannungen im wechselseitigen Austausch aus (Schmocker, 2015a, S. 21). Der Austausch kann dabei als gegenseitig und kooperativ bezeichnet werden. Die individuellen Ausstattungen, welche alle bio-psycho-sozial-kulturellen Zustände, Ressourcen und Kompetenzen meinen, werden im Austausch zu sogenannten Tauschressourcen und -medien. Ausstattung meint alles, was einem Individuum unmittelbar zur Verfügung steht (ebd.). Das Wissen der betroffenen Person über ihre Beeinträchtigung und damit zusammenhängend über die gemachten Erfahrungen, den Umgang und den Genesungsprozess, stellt in diesem Kontext eine Tauschressource beziehungsweise ein Tauschmedium dar. Die Professionellen profitieren vom Wissen und den Erfahrungen der Klient*innen. Die professionelle Person hingegen kann ihr fachliches Wissen als Tauschmedium oder -ressource anbieten.

6.6 Einbezug von Peers

Die interviewten Personen drücken deutlich aus, dass durch eine recovery-orientierte Haltung eine Gesundung von psychischer Beeinträchtigung möglich ist (Interviews vom 28.02., 05.03. und 06.03.2020). Als wesentliche Voraussetzung für diesen Gesundungsweg erachten die interviewten Personen den Einsatz von Peer-Mitarbeiter*innen (ebd.). Das Erfahrungswissen von Peers gewinnt durch Recovery klar an Bedeutung. Dies zeigt die Nachfrage nach Peers in den Angeboten für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und die Bereitschaft der *Luzerner Psychiatrie*, Stellenprozente freizusprechen (Fluder, Interview vom 06.03.2020). Gemäss beschriebenen Aussagen kann Recovery nur durch den Einbezug von Peers umgesetzt werden. Dieser bedingt, dass den Peer-Mitarbeiter*innen auf Augenhöhe begegnet wird. Wie Fluder im Interview vom 06.03.2020 schildert, führte die Implementierung von Peers ins Team und die damit verbundene Begegnungsart zu Beginn auf Widerstand seitens der Fachpersonen. Der positive Einfluss, der nach Einsatz von Peers beobachtet werden konnte, macht jedoch auf den Mehrgewinn von Peers aufmerksam. Folglich sind Peers ein wesentlicher Bestandteil, wenn die Soziale Arbeit psychisch beeinträchtigte Menschen auf ihrem

Gesundungsweg unterstützen will. Da die Bedeutung von Peers aktuell in erster Linie von Institutionen mit Recovery-Haltung anerkannt und aktiv eingebunden werden, stellt Recovery als Haltung einen Zusatznutzen für die Soziale Arbeit dar. Dies zum einen, weil das Fachwissen durch das Erfahrungswissen der Peer-Mitarbeiter*innen ergänzt werden kann und zum anderen, da der Recovery-Ansatz auf die Bedürfnisse der betroffenen Person und das Erlangen von Gesundheit fokussiert. Der Einbezug von Peers kann der betroffenen Person die Perspektive aufzeigen, dass trotz Beeinträchtigung ein Genesungsweg möglich ist und damit verbunden ein Leben mit grösstmöglicher Lebensqualität.

