

„Wie wird Empowerment im nicht-stationären psychiatrischen Bereich am Beispiel der Peer-Beratung umgesetzt?“

VerfasserInnen: Tanja Brugger (1010533027)
 Tanja Dirnbacher (1010533001)
 Thomas Haring (1010533169)
 Doris Schwella (1010533024)

Bachelorarbeit im Rahmen der LV:
Forschungswerkstatt: „User Involvement“

Betreut und beurteilt von:
Dr.in Monika Vyslouzil, DSA

SS 2012

Erklärung

Wir erklären, dass die vorliegende Bachelorarbeit nur von uns selbst verfasst wurde und wir keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. uns auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient haben.

Wir versichern, dass dieses Bachelorarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt wurde.

Wien, am _____

Tanja Brugger

Tanja Dirnbacher

Thomas Haring

Doris Schwella

Kurzfassung

Wie wird Empowerment am Beispiel der Peer-Beratung im nicht-stationären psychiatrischen Bereich umgesetzt?

Empowerment ist in den letzten Jahrzehnten zu einem nicht mehr wegzudenkenden Schlagwort in der psychiatrischen Versorgungslandschaft avanciert und steht für eine generelle Haltung, die auf eine Änderung der sozialen Strukturen abzielt und durch Ressourcenorientierung die Selbstbestimmung fördert und eine autonome Lebensgestaltung ermöglichen soll. Anhand vorliegender Arbeit soll untersucht werden, inwieweit Empowerment mit dem vor allem in Österreich relativ neuen Konzept der Peer-Beratung für Psychiatriebetroffene verknüpft ist. Durch Interviews mit oberösterreichischen Peer-BeraterInnen kann beispielhaft dargestellt werden, welche umfangreichen Angebote die Peer-Beratung im nicht-stationären psychiatrischen Bereich setzt und wie sich diese positiv auf die Selbstbestimmung von KlientInnen auswirkt. Außerdem wird die Zusammenarbeit von Peer-Beratung mit Sozialer Arbeit sowie anderen Professionen beleuchtet und dabei der Fokus auf den daraus resultierenden Nutzen für alle Beteiligten gerichtet.

Schlüsselwörter:

Empowerment, Peer-Beratung, Psychiatriebetroffene, Selbstbestimmung, Psychiatriereform, Partizipation, Selbsthilfegruppen, Trialog

Abstract

How is empowerment implemented using the example of peer-counseling in the non inpatient psychiatric field?

In the last decades empowerment has acquired a noticed keyword in the psychiatric care scenery and stands for a general attitude which tends to change the social structures and enhances self-determination by orientation on resources and aims to enable an autonomic life-arrangement. This paper explores how empowerment is linked to the, in Austria, relatively new concept of peer-counseling for (ex-)users of psychiatry. It can be exemplary illustrated by the use of interviews with peer-counselors from Upper Austria, how extensive the offers of peer-counseling in the non-inpatient psychiatric field are and how this positively affects the self-determination of clients. The cooperation with social work and other professions is also reflected and the focus is directed on the resulting benefit for all involved people.

Keywords:

empowerment, peer-counseling, (ex-)users of psychiatry, self-determination, psychiatric reform, participation, support group, trialogue

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Psychiatriereform	7
2.1. Ursprüngliche Idee der Psychiatriereform.....	7
2.2. Grundprinzipien der Psychiatriereform.....	7
2.3. Umsetzung der Psychiatriereform in Österreich.....	8
3. Empowerment	10
3.1. Definition Empowerment.....	10
3.2. Grundprinzipien von Empowerment.....	11
3.2.1. Interaktionsorientierung.....	11
3.2.2. Gesellschaftsorientierung.....	11
3.2.3. Lebensweltorientierung.....	11
3.2.4. Autonomie- und Bedürfnisorientierung.....	11
3.2.5. Kompetenz- und Ressourcenorientierung.....	11
3.3. Handlungsebenen von Empowerment.....	12
3.3.1. Die individuelle Ebene.....	12
3.3.2. Die Gruppenebene.....	12
3.3.3. Die institutionelle Ebene.....	12
3.3.4. Die Gemeindeebene.....	12
3.4. Empowerment im psychiatrischen Bereich.....	13
3.4.1. Kriterien für professionelles Handeln im psychiatrischen Bereich.....	14
3.5. Empowerment und Soziale Arbeit.....	14
3.6. Herausforderungen für die Soziale Arbeit im psychosozialen Bereich.....	15
4. Partizipation	16
5. Selbsthilfe	17
5.1. Ressourcen.....	18
5.2. Selbsthilfegruppen.....	19
6. Exkurs: Psychiatrieerfahrene Professionelle	21
6.1. Förderliche Faktoren aufgrund der eigenen psychiatrischen Erfahrung für die Arbeit im Sozialbereich.....	22
6.2. Hinderliche Faktoren aufgrund der eigenen psychiatrischen Erfahrung für die Arbeit im Sozialbereich.....	22
6.3. Die Bedeutung der eigenen Betroffenheit für den Umgang mit ArbeitskollegInnen bzw. innerhalb der Organisation.....	23
6.4. Die Bedeutung der eigenen Betroffenheit für den Umgang mit KlientInnen.....	24
7. Dialog und Psychoseminar	24
8. Peers in der Psychiatrie	26
8.1. Definition.....	26
8.2. Entstehung der Peer-Beratung.....	27
8.3. Inhalte der Peer-Beratung.....	28
8.4. Anwendungsbereiche von Peer-Beratung.....	30
8.5. Herausforderungen der Peer-Beratung.....	30
8.6. Ausbildung der Peers in Oberösterreich.....	32
8.7. Peer-Beratung gemäß dem Oberösterreichischen Sozialberufegesetz.....	32
9. Untersuchungsdesign	34
9.1. Forschungsansatz	34
9.2. Erhebungs- und Analysemethoden.....	35
9.3. Darstellung der Erhebungsinstrumente.....	36
9.4. Untersuchungssample	37
9.5. Zusätzliche Erhebungen/Recherchen	38
10. Beschreibung der Ausgangssituation	38
11. Auswertung der Interviews	40
11.1. Peer-Beratung.....	40
11.1.1. Verständnis und Bedeutung von Peer-Beratung.....	40
11.1.2. Angebote der Peer-Beratung und deren Umsetzung durch die interviewten Personen	40