Die Interaktion stellt in Bezug auf die Zürcher Schule das Mittel zur Bedürfnisbefriedigung dar. Auf Peers bezogen meint die Interaktion den Erfahrungsaustausch zwischen ihnen, den Mitarbeiter*innen, den Betroffenen und den Fachpersonen. Peers dienen dabei als Sprachrohr zwischen den Parteien und können durch das beidseitige Verständnis zu einer Verbesserung der Kommunikation und zum Abbau von Bedürfnisspannungen beitragen. Das beidseitige Verständnis zeigt sich darin, dass die Peer-Mitarbeiter*innen Verständnis beziehungsweise Erfahrung mit Fachpersonen gemacht haben und eigenes Erfahrungswissen mit einer psychischen Beeinträchtigung vorweisen und sich damit in die betroffene Person einfühlen können. Dieses beidseitige Wissen und Verständnis tragen zu einer verbesserten Situation und Befindlichkeit der Klient*innen bei. Der Erfahrungsaustausch, der mittels Peer-Mitarbeiter*innen erreicht wird, trägt aktiv zum Abbau von Bedürfnisspannungen bei. Werden einer psychisch beeinträchtigten Person Bedürfnisse aus Bedürfnisspannungen bewusst, können sie sich oftmals einen entsprechenden Bedarf vorstellen, der das Bedürfnis deckt (Schmocker, 2015a, S. 7). Die vom Individuum definierten Bedarfe können in der Folge als mehr oder weniger konkrete Ziele betrachtet werden (ebd.). Psychisch beeinträchtigte Personen haben wie alle Menschen das Bedürfnis nach Wohlbefinden. Damit zusammenhängend lässt sich das Bedürfnis ableiten, zu erfahren, wie Gesundheit möglich ist. Mit ihrer Vorstellung an Bedarf generiert sich eine Nachfrage an Peer-Mitarbeiter*innen. Dabei wird das Wissen, die Erfahrungen, die Kommunikationsfähigkeiten und die Unterstützung der Peer-Mitarbeitenden als Bedarf betrachtet. Die Soziale Arbeit fokussiert nicht nur Individuen und ihre innerpsychischen Prozesse (Schmocker, Fachpoolgespräch vom 03.07.2020). Vielmehr nimmt sie Individuen in der Wechselwirkung mit der Gesellschaft in den Fokus und hat daher die Pflicht, aktiv zur Beschaffung von weiteren Peers beizutragen, um so das Wohlbefinden der Betroffenen zu ermöglichen.

Der Einbezug der Nichtprofessionellen spielt im Kontext von Recovery eine zentrale Bedeutung. Das Wissen wird in diesem Kontext, wie in der Kooperation der Betroffenen und der Fachpersonen, als Tauschressource oder -medium eingesetzt. Die Peers ermöglichen einen breiteren Wissensaustausch, indem sie eine Vermittlungs- und Übersetzungsrolle einnehmen. Demnach sind Peers sowohl für die Betroffenen als auch für die Professionellen zentral und nehmen einen hohen Stellenwert im Gesundungsprozess ein. Die beschriebene Kooperation legt den Schwerpunkt auf die Kommunikation als gegenseitige Verständigung zwischen den Professionellen und den Nichtprofessionellen (Obrecht, 2006, S. 409).

6.7 Interprofessionelle Kooperation

Die Forschungsergebnisse aus den Interviews (vom 28.02.2020 bis 06.03.2020) mit den Expert*innen belegen die Bedeutung der Beteiligung aller Professionen an der Umsetzung des Recovery-Ansatzes. Doran (Interview vom 05.03.2020) beispielsweise fordert ausdrücklich, dass alle, die mit dieser Klientel arbeiten, eine Recovery-Haltung einnehmen müssen (ebd.).

Die Soziale Arbeit kann ihre Funktion in der interprofessionellen Kooperation insbesondere dann übernehmen, wenn es ihr gelingt, deutlich zu machen, wie sie eine recovery-orientierte Haltung umsetzt. Eine solche Haltung setzt sie insbesondere dann um, wenn die Soziale Arbeit ihr spezifisches Fachwissen in den interprofessionellen Kooperationsprozess einbringt. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, Ziffer 16.2) zeigt das mit folgender Handlungsmaxime auf: «Die Professionellen der Sozialen Arbeit vertreten in der interprofessionellen Kooperation ihren fachspezifischen Standpunkt und stellen das aus dieser Sicht gewonnene Wissen verständlich zur Verfügung, um im gemeinsamen Diskurs möglichst optimale Lösungen zu entwickeln.».

6.8 Zwischenfazit

In erster Linie ging es um eine Prüfung der Eignung des Recovery-Ansatzes für die Soziale Arbeit. Dabei stand eine mögliche Integration des Ansatzes noch ausser Frage. Eine Auseinandersetzung mit Recovery wird als lohnend erachtet, da es sich um eine Haltung handelt, die eine grundsätzliche und umfassende Betrachtungsweise impliziert. Eine Aufnahme von Recovery in die Soziale Arbeit muss aktuell jedoch verneint werden, da die Professionellen der Sozialen Arbeit kein Handeln vertreten, welches empirisch nicht belegt ist.

Recovery als Grundhaltung in die Profession aufzunehmen, stellt eine sinnhafte Herausforderung für die Soziale Arbeit dar, welcher sie sich in Zukunft allenfalls stellen wird. Wie das ausleitende Zitat im Unterkapitel zur interprofessionellen Kooperation sagt, bedingt die Annahme der Herausforderung jedoch, dass ein gemeinsamer Diskurs stattfindet. Dieser beinhaltet die Kommunikation und Darlegung der verschiedenen Haltungen, deren Bedeutung und den damit verfolgten Zielen. Unter Einbezug der interprofessionellen Kooperation bedeutet das für die Soziale Arbeit, dass sie mit anderen Professionen und Disziplinen in den Diskurs gehen muss, um eine optimale Lösung zu erhalten.

7 Schlussfolgerungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die eingangs gestellten Thesen und Fragestellungen und beantworten diese. Der Abschluss der vorliegenden Bachelorarbeit bildet der Ausblick, der sowohl Einblick in neue Fragen gewährt als auch Themen für künftige Bachelorarbeiten vorschlägt.

7.1 Beantwortung der Forschungsfrage- und thesen

Im folgenden Abschnitt werden anhand der vier Thesen die Hauptfragen und abschliessend die Forschungsfrage beantwortet.

«Was bedeutet Recovery? Was zeichnet Recovery aus?»

Die Verfassung der vorliegenden Arbeit bedingte in erster Linie, die Bedeutung von Recovery zu verstehen und zu wissen, wodurch sich der Ansatz auszeichnet. Mittels Literaturrecherche und durch die Interviews mit den Expert*innen konnte dieses Wissen angeeignet werden. Zusammengefasst meint Recovery eine Grundhaltung, die auf Wertschätzung und Anerkennung basiert. Die Vermittlung von Mut und Hoffnung sind ebenfalls zentrale Grundsätze von Recovery. Die Begegnung mit der Klientel findet auf Augenhöhe statt, wobei die Klient*innen als Expert*innen ihrer eigenen Erfahrungen angesehen und in den Genesungsprozess miteinbezogen werden. Dieser Prozess gestaltet sich auf individuelle Weise. Während der Genesung wird der psychisch beeinträchtigte Mensch mit seinen gesunden Anteilen fokussiert und in diesen gestärkt. Die Forschung belegt, dass der Einbezug von Peers für Recovery zentral und wichtig ist. Die These, dass der Recovery-Ansatz spezifische Merkmale beinhaltet, die ihn definieren, kann nach erfolgter Forschung belegt werden.

«Warum ist der Recovery-Ansatz für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung relevant?»

Der Recovery-Ansatz orientiert sich am Modell der Salutogenese, das besagt, dass sich der Mensch stets auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewegt. Eine klare Klassifizierung in krank oder gesund wird demnach nicht vorgenommen. Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass ein Mensch nach Erhalt einer Diagnose nicht *die* Diagnose ist. Eine Haltung nach Recovery bedingt, dass der Mensch unverändert als Mensch mit gesunden Anteilen betrachtet und unterstützt wird. Gelingt es der Fachperson, eine Grundhaltung nach Recovery einzunehmen, bedeutet dies für das Gegenüber mit einer psychischen Beeinträchtigung, dass es als ganzheitliches Individuum wahrgenommen und begleitet wird. Als relevanter Aspekt gilt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung zum einen als funktionierende Individuen angesehen werden und zum anderen als Expert*in der eigenen Beeinträchtigung in den Genesungsprozess miteinbezogen werden. Sowohl im professionellen als auch im privaten Kontext kann durch eine Grundhaltung nach Recovery ein Umdenken stattfinden. Dazu trägt zum einen bei, dass ein Mensch als Mensch betrachtet und behandelt wird. Zum anderen soll das Denken so geleitet werden, dass eine Diagnose nur auf gewisse Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen hinweist. Der Mensch wird jedoch grundsätzlich als gesund angesehen. Wenn diese Sichtweise in privater, wie professioneller Hinsicht implementiert werden kann, trägt dies massgebend zu einer Reduktion von Stigmatisierung und sozialem Ausschluss bei. Das Gefühl, gebraucht und gehört zu werden, führt zu einer Aufrechterhaltung der Lebendigkeit und der eigenen Funktion in der Gesellschaft. Dieses Gefühl wird als universal betrachtet und unterscheidet sich nicht, ob eine Person psychisch beeinträchtigt ist oder nicht.

Demnach bestätigt sich nicht nur die These, dass der Recovery-Ansatz einen Zusatznutzen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung darstellt, sondern auch dass der Recovery-Ansatz von grosser Relevanz für sie ist.

«Woraufhin zielt die Nutzung des Recovery-Ansatzes ab?»