11.1.3. Professionalität	44
11.1.4. Unterschiede im Vergleich zu einer Beratung durch andere Professionelle.....	46
11.1.5. Rolle der Peer-Beratung in der eigenen Institution.....	47
11.1.6. Bedeutung der Etablierung von Peer-Beratung in der Institution und allgemein.....	47
11.1.7. Kontaktaufnahme bzw. Zuweisungskontext.....	48
11.1.8. Kontakthäufigkeit.....	50
11.1.9. Akzeptanz der Peer-Beratung bei KlientInnen.....	50
11.2. Empowerment.....	51
11.2.1. Verständnis Empowerment.....	51
11.2.2. Empowerment als Bestandteil von Peer-Beratung.....	52
11.2.3. Was wird durch Empowerment vermittelt?.....	53
11.2.4. Beitrag Peer-Beratung zur Selbstbestimmung.....	54
11.2.5. Förderliche Faktoren für die Selbstbestimmung.....	55
11.3. Zusammenarbeit Peer-Beratung mit Sozialer Arbeit und anderen Professionen.....	56
11.3.1. Unterschiede zur Sozialen Arbeit	56
11.3.2. Verhältnis zur Sozialen Arbeit	58
11.3.3. Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit	59
11.3.4. Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen	60
11.3.5. Nutzen der Zusammenarbeit für Peer-Beratung	61
11.3.6. Nutzen der Zusammenarbeit für Soziale Arbeit	62
11.3.7. Nutzen der Zusammenarbeit für KlientInnen.....	62
11.4. Herausforderungen für die Peer-Beratung.....	63
11.4.1. Notwendige Veränderungen.....	66
12. Resümé.....	68
13. Literaturverzeichnis.....	73
14. Anhang.....	79

1. Einleitung

Die Themenwahl der vorliegenden Bachelorarbeit mit dem Titel „Wie kann Empowerment im nicht-stationären psychiatrischen Bereich am Beispiel der Peer-Beratung umgesetzt werden?“ vollzog sich im Rahmen der Forschungswerkstatt mit dem Fokus „User Involvement“.

Teils durch erworbene Kenntnisse im Zuge des Studiums, teils durch berufliches Vorwissen, gestaltete sich die Zielgruppe der Psychiatriebetroffenen rasch als Zentrum des Forschungsinteresses. Aufgrund weiterführender Literaturrecherche und regem Austausch innerhalb des Seminars konkretisierte sich in Folge die Forschungsfrage hinsichtlich der Selbstbestimmungsmöglichkeiten und -bestrebungen von Psychiatrieerfahrenen.

Dabei bilden – ausgehend von der zentralen Forschungsfrage – folgende Fragestellungen das Erkenntnisinteresse der Forschungstätigkeit:

- Wie trägt Peer-Beratung zur Selbstbestimmung von KlientInnen bei?
- Wie wird Empowerment in der Peer-Beratung berücksichtigt?
- Welches Werkzeug wird den KlientInnen durch Empowerment vermittelt?
- Wie wird Peer-Beratung in Österreich praktiziert? Was zeichnet die Peer-Beratung aus?
- Wie sieht das Verhältnis von Peer-BeraterInnen zu anderen ProfessionistInnen aus?
- Wie sehen das Selbstbild und die Positionierung von Peer-Beratung im nicht-stationären psychiatrischen Bereich aus?

Die Peer-Beratung als Ausdruck empowermentorientierten Handelns innerhalb der psychiatrischen Versorgung ist in der internationalen Betroffenenbewegung bereits jahrzehntelang im Einsatz. In der institutionellen Praxis hingegen – vor allem in Österreich – ist sie allerdings noch ein relativ junges Betätigungsfeld, was sich in der Absenz von wissenschaftlichen Untersuchungen und Erfahrungsberichten über die Methode bzw. den Prozess der Peer-Beratung innerhalb eines institutionellen Rahmens zeigt. Da empirische Forschungsarbeiten zu diesem Thema als notwendig und wünschenswert erachtet werden, soll sich die vorliegende Bachelorarbeit dem Thema Peer-Arbeit in Österreich widmen.

Den Schwerpunkt der theoretischen Grundlagen dieser Bachelorarbeit bilden Modelle und Ansätze hinsichtlich Empowerment und Peer-Beratung. Durch das jahrzehntelange Engagement und den Aktivismus vieler Betroffener in unterschiedlichen Konstellationen wie etwa Selbsthilfegruppen, Zusammenschlüssen innerhalb der Psychiatriebewegung und Initiativen mit dem Fokus der politischen und gesetzlichen Veränderung der gesellschaftlichen Stellung bzw. Wahrnehmung von Psychiatriebetroffenen vollzog sich ein schrittweiser Wandel in der Rolle und Begegnung von Personen mit psychischen Erkrankungen bzw. Krisen innerhalb des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems. Als Folge treten die Ressourcen und das Wissen der Betroffenen als ExpertInnen in den Vordergrund. Als Herausforderung gestaltete sich dabei die Aufarbeitung vorhandener Literatur zum Thema Peer-Beratung, da diesbezüglich bislang nur

vereinzelt deutschsprachige Publikationen erschienen sind. Für den empirischen Teil zur Behandlung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit wird ein qualitativer Ansatz herangezogen. Eine zentrale Fragestellung stellt diesbezüglich das Interesse an den Angeboten und Tätigkeiten der Peer-BeraterInnen und deren Verständnis von Peer-Beratung dar. Dabei spielt die Professionalität und die Bedeutung von Peer-Beratung für die eigene Institution sowie für die psychiatrische Versorgungslandschaft, aber auch die Herausforderungen in der Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen eine große Rolle. Wesentlich ist auch die Einbeziehung von Empowerment, weshalb diesem Thema ebenfalls Raum gewidmet wird. In diesem Zusammenhang wird auf das Verständnis von Empowerment, dessen Bestandteil in der Peer-Beratung und die Vermittlung von Empowerment eingegangen. Die Kontaktaufnahme und die Gestaltung des Beratungsprozesses, sowie Erleben und Selbstbestimmung der Peer-Arbeit aus der Sicht der Betroffenen finden ebenso Beachtung in der vorliegenden Arbeit als auch das Verhältnis zur Sozialen Arbeit, die Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit und anderen Professionen und die gegenseitige Akzeptanz.

Abschließend sollen der theoretische und der empirische Teil der Arbeit zusammengeführt und Ergebnisse präsentiert werden.

2. Psychiatriereform

2.1. Ursprüngliche Idee der Psychiatriereform

Ursprüngliche Idee der Psychiatriereform war es, die unzureichenden und mangelhaften Angebote an psychiatrischen Diensten zu verbessern und soziale Ausgrenzung und Benachteiligung von psychisch kranken Menschen abzubauen. Dabei wurden diese Forderungen sowohl von Betroffenen selbst, aber auch von reformorientierten Professionellen innerhalb der Psychiatrie getragen. Heute steht der Begriff Psychiatriereform für ein typisches Programm der Neustrukturierung psychiatrischer Dienste und ist gekennzeichnet durch Dezentralisierung und stärkere Differenzierung der Betreuungsangebote und der Verlagerung der Betreuung hin zu extramuralen Einrichtungen. Dabei zählen Verkleinerungen von Anstalten und stationären Einrichtungen sowie der Abbau deren Dominanz, die Ausweitung der in psychiatrischen Einrichtungen vertretenen Berufsgruppen und die Schaffung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten zu den wichtigsten Entwicklungen. (vgl. Forster/Pelikan 1990, 1f)

2.2. Grundprinzipien der Psychiatriereform

Das neue, positiv besetzte Gegenkonzept zur alten Anstaltspsychiatrie basiert auf den vier folgenden Grundprinzipien (vgl. Forster 1997, 21):

- Anstelle von großen, geschlossenen und undifferenzierten Anstalten treten kleine,

dezentral angesiedelte, offen und flexibel agierende Einrichtungen. „Gemeinde“ steht hier für das „natürliche Lebensmilieu“, in dem die psychiatrische Intervention erfolgt und nicht mehr in einer von der Umwelt isolierten Anstalt.