Die Nutzung des Recovery-Ansatzes zielt auf die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ab. Dabei geht es um die Einnahme einer Grundhaltung, die während des vollständigen Gesundungsweges aufrechterhalten bleibt. Ziel des Genesungsprozesses ist es, Wohlbefinden zu erlangen. Davon ausgehend, dass jeder Mensch Bedürfnisse hat und damit verbunden das Bedürfnis der Befriedigung deren, stellt das Erreichen von

Wohlbefinden ein universales Ziel dar. Der Recovery-Ansatz zielt darauf ab, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung als Expert*in der eigenen Beeinträchtigung in den Genesungsprozess miteinzubeziehen. Jeder Mensch weiss selbst am besten, welcher Bedarf zur Befriedigung der Bedürfnisspannung benötigt wird, ist die Betrachtung des Gegenübers als Expert*in notwendig. In der Folge kann die Fachperson oder die Institution den Bedarf zur Verfügung stellen, was wiederum zum angestrebten Wohlbefinden beiträgt. Zudem soll der Einbezug von Peers Bedürfnisspannungen entgegenwirken und zu einem gelingenden Genesungsprozess beitragen. Dies indem sie ihr Erfahrungswissen zur Verfügung stellen und als Berater*in für die beeinträchtigte Person fungieren. Recovery stellt einen, wenn auch nicht klar strukturierten und empirisch belegten, aber dennoch in sich schlüssigen Ansatz in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung dar. Der Ansatz eröffnet die Perspektive, eine Zusammenarbeit auf eine grundlegende Art zu gestalten, die die gesunden Anteile und Ressourcen einer Person fokussiert. Konkludiert kann gesagt werden, dass der Recovery-Ansatz für die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung nutzbar ist.

«Wie und womit bereichert der Recovery-Ansatz die Zusammenarbeit?»

Eine Zusammenarbeit nach Recovery ist geprägt durch eine Begegnung auf Augenhöhe. Durch den gegenseitigen Austausch von Erfahrungswissen und Professionswissen profitieren sowohl Fachpersonen als auch Betroffene. Die Vermittlung von Mut und Hoffnung sowie das Erforschen des inneren Erlebens der psychisch beeinträchtigten Person kann weitestgehend nur über entsprechende Interaktion erfolgen. Nebst der geschriebenen und mimischen Sprache bildet die gesprochene Sprache das Hauptinstrumentarium der Professionellen der Sozialen Arbeit. Dieses Instrumentarium findet sich im Recovery-Ansatz wieder. Der Ansatz bereichert die Zusammenarbeit zwischen den Professionellen und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung durch den gegenseitigen Austausch und die Interaktion. Innerhalb dieser findet eine Begegnung auf Augenhöhe statt, wobei alle Parteien profitieren können. Gemäss dem Grundsatz, dass eine Person mit psychischer Beeinträchtigung überwiegend als gesund betrachtet wird, wird ihr zugemutet, Verantwortung für ihre Entscheidungen und ihr Handeln zu übernehmen. Die Verantwortungsabgabe stärkt die betroffene Person in ihrem Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. Ängste und Sorgen, die ebenfalls auftreten können, gehören zum Prozess dazu. Die Fachperson nimmt mit der Verantwortungsabgabe die negative Pflicht wahr, andere bei der Erreichung ihrer Rechte zu unterstützen.

Peers werden als weiteres wichtiges und bereicherndes Mittel von Recovery genannt. Als Expert*in aus Erfahrung tragen sie zu einem wesentlichen Mehrwert in der Umsetzung von Recovery bei. Durch das zur Verfügung gestellte Erfahrungswissen unterstützen sie die Kommunikation sowohl zwischen den Fachpersonen und den betroffenen Personen wie auch innerhalb einer Institution. Die Peers komplementieren somit die Zusammenarbeit und den Recovery-Ansatz.

Forschungsfrage: «Inwiefern eignet sich der Recovery-Ansatz für die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung?»

Die vorliegende Bachelorarbeit stellt eine Eingangskontrolle mit der Frage dar, inwiefern sich der Ansatz für die Soziale Arbeit eignet. Dabei besteht die Gefahr, durch die Verwendung des Begriffs Recovery, lediglich einem Modewort nachzueifern. Mittels Durchführung von Expert*inneninterviews wurde das Ziel verfolgt, herauszufinden, inwiefern ein Zusatznutzen besteht.

In der vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema Recovery fällt auf, dass viele Texte innerhalb des Themenspektrums ideologisch verfasst sind. Die Literaturinhalte über den Recovery-Ansatz stellen den aktuellen Entwicklungsstand als massgebend dar. Vorherige Methoden und Haltungen werden dabei in Frage gestellt. Ebenfalls ist festzustellen, dass die Haltungen vor Recovery grösstenteils als defizitorientiert bezeichnet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht keine empirisch fundierte Handlungsanleitung zu Recovery. Aus diesem Grund greift eine Bestätigung des Recovery-Ansatzes als 'Nonplusultra' zu kurz. In einem weniger ideologischen Sinne meint der Recovery-Ansatz eine Andeutung in Richtung Fokussierung und Stärkung der gesunden Anteile eines Menschen. Diese angedeutete Richtung weist auf neue Begegnungsmöglichkeiten zwischen Professionellen und Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung hin. Die Begegnung basiert auf einer Grundhaltung, die Mut und Hoffnung in das Zentrum stellen. Durch die Einnahme einer Haltung entscheidet sich eine Person, eine bestimmte Betrachtungsweise einzunehmen. In Bezug auf Recovery meint dies in einem ersten Schritt eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Ansatz. In einem nächsten Schritt impliziert die Haltung, dass sich Handeln nicht nur gegenüber Drittpersonen stringent zeigt, sondern auch gegenüber sich selbst. Eine Fachperson muss die Recovery-Haltung bewusst einnehmen. Das heisst, dass sich Fachpersonen die Haltung zu eigen machen und grundlegend danach handeln. Wenn dieses Bewusstsein vorliegt, kann sich ein Zusatznutzen ergeben. Der

Recovery-Ansatz eignet sich jedoch vor allem, da er den Prozess des Problemlösens in einer ressourcen-stärkenden Art und Weise unterstützt und dadurch die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit erweitert.

7.2 Ausblick und Empfehlungen

Eine Grundhaltung nach Recovery bedingt, mit sich selbst in eine Auseinandersetzung zu treten. Dabei ist es wichtig, sich als Person in den eigenen Mustern zu hinterfragen. Erst wenn dies getan ist, kann dem Gegenüber Auseinandersetzung mit sich selbst ermöglicht werden. Bei den Autorinnen wirft dies die Frage auf, ob eine Grundhaltung nach Recovery eine spezielle Art der (Selbst-)Reflexion bedingt. Das dreijährige Studium sowie die darauffolgende Tätigkeit als Professionelle der Sozialer Arbeit erfordert eine durchgehende Auseinandersetzung mit sich selbst als Person und in der eingenommenen professionellen Rolle. Bezüglich der Auseinandersetzung mit der eigenen Person, bringen Fachpersonen der Sozialen Arbeit bereits eine notwendige Kompetenz für die Umsetzung von Recovery mit. Um zu überprüfen, ob diese Kompetenz wirklich gewährleistet ist, braucht es in einer weiteren Forschungsarbeit eine Gegenüberstellung beziehungsweise einen Vergleich mit bestehenden Ansätzen der Sozialen Arbeit.

Es bedarf einer Überprüfung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit, ob der Recovery-Ansatz als Grundhaltung aufgenommen werden soll. Eine Implementierung von Recovery bedingt jedoch klare Grundvoraussetzungen. Die Soziale Arbeit muss sich, wie bereits von Bening gefordert, mit der eigenen Haltung auseinandersetzen und sich fragen, was diese beinhaltet. Dies wiederum setzt eine wissenschaftliche Reflexion voraus mit der Beantwortung der Fragen, inwiefern sich der Recovery-Ansatz wissenschaftlich verhält und was eine wissenschaftliche Soziale Arbeit benötigt.

Recovery fokussiert den individuellen Gesundungsprozess. Die Gesellschaft beziehungsweise das Umfeld des Individuums werden hingegen nicht miteinbezogen. Die Soziale Arbeit nimmt jedoch immer auf beide Faktoren Rücksicht und sieht Menschen als Mitglieder von Sozialen Systemen. Diesem Umstand muss dabei Rechnung getragen werden. Ob diese These der Forscherinnen verifiziert werden kann, wäre weiter zu prüfen. Des Weiteren gilt festzuhalten, dass die Soziale Arbeit nicht nur Gegenstandswissen benötigt, sondern ebenso Wertewissen und eine empirisch belegte Handlungstheorie. Wie sich dies in Bezug auf Recovery darstellt, bildet gemäss den Autorinnen Inhalt einer weiteren Bachelorarbeit.