- Das straffe naturwissenschaftliche Krankheitsmodell wird um psychosoziale Faktoren erweitert. Gemeindepsychiatrie berücksichtigt also auch den sozialen Kontext, in dem psychische Störungen entstehen, wahrgenommen, beeinflusst, gemildert oder verschlechtert werden.
- Das Prinzip der uneingeschränkten ärztlichen Autorität wird durch ein partnerschaftlich-kooperatives Modell zwischen ÄrztInnen, anderen psychiatrischen Berufsgruppen und PatientInnen abgelöst. Elemente der Selbsthilfe und Laienarbeit treten neben den Professionalismus und schwächen diesen ab.
- Die traditionelle Zielsetzung psychiatrischer Eingriffe wird geändert. War es früher die klar sichtbare, harte und notfalls zwangsweise Segregation von psychisch Kranken, so ist es nun die Integration von Personen mit psychiatrischen Diagnosen. (vgl. Forster 1997, 21)

Die reformierte Psychiatrie sieht sich konfrontiert mit PatientInnen, die mehr Einfluss und Einbeziehung fordern und die vermehrt als KonsumentInnen medizinischer Dienstleistungen auftreten. Zunehmend organisieren sich Psychiatrieerfahrene mit der Absicht, gemeinsam Veränderungen bewirken zu können. Zentrale Anliegen dabei sind die Abschaffung aller legalen Möglichkeiten, psychiatrische Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen vorzunehmen und weniger die Behandlung und Heilung einer Krankheit als vielmehr die Stärkung von Fähigkeiten bezüglich der Erkenntnis und Durchsetzung eigener Interessen in den Vordergrund zu stellen. (vgl. Forster 1997, 261f)

2.3. Umsetzung der Psychiatriereform in Österreich

Österreich kommt auf dem Gebiet der Psychiatriereform keine führende Rolle zu. Vielmehr handelt es sich hierzulande um eine nicht einheitliche Umwandlung der alten Anstaltspsychiatrie (vgl. Forster/Pelikan 1990, 12) Der Grund, warum dies in den Anfängen der Psychiatriereform so erlebt wurde, liegt daran, dass das Hauptaugenmerk auf den stationären psychiatrischen Bereich gerichtet wurde. "Dieses historisch bedingte Schiefgewicht wird sich umso mehr ausbalancieren, je personen- und lebensfeldzentrierter sich in Zukunft die individuellen Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für psychiatrische Patienten ausrichten und somit vom stationären Leistungsspektrum in das lebensfeldnähere und niederschwelligere, ambulante Leistungsspektrum verlagert werden." (Katschnig/Denk/Scherer 2004, 11)

„Zum einen ist das extramurale Angebot gewachsen, zum anderen hat sich das stationäre Angebot etwas aufgefächert, indem für spezielle Patientengruppen eigene Einrichtungen entstanden sind.“ (Forster 1990, 28). Neu entstandene Einrichtungen zeigen zwar eine Tendenz zur

multiprofessionellen Zusammensetzung, was die Überlegenheit von ExpertInnen den PatientInnen gegenüber betrifft, ist diese allerdings nach wie vor gegeben, da es in Österreich bis heute keine nennenswerte institutionalisierte Mitwirkung von psychiatrischen PatientInnen gibt. Auch auf Ebene einzelner Einrichtungen finden sich wenige selbstorganisierte Versuche der KlientInneneinflussnahme. Allerdings hat einerseits die Selbsthilfebewegung der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, was durch steigende Mitgliederzahlen, stärkere regionale Ausdehnung und überregionale Zusammenschlüsse zu erkennen ist. Andererseits hat das Konzept „advokatorischen Eintretens“ anderer Personen für psychiatrische PatientInnen durch die Rechtsreformen im Bereich von Entmündigung und unfreiwilliger Anhaltung stark an Bedeutung gewonnen, was insbesondere auf die Gründung der VereinssachwalterInnenschaft zurückgeht. (vgl. Forster 1990, 36f)

Auch Hartmann Hinterhuber betont die Fortschritte in der jüngsten Geschichte der Psychiatrie. Dabei reicht der Bogen von der Entwicklung spezifischer psychotherapeutischer Methoden bis hin zu bedeutenden Entdeckungen im pharmazeutischen Bereich. Signifikant ist aber vor allem die Vielzahl sozialpsychiatrischer Ambulanzen, die neben psychiatrischen Krankenanstalten entstanden ist, wobei mittlerweile die Zahl der ambulant betreuten psychisch Erkrankten die der stationär Aufgenommenen um ein Vielfaches übersteigt. PatientInnenorientierte Behandlungsprogramme sind in den Mittelpunkt getreten und verfolgen die Umsetzung einer menschengerechten Psychiatrie. Dazu zählen vor allem jene Anstrengungen, die die „Partizipationschancen“ von PatientInnen zu erhöhen versuchen. (vgl. Hinterhuber 2002, 26f)

Zwar wurde die Psychiatriereform in Österreich 1979 gesetzlich beschlossen, allerdings galt dies lediglich für eine sogenannte „Regionalisierung“: das heißt, eine Aufteilung in psychosoziale Regionen, die für eine bestimmte Anzahl von EinwohnerInnen zuständig sein sollte. Nach einer relativ raschen Umsetzung dieser Idee in Wien folgten die Bundesländer erst viele Jahre nach dem gesetzlichen Beschluss. (vgl. Paulitsch 2008, 23)

Auch wenn die Psychiatriereform mit ihren sämtlichen Ausprägungen bis dato noch auf einer Liste nicht verwirklichter politischer Ankündigungen steht, hat Österreich bereits 1992 Standards für eine angemessene Betreuung erstellt. Die Forderungen aus den „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung“ des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz dazu lauten (vgl. Hinterhuber 2002, 33):

- Verpflichtung der Länder, landesweit flächendeckende Netze bedürfnisgerechter psychiatrischer Versorgungsstrukturen zu schaffen.
- Diesen Versorgungsstrukturen ein ausreichendes Angebot an stationären, ambulanten und komplementären Diensten zur Verfügung zu stellen.
- Erstellen von langfristigen Bedarfs- und Entwicklungsplänen. (vgl. Hinterhuber 2002, 33)

3. Empowerment

3.1. Definition Empowerment

Wörtlich übersetzt bedeutet Empowerment so viel wie „Selbstermächtigung“, „Selbstbemächtigung“ oder „Selbstbefähigung“. In der Literatur finden sich zahlreiche divergente Definitionen, bei deren genauerer Betrachtung hervorgeht, dass Empowerment allerdings weit mehr als nur das beinhaltet.

Andreas Knuf beispielsweise definiert den Begriff folgendermaßen: „Empowerment meint Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. [...] Mitsprache bei psychiatriepolitischen Entscheidungen oder Forschungsprojekten; gestärktes Selbstbewusstsein, das es einem Betroffenen ermöglicht, offen zu seiner Erkrankung zu stehen; Mitarbeit bei der Formulierung von Behandlungsstandards in Institutionen oder in der Fort- und Weiterbildung.“ (Knuf 2007, 28)

Für Jens Clausen und Ilse Eichenbrenner wiederum hat die Benennung der Betroffenen einen zentralen Stellenwert. „Kennzeichnend ist die Diskussion um die Bezeichnung der Zielgruppe: Statt von Patienten wird von Nutzern, Psychiatrie-Überlebenden, Psychiatrieerfahrenen, Ex-Patienten oder – im Kontext der Sozialen Psychiatrie – von Klienten gesprochen.“ (Clausen/Eichenbrenner 2010, 29) Empowerment bedeutet für Clausen und Eichenbrenner Orientierung an den Ressourcen, also an den Stärken, Aufklärung über die Krankheiten und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2010, 29f)

Norbert Herringer definiert Empowerment insofern, dass der Fokus auf die Fähigkeiten der Betroffenen zu setzen ist. „Das Empowerment-Konzept richtet den Blick auf die Selbstgestaltungskräfte der Adressaten Sozialer Arbeit und auf die Ressourcen, die sie produktiv zur Veränderung von belastenden Lebensumständen einzusetzen vermögen.“ (Herringer 2006, 7). Empowerment zielt also darauf ab, dass die Fähigkeiten der Betroffenen gestärkt werden und sie bei der „Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen“ (Herringer 2006, 7) und damit nicht mehr nur den Fokus auf die Defizite zu lenken. (vgl. Herringer 2006, 8).

Mike Seckinger rückt den Autonomiebegriff in den Vordergrund und betont, dass für die Autonomie nicht nur das Individuum selbst, sondern auch dessen soziales Netzwerk wichtig sei: "Am Konzept des Empowerment wird dies exemplarisch deutlich: die Rück- oder auch Neugewinnung der eigenen Autonomie kann nur gelingen, wenn sie sowohl auf der Ebene des Individuums selbst, seiner Bezugsgruppe und in der Gesellschaft, dem politischen Bereich, stattfindet". (Seckinger 2006, 8)

Zusammenfassend lässt sich Empowerment als eine Herangehensweise verstehen, welche die soziale Teilhabe – sowohl im persönlichen wie auch im institutionellen und politischen Bereich – protegert und dabei durch Mitsprachemöglichkeiten und Selbstbestimmung eine autonome Lebensgestaltung fördert, indem sie sich an persönlichen Ressourcen orientiert.

3.2. Grundprinzipien von Empowerment

Basierend auf der Idee eines an normativ-ethischen Überzeugungen orientierten Menschenbildes hat Matthias Krisor einige wichtige Grundprinzipien formuliert, die konstitutiv für erfolgreiche Empowermentprozesse sind.

3.2.1. Interaktionsorientierung

Zentraler Aspekt aller Empowermentprozesse ist die Orientierung an zwischenmenschlicher Interaktion. Menschen leben in ständigem Austausch mit anderen Individuen, sind von ihnen abhängig, profitieren voneinander, finden aber im Gegenüber auch Grenzen. Der Mensch muss deshalb immer im gesamtgesellschaftlichen Kontext verstanden werden. (vgl. Krisor 2002, 108)

3.2.2. Gesellschaftsorientierung

Sehr eng verknüpft mit der Interaktionsorientierung versteht sich die Gesellschaftsorientierung. Während die Interaktionsorientierung sich auf interpersonelle Wechselbeziehungen konzentriert, steht bei der Gesellschaftsorientierung im Vordergrund, den Menschen vor dem Ausschluss aus der Gesellschaft zu bewahren, ihm einen Platz in der Gemeinschaft zu schaffen, um ihm so einen Austausch erst zu ermöglichen. (vgl. Krisor 2002, 112)

3.2.3. Lebensweltorientierung

Empowerment hat auch immer Alltag und Lebenswelt der Betroffenen miteinzubeziehen. Genau jenem Bereich also, der einerseits Probleme und dessen Ursachen birgt und andererseits auch Möglichkeiten und Ressourcen bereitstellt. (vgl. Krisor 2002, 113)

3.2.4. Autonomie- und Bedürfnisorientierung

Unter Autonomie- und Bedürfnisorientierung ist zu verstehen, dass auf der einen Seite die Ideale und Weltanschauungen der Betroffenen selbst unabhängig von gesellschaftlichen Wertvorstellungen maßgeblich sind, und auf der anderen Seite die Betroffenen selbst Verantwortung für die Umsetzung ihrer Lebensentwürfe zu tragen haben. (vgl. Krisor 2002, 116)

3.2.5. Kompetenz- und Ressourcenorientierung

Wesentlich für gelungenes Empowerment ist letztlich das Festhalten an Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen und positiven Eigenschaften der Betroffenen und das Loslassen von der Konzentration auf Schwächen und Defizite. (vgl. Krisor 2002, 118) „Das besondere von Empowermentprozessen besteht also darin, sowohl persönliche als auch soziale und kontextbezogene Kompetenzen zu fördern.“ (Lenz 2003, 125)

3.3. Handlungsebenen von Empowerment

Empowermentprozesse können auf vier unterschiedlichen jedoch komplex miteinander in Zusammenhang stehenden Ebenen stattfinden: Der individuellen, der gruppenbezogenen, der institutionellen sowie der gemeindeorientierten bzw. politischen Ebene. Auch wenn - je nach Handlungsfeld - einzelne davon stärker oder schwächer fokussiert werden, sind im Sinne von Empowerment immer alle vier Ebenen zu berücksichtigen. (vgl. Stimmer 2006, 54)

3.3.1. Die individuelle Ebene

„In der Arbeit mit einzelnen Personen stehen die Interaktionsmedien Beratung, Unterstützung und Begleitung im Vordergrund.“ (Stimmer 2006, 54). Kerngedanke dabei ist es, die KlientInnen dahingehend zu unterstützen, wieder selbstbewusst und frei von Hoffnungslosigkeit eigene Ziele zu formulieren und ihr Leben - zumindest aber Teilbereiche davon - autonom zu meistern, wobei das Hauptaugenmerk auf die Zukunft gelegt wird. (vgl. Stimmer 2006, 54)