8 Quellenverzeichnis

- Amering, Michaela & Schmolke, Margrit (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Amering, Michaela & Schmolke, Margrit (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. (5. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Baer, Niklas, Domingo, Anna & Amsler, Felix (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bening, Uwe (2020, Februar). Recovery-Fokus. Ein lebendiges Verständnis entwickeln und eine neue Begegnungskultur etablieren. *KONTEXT #3. Das Magazin zum mental help club*, 2020 (1), 12-17.
- Bening, Uwe & Schläppi, Sabine (2016). *Positionspapier Recovery*. Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bundesamt für Statistik (ohne Datum). *Psychische Gesundheit*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2016). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2. überarb. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dudenredaktion (2011). *Duden. Deutsches Universalwörterbuch* (7. überarb. erw. Aufl.). Berlin: Dudenverlag.

- Essl, Günter (2006). Forschungsdesign der qualitativen Forschung. In Vito Flaker & Tom Schmid (Hrsg.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (S. 101-132). Wien: Böhlau Verlag.
- Höpflinger, François (2005). *Stichprobenauswahl und Samplingverfahren*. Gefunden unter www.hoepflinger.com
- Knuf, Andreas (2016). Empowerment und Recovery. In Michaela Amering, Ilse Eichenbrenner, Michael Eink, Klaus Obert & Wulf Rössler (Hrsg.), *Basiswissen: Empowerment und Recovery* (5. erw. Aufl., S. 12-143). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Kreft, Dieter & Mielenz, Ingrid (2008). *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Jueventa Verlag.
- Luzerner Psychiatrie (ohne Datum). *Startseite*. Gefunden unter <https://www.lups.ch/>
- Mennemann, Hugo & Dumman, Jörn (2018). *Einführung in die Soziale Arbeit* (2. überarb. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Metzger, Marius (2009). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Mey, Günter & Mruck, Katja (2007). Qualitative Interviews. In Gabriele Naderer & Eva Balzer (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis: Grundlagen, Methoden und Anwendungen* (S. 249-273). Wiesbaden: Gabler.
- Obrecht, Werner (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In Beat Schmocker (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit* (S. 408-445). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Obrecht, Werner (2009). Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Aufl., S. 47-72). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Obrecht, Werner (2012). «Warendeklaration» zur Systematisierung von Wissen. Ein voraussetzungsarmes Verfahren der Systematisierung von handlungswissenschaftlichem Wissen im Rahmen von praxisorientierten Ausbildungsgängen. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule* (S. 145-160). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmocker, Beat (2015a). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft – Profession und wissenschaftliche Disziplin*. Luzern: Autor.
- Schmocker, Beat (2015b). *Übersicht zur Einführung in die 'Zürcher Schule'*. Luzern: Autor.
- Schmocker, Beat (2017). *Berufsethik Sozialer Arbeit und kollegiale berufsmoralische Beratung*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (2016). *Recovery. Wieder gesund werden. Rat & Informationen. Infoblatt Nr. 7*. Zürich: Autorin.
- Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (ohne Datum). *Startseite*. Gefunden unter <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>
- traversa (2019). *Jahresbericht 2018*. Beromünster: Wallimann Druck & Verlag AG.
- traversa (ohne Datum). *Startseite*. Gefunden unter <https://www.traversa.ch/>
- Truniger, Luzia (2005). *Wörter, Begriffe, Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz*. Brugg: FHA Soziale Arbeit.
- Utschakowski, Jörg (2016). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Herausforderungen. In Utschakowski, Jörg, Sielaff, Gyöngyvér, Bock, Thomas & Winter, Andréa (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie* (S. 16-24). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weber, Dominik (2020). *Grundlagebericht. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz*. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2006). *WHO-Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung*. Gefunden unter https://www.who.int/mental_health/policy/who_resource_book_german.pdf

Werner, Andreas (2019). Implementierung der Recoveryorientierung in einer psychiatrischen Klinik. In Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter & Michael Schulz (Hrsg.), *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte* (S. 170-179). Köln: Psychiatrie Verlag.

Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (ohne Datum). *Recovery – ein ressourcenorientierter Ansatz*. Gefunden unter https://www.zfp-emmendingen.de/sites/default/files/content/downloads/der_recovery-ansatz_0.pdf