3.3.2. Die Gruppenebene

Empowermentorientierte Arbeit auf gruppenbezogener Ebene hat den Zweck, Kontakte zwischen Individuen herzustellen und ihnen durch Unterstützung beim Aufbau und der Organisation von Netzwerken eine Grundlage für gemeinschaftliches Arbeiten zu schaffen, wovon dann wiederum die gesamte Gruppe aber auch die einzelnen Individuen profitieren können. Gruppenarbeit ist beispielsweise in Form von Selbsthilfegruppen oder Bürgerinitiativen denkbar, spielt sich aber häufig auch innerhalb des Familienverbandes ab. Effektive Werkzeuge auf dieser Ebene sind einerseits die „Netzwerkanreicherung“, bei der bereits vorhandene „primäre“ Netzwerke wieder aktiviert werden und andererseits die „Netzwerkförderung“, bei der völlig neue Kontakte hergestellt werden sollen. (vgl. Stimmer 2006, 55f)

3.3.3. Die institutionelle Ebene

„Empowerment auf der institutionellen Ebene zielt auf aktive Bürgerbeteiligung bei den Entscheidungen und der Durchführung der Programme der Dienstleistungsunternehmen und der Verbände, also stichpunktartig auf Partizipation, Adressatenbeteiligung und Kundenorientierung [...]“. (Stimmer 2006, 56). Ehemals Betroffenen werden hierbei Möglichkeiten eröffnet, sich an institutionellen Entscheidungen zu partizipieren.

3.3.4. Die Gemeindeebene

Empowerment auf Gemeindeebene zielt auf die Beteiligung von BürgerInnen an politischen Prozessen ab und soll „die Menschen ‚vor Ort‘ in ihrer konkreten sozialräumlichen Lebenswirklichkeit ermutigen und befähigen ihre Stimme zu erheben, ihre (raum- und alltagsbezogenen) Bedürfnisse zu artikulieren, eigene Ressourcen zu entdecken und ihre Lebensverhältnisse gemäß der eigenen Interessen zu gestalten.“ (Herringer 2006, 86)

3.4. Empowerment im psychiatrischen Bereich

Knuf ist der Ansicht, dass über einen langen Zeitraum KlientInnen in der Psychiatrie Selbstbestimmung nicht gewährt wurde, weil man ihnen unterstellte, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht autonom entscheiden können. Nun sollte Selbstbestimmung kein Zwang sein, denn die Menschen sind sehr unterschiedlich und nicht jede/r möchte in gleichem Ausmaß entscheiden können. Es ist auch nicht jeder/m KlientIn auf Anhieb möglich, Entscheidungen selbst treffen zu können. Viele, denen im Laufe ihres Lebens Entscheidungen immer abgenommen worden sind, müssen es erst in einem langwierigen Prozess (wieder)erlernen. Diese KlientInnen können sich unter Umständen damit überfordert fühlen, eigene Entscheidungen zu treffen. (vgl. Knuf 2006, 32ff) „Eine Förderung von Empowerment besteht manchmal vielmehr darin, zunächst die Selbstbestimmungsfähigkeit zu unterstützen. Wenn wir das nicht tun, denken wir Empowerment vom Stärksten und nicht vom Schwächsten.“ (Knuf 2006, 35f) Das bedeutet für Professionelle in erster Linie auf KlientInnen einzugehen und darauf zu achten, was sie brauchen und möchten.

Empowerment hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr lediglich als PatientInnen auftreten. Immer häufiger begegnet man ihnen als Vortragende bei Veranstaltungen, sie verfassen Artikel in Fachzeitschriften, wirken in Gremien mit, organisieren Selbsthilfegruppen oder arbeiten bei der Erstellung von Betreuungsprogrammen mit. (vgl. Amering 2008, 204).

Betroffene berichten über ihre Schicksale und geben eigene Erfahrungen an andere weiter. Die Kommunikation nach außen erfolgt nicht mehr nur über Professionelle oder Angehörige, sondern Betroffene haben gelernt, für sich selbst zu sprechen. Empowerment bedeutet aber auch, an wichtigen Entscheidungen wie Gesetzesentwürfen oder an Forschung beteiligt zu sein. Um die Chancen von Empowerment richtig nutzen zu können, müssen nicht nur die Betroffenen ihre Rollen neu definieren, es muss auch von Seiten der professionellen HelferInnen eine Unterstützung und Förderung geben. Dazu muss für die Betroffenen ein Umfeld geschaffen werden, dass ihre eigene soziale Kompetenz verbessert. Durch Hilfe bei der Beschaffung der notwendigen Ressourcen können Betroffene auf ihrem Weg in ein eigenständiges Leben gefördert werden, ohne sie dabei zu kontrollieren. Gelebtes Empowerment bedeutet, dass Betroffene Aufgaben als InteressensverteterInnen, CasemanagerInnen, GesprächsberaterInnen, ArbeitsvermittlerInnen oder als Lehrende in Ausbildungsprogrammen wahrnehmen. (vgl. Amering 2002, 159f).

Empowermentorientierte Programme, bei denen Betroffene mitarbeiten oder in denen sie Leitungsfunktionen übernehmen, gibt es vor allem in folgenden Bereichen:

- Vermittlung von Selbsthilfe- und Bewältigungsstrategien,
- Psychosoziale Betreuung von anderen Betroffenen,
- Leitung von Beschäftigungsprojekten. (vgl. Amering 2002, 160)

3.4.1. Kriterien für professionelles Handeln im psychiatrischen Bereich

Auf die Frage, wie Empowerment im psychosozialen Bereich verwirklicht werden kann, entwickelte eine Gruppe Psychiatrie-Betroffener unter der Leitung von Judi Chamberlin eine Arbeitsdefinition mit einer Reihe von Kriterien, die als Grundlage für professionelles Handeln verstanden werden kann:

- Betroffene müssen dazu befähigt werden, eigene Entscheidungen zu treffen.
- Betroffenen müssen Zugang zu Informationen und Ressourcen erhalten.
- Betroffenen müssen über mehrere Handlungsalternativen verfügen können und aus diesen frei wählen dürfen.
- Die Durchsetzungsfähigkeit Betroffener muss gefördert werden.
- Betroffenen muss Hoffnung gegeben werden, um ihnen das Gefühl zu vermitteln, als Individuum etwas bewegen zu können.
- Betroffenen müssen in kritischem Denken geschult und gefördert werden.
- Betroffene müssen lernen, Ärger und Wut auszudrücken.
- Betroffene müssen darin unterstützt werden, sich als Teil einer Gruppe zu begreifen anstatt sich alleine zu fühlen.
- Betroffenen müssen ihre Rechte zugestanden werden, Veränderungen im eigenen Leben sowie der Umwelt zu bewirken, wodurch sie Kompetenz- und Kontrollvermögen erlangen.
- Betroffenen muss ermöglicht werden, Fähigkeiten zu erlernen, die ihnen selbst als wichtig erscheinen, unabhängig davon, was professionelle HelferInnen meinen.
- Die Wahrnehmung Außenstehender hinsichtlich der Kompetenzen und der Handlungsfähigkeit von Betroffenen muss korrigiert werden.
- Betroffene sollen zu einem „Coming out“ motiviert werden - dies fördert ihr Selbstbewusstsein.
- Betroffene sollen zu ständiger Veränderung motiviert werden, denn die Stärkung der Eigenmacht ist ein laufender Prozess.
- Betroffene sollen in der Erarbeitung eines positiven Selbstbildes unterstützt werden. (vgl. Amering 2002, 162f)

Um Chancen des Empowermentprozesses nutzen zu können, müssen nicht nur die Betroffenen neue Rollen wahrnehmen, auch professionelle HelferInnen müssen sich neu orientieren. Dabei besteht der zentrale Aspekt darin, ein Umfeld zu entwickeln, das es ermöglicht, soziale Kräfte bei anderen zu wecken oder sie selbst zu entdecken. Es müssen Möglichkeiten geschaffen und Hilfen angeboten werden, die es Betroffenen erlauben, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und die sie in der Beschaffung der dazu notwendigen Ressourcen unterstützen. (vgl. Amering, 2002 160f)

3.5. Empowerment und Soziale Arbeit

„Das Empowerment-Konzept ist für die Soziale Arbeit von hoher Attraktivität. Mit seiner

Akzentuierung von Selbstorganisation und autonomer Lebensführung formuliert es eine programmatische Absage an den Defizit-Blickwinkel, der bis heute das Klientenbild der traditionellen psychosozialen Arbeit einfärbt.“ (Herringer 2006, 8)

Herringer spricht in diesem Zusammenhang von „Bausteinen“, die für Empowerment in der Sozialen Arbeit bedeutend sind. Als essentiell erachtet er das „Vertrauen in die Fähigkeit jedes einzelnen zu Selbstgestaltung und gelingendem Lebensmanagement“, wodurch die Ressourcen und Kräfte der Betroffenen (wieder) aktiviert werden sollen, um das eigene Leben selbst gestalten zu können. (vgl. Herringer 2006, 74)

Des Weiteren nennt er die „Akzeptanz von Eigen-Sinn und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen der Klienten psychosozialer Arbeit“ als besonders wichtig. Soziale Arbeit soll auf das so genannte „Besser-Wissen“ verzichten und sich auf die KlientInnen und deren „konflikthafte Lebensentwürfe“ einlassen, was aber nicht bedeuten soll, dass sich die Soziale Arbeit zurückziehen und die Verantwortung an die KlientInnen abgeben soll. (vgl. Herringer 2006, 75f)

Außerdem wäre das „Respektieren der ‚eigenen Wege‘ und der ‚eigenen Zeit‘ der Klienten und der Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefasste Zeithorizonte“ unerlässlich, da Empowerment relativ lange Zeitperspektiven benötigt und sich nicht in eng strukturierten Hilfeplänen einlassen lässt. (vgl. Herringer 2006, 76f)

Aber auch der „Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften“ und die „Orientierung an der Lebenszukunft der KlientInnen“ sind bedeutend für die Arbeit mit KlientInnen, um ihnen in Zukunft „ein Mehr an Selbstbestimmung und produktivem Lebensmanagement möglich machen [zu] können“. (vgl. Herringer 2006, 77f)

3.6. Herausforderungen für die Soziale Arbeit im psychosozialen Bereich

Folgende Herausforderungen können als Gegenstand der Sozialen Arbeit im psychosozialen Bereich genannt werden:

- Ausstattungsprobleme: mit Ausstattung des Menschen sind etwa Handlungskompetenzen, durch Sozialisation erworbene Erkenntnisse und soziale Beziehungen gemeint. Diese Ressourcen können (nicht nur) bei psychisch kranken Personen ausfallen. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, Ressourcen zu erschließen und die Stabilisierung der Alltagsgestaltung in den unterschiedlichen Lebensbereichen zu fördern. Dies geschieht zum Beispiel durch die Bereitstellung von sowohl materiellen (Einkommen, Wohnen, Arbeit) also auch immateriellen (Entwicklung von Handlungskompetenzen durch Beratung, Unterstützung und Anleitung) Hilfen. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 56f)
- Austauschprobleme: Austausch bedeutet einerseits Austausch von Waren, Wissen, Können, aber auch Austausch von Gefühlen. Durch eine psychische Erkrankung ist dieser Austausch häufig eingeschränkt, es entsteht Abhängigkeit (Angehörige, Institutionen). Soziale

Arbeit versucht unter anderem durch das Üben von alltagspraktischen Fähigkeiten, das Einfordern von Rechten für Betroffene oder die Beratung von Angehörigen, diese Asymmetrie und damit auch Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen bzw. zu verringern. Wobei aber auch die Beziehung zwischen KlientIn und der Sozialen Arbeit gleichzeitig ein Abhängigkeitsverhältnis darstellen kann. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 57ff)

- Machtprobleme: Durch die Austausch- und Ausstattungsprobleme können sich Machtstrukturen entwickeln, die sowohl im privaten, im sozialen und auch im gesellschaftlichen Bereich Wirksamkeit zeigen. „Da sie [psychisch kranke Personen] den gesellschaftlich geforderten Normalitätsansprüchen wie Sicherung des eigenen Einkommens durch Arbeit nicht oder nicht mehr nachkommen können, werden ihnen strukturell weniger Rechte zugestanden.“ (Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 59) Soziale Arbeit muss in diesem Zusammenhang auf die Bedürfnisse von psychisch kranken Personen hinweisen, für ihre Rechte eintreten und auch in kommunal- und sozialpolitischen Bereich aktiv werden. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 59f)
- Gesellschaftliche Wert- und Kriterienprobleme: Ausstattung, Austausch und Macht hängen mit dem gesellschaftlichen Wert- und Normsystem zusammen. Diese werden durch das Rechtssystem gesellschaftlich sanktioniert. Soziale Arbeit hat einerseits den gesellschaftlichen Auftrag, Normalitätsstandards durchzusetzen, sich andererseits aber auch für die KlientInnen einzusetzen. Dieses „doppelte Mandat“ stellt sowohl für die Soziale Arbeit, als auch für die KlientInnen eine Schwierigkeit dar. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 60f)

4. Partizipation

„Das Recht auf Partizipation und Selbstbestimmung und der Schutz vor Diskriminierung sind zentrale Forderungen der Betroffenenbewegung als Voraussetzungen für 'empowerment' [...]“ (Amering 2002, 167) Ein Hauptargument für Partizipation ist der Nutzen der Expertise von Betroffenen, die die Qualität von Institutionen und deren Behandlungskonzepten nachhaltig positiv beeinflussen kann. Darüber hinaus verspricht man sich zur Einbeziehung der Betroffenen ein besseres Verständnis für psychiatrische Probleme und deren Überwindung sowie innovative Ideen für alternative Interventionsmöglichkeiten. (vgl. Amering 2008, 214f).

„Im engeren Sinne spricht man von Partizipation, wenn Menschen bei Planung und Vorhaben angehört werden und sie ihre Ziele und Wünsche in den Prozess einer Willensbildung und Entscheidungsfindung einbringen können.“ (Lenz 2006, 13) Albert Lenz unterscheidet dabei zwei Prinzipien: Teilnahme und Teilhabe. "Teilnahme" (auch als "Top-down"-Modell bezeichnet) bedeutet, dass die Probleme und Ziele hauptsächlich von ExpertInnen definiert und identifiziert werden. Bei der "Teilhabe" (Bottom-up-Strategie) wiederum übernehmen die Betroffenen selbst von Anfang an die Verantwortung für das weitere Vorgehen. Dabei wird vor allem von ihren Kompetenzen, ihren individuellen Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen ausgegangen. (vgl.

Lenz 2006, 13)

Es gibt auch das sogenannte Modell der geteilten Entscheidungsfindung (shared decision making). Bei diesem geht es vorrangig um einen wechselseitigen Informationsaustausch. Im ersten Schritt gibt die/der Professionelle der/dem Betroffenen alle relevanten Informationen, die für die Entscheidung und die Ziele der/des Betroffenen eine Rolle spielen. Danach äußert die/der Betroffene seine Bedenken und Ängste. Im dritten Schritt wird dann gemeinsam das weitere Vorgehen vereinbart. (vgl. Lenz 2006, 14) Grundlage dieses Modells ist es, dass Professionelle und Betroffene "gleichermaßen als ExpertInnen verstanden werden." (Terzioglu 2006, 39f)

Schwierig wird diese Art der Teilnahme aber, wenn sich die/der Betroffene in einem akut psychotischen Zustand befindet. "Diese wechselnden Zustände der Patienten und deren zeitweise eingeschränkte Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung stellen die Arzt-Patient-Zusammenarbeit, die auf eine Partizipation des Patienten angelegt ist, vor besondere Herausforderungen." (Terzioglu 2006, 41f) Wenn es beispielsweise um eine Krankenhausaufnahme in einer akuten Psychose geht, sollte an die Eigenverantwortlichkeit der/des PatientIn appelliert und dieser/diesem auch ausreichend Zeit gegeben werden, die Entscheidung mit zu tragen. "Dadurch entsteht eine scheinbare Wahlfreiheit für die PatientInnen in Krisensituationen, die positive Wirkung für den weiteren Verlauf der Behandlung hat." (Terzioglu 2006, 44) "Daraus folgt, dass es sinnvoll ist, statt nach Partizipation im Sinne immer möglicher Einflussnahme [...] nach einer Zusammenarbeit zu suchen, in der eine Einflussnahme der PatientInnen in Abhängigkeit von ihrem Gesundheitszustand möglich ist und ÄrztInnen und PatientInnen flexibel die Verantwortung übernehmen und abgeben." (Terzioglu 2006, 46)

Der Wunsch nach mehr Einbeziehung und Mitarbeit wird von Psychiatrieerfahrenen auch eingefordert, „um deren Erfahrungswissen und die subjektive Sichtweise in der Behandlung stärker zu berücksichtigen“. (Heim 2010, 196) In Deutschland gibt es einige Projekte, in denen dies schon durchgeführt wird. Zu nennen wäre etwa das Projekt „Ex-In“ (Experienced Involvement), in dem Psychiatrieerfahrene zu sogenannten GenesungsbegleiterInnen ausgebildet werden bzw. auch als Vortragende bei Fortbildungen tätig sind. (vgl. Heim 2010, 196)

5. Selbsthilfe

Ein wesentlicher Aspekt im Konzept des Empowerments stellt für die Psychiatrieerfahrenen die Selbsthilfe dar. „Angestrebt ist hiermit deren Selbstbefähigung beziehungsweise Selbstbemächtigung in dem Sinne, dass sie Macht und Einfluss gewinnen oder zurückgewinnen, um ihr Geschick in die eigenen Hände zu nehmen und ihr Leben zu meistern.“ (Haselmann 2008, 97) Folgendes Kapitel befasst sich deshalb mit den Ressourcen und den Selbsthilfegruppen, da diese einen wesentlichen Einfluss auf die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener ausüben.

5.1. Ressourcen

Nicht nur für die Soziale Arbeit sollte Empowerment die Hilfe zur Selbsthilfe und auch das gemeinsame Erarbeiten und das (Re-)Aktivieren von Ressourcen mit den Betroffenen bedeuten. Auch Psychiatrieerfahrene selbst sollten sich ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten bewusst werden. „Dies setzt seitens der Profis eine ressourcenorientierte Haltung voraus sowie die Anerkennung der als 'psychisch krank' bezeichneten Menschen als eigenständig handelnde Subjekte, die über Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen, welche sie erwecken, nutzen, ausbauen, weiterentwickeln können.“ (Haselmann 2008, 97)

Tatsächlich werden diese Fähigkeiten und Kompetenzen von den Profis, aber auch von den Betroffenen selbst des öfteren nicht gesehen bzw. verkannt. "Bislang wurden die Potenziale bzw. Ressourcen von Psychiatrieerfahrenen häufig unterschätzt, indem der Blick eher auf ihre Defizite als auf ihre Fähigkeiten gerichtet war." (Hellerich 2003, 8) Daher wird den Psychiatrieerfahrenen viel abgenommen, da angenommen wird, dass sie es selbst nicht schaffen würden, aber gerade dies hilft auf längere Sicht weniger. Denn je mehr von ExpertInnen übernommen wird, umso weniger kann sich die/der Betroffene selbst helfen und vorhandene Ressourcen werden nicht genutzt. (vgl. Hellerich 2003, 40) Deshalb stellt gerade im Hinblick auf Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe eine Fokussierung auf die Ressourcen der Psychiatrieerfahrenen einen wichtiger Aspekt dar.

Man kann dabei neben den materiellen Ressourcen (zum Beispiel finanzielle Sicherheit, Wohnung) zwischen personellen, wie beispielsweise Persönlichkeitsmerkmale oder persönliche Stärken und sozialen Ressourcen (soziales Netzwerk, soziale Beziehungen) unterscheiden. Norbert Herringer bezeichnet diese Ressourcen auch als „Schutzfaktoren“. (vgl. Herringer 1997, 172f) Diese Ressourcen sind aber keine stabilen Faktoren, sie können sich Laufe der Zeit verändern oder aber auch komplett ausfallen, was dann zu Krisen führen kann. Daher müssen im Rahmen von Empowerment vorhandene Ressourcen gestärkt und gefestigt bzw. neue Ressourcen entdeckt und gefördert werden. Soziale Ressourcen oder Netzwerke bieten beispielsweise emotionale Unterstützung, materielle Hilfe bzw. konkrete Handlungen, Aufklärung und Information, Stärkung des Selbstwertgefühls und Vermittlung von neuen Sozialkontakten (vgl. Herringer 1997, 136f) Unterschieden werden diese sozialen Netzwerke folgend: primäre/persönliche Netzwerke (Familie, Verwandte, FreundInnen, Bekannte, NachbarInnen, ArbeitskollegInnen), sekundäre/gemeindebezogene Netzwerke (Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen) und tertiäre/institutionelle Netzwerke (professionelles Hilfesystem). Diese Netzwerke dürfen aber nicht immer nur als positiv betrachtet werden, da - vor allem im primären Netzwerk - diese in Form von Einengung, Bevormundung und Einmischung durch Angehörige auch einen negativen Einfluss auf die Betroffenen haben können. (vgl. Haselmann 2008, 108f) „Gerade in engmaschig geknüpften Netzwerken [...], die grundsätzlich ein großes Unterstützungspotenzial bereitstellen, wird oft Konformitätsdruck ausgeübt und eine Abweichung vom starren Normengefüge sanktioniert.“ (Haselmann 2008, 109)

Durch die Defizit-Orientierung und der damit zusammenhängenden Missachtung der Fähigkeiten der Psychiatrieerfahrenen, werden diese in eine Außenseiterrolle gedrängt und stigmatisiert. Diese Stigmatisierung, welche häufig auch vom sozialen Umfeld übernommen wird, führt dann dazu, dass den Betroffenen nur wenige Handlungsmöglichkeiten bleiben. (vgl. Haselmann 2008, 41) Um gegen diese Stigmatisierung anzukämpfen ist es demnach von großer Bedeutung für die Psychiatrieerfahrenen, sich ihrer Ressourcen und Fähigkeiten bewusst zu werden und diese auch zu nutzen.

5.2. Selbsthilfegruppen

„Da familiäre und nachbarschaftliche Systeme bei psychischen Erkrankungen häufig nicht mehr greifen, nicht selten gar nicht mehr vorhanden sind, entsteht ein Defizit an mitmenschlicher Anteilnahme, das durch professionelle Hilfeleistungen allein offensichtlich nicht mehr auszugleichen ist.“ (Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, 374) Staatliche finanzielle Mittel werden knapper und auch die Unübersichtlichkeit der Zuständigkeiten von Institutionen stellt für KlientInnen eine Schwierigkeit dar, soziale (finanzielle und emotionale) Unterstützung zu erlangen. Auch das (gefühlte) Machtgefälle gegenüber den ExpertInnen und das damit zusammenhängende Abhängigkeitsgefühl bereitet vielen KlientInnen Probleme, professionelle Unterstützung anzunehmen, weshalb – vor allem wenn auch kein persönliches soziales Netzwerk wie Familie, FreundInnen oder NachbarInnen gegeben ist - immer häufiger „Solidaritätsgemeinschaften“, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, aufgesucht werden. Diese bieten unter anderem Orientierungshilfe für eine neue Lebensgestaltung, Rückhalt durch ein Gemeinschaftsgefühl, emotionale Stütze und gelten als „Instrument einer kollektiven und solidarisch geprägten Interessensartikulation und Interessensdurchsetzung.“ (Herringer 1997, 124-128)

Ruth Fricke meint deshalb, dass Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle für die Psychiatrieerfahrenen spielen und einen wichtigen Faktor zu deren psychischen Stabilisierung darstellen. (vgl. Fricke 2004, 77) „Selbsthilfe ist die (private, nicht-marktliche und nicht entgeltliche) Produktion und Konsumtion von Gütern und Diensten in der Gemeinschaft von Menschen in gleicher Lage, die auf die Verwendung von (Vor-)Leistungen professioneller Sozialsysteme verzichten.“ (Herringer 1997, 27) Psychiatrieerfahrene versuchen deshalb immer häufiger, gemeinschaftlich ein Unterstützungsnetz in Form einer Selbsthilfegruppe zu errichten.

Merkmale für Selbsthilfegruppen wären, dass die Mitglieder von einem gemeinsamen Problem betroffen sind, auf die Mitwirkung von professionellen HelferInnen teilweise verzichtet wird, keine Gewinnorientierung vorhanden ist und gegenseitige Hilfe und gleichberechtigte Kooperation als Ziel betrachtet werden. (vgl. Herringer 1997, 27)

In Selbsthilfegruppen treffen sich Psychiatrieerfahrene und Professionelle auf einer Ebene, dies entspricht dem Prozess des Empowerments, da die Betroffenen aus der ihnen zugeschriebenen passiven PatientInnenrolle aussteigen können. (vgl. Hellerich 2003, 87) "Auf Grund der immer

noch von einigen Psychiatrisierten erfahrenen Distanz der Helfer und hierarchischen Subjekt-Objekt-Verhältnissen in der Behandlung ist nicht selten eine der gewünschten Formen der Selbsthilfe gegenseitige Hilfe ohne professionelle Beteiligung." (Hellerich 2003, 27) Begründet wird dieser Wunsch aber auch damit, dass die Betroffenen den Professionellen mangelndes Verständnis vorwerfen bzw. dass deren Wissen „nur“ erlernt, und nicht – wie von den Psychiatrieerfahrenen – selbst erlebt wurde. Wissenschaftliches Wissen wird somit Erfahrungswissen untergeordnet. (vgl. Hellerich 2003, 27)

Auf professionelle Unterstützung wird aber nicht immer verzichtet, Psychiatrieerfahrene wünschen teilweise auch die Unterstützung durch Professionelle im Prozess der Selbsthilfe. Diese Unterstützung soll dann aber den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen und nicht von den Professionellen selbst initiiert werden. (vgl. Hellerich 2003, 38) Außerdem befürchten Psychiatrieerfahrene teilweise auch, dass eine Selbsthilfegruppe ohne professionelle Unterstützung aufgrund von gegenseitiger Demotivation scheitern könnte. (vgl. Hellerich 2003, 34) Gert Hellerich unterscheidet deshalb drei Arten von Selbsthilfegruppen:

- Professionell gesteuerte Selbsthilfegruppen, die von Professionellen initiiert und aufgebaut werden.
- Selbstgesteuerte Selbsthilfegruppen, die völlig ohne professionelle Unterstützung auskommen.
- Selbsthilfe mit professionellen HelferInnenrollen, die zwar von Betroffenen initiiert und aufgebaut werden, in deren Strukturen aber Professionelle eingebunden werden. (vgl. Hellerich 2003, 42ff)

Wie eine professionell gesteuerte Selbsthilfegruppe aussehen kann, zeigt Andreas Knuf an folgendem Beispiel: professionell Tätige unterstützen ihre KlientInnen dabei, eine Selbsthilfegruppe zu gründen und moderieren diese auch - anfänglich häufiger und dann immer seltener. Kommt die moderierende Person anfangs zum Beispiel in jeder Woche, kann die Häufigkeit dann reduziert werden, wenn die Gruppe eingespielt ist. (vgl. Knuf 2006, 96ff)

Da Psychiatrieerfahrenen häufig bestimmte Fähigkeiten abgesprochen werden, wird auch deren Teilnahme an Selbsthilfegruppen oft von Professionellen abgewertet bzw. unterschätzt. Etwa die Befürchtung, dass sich die Betroffenen gegenseitig überzeugen könnten, dass sie keine Medikamente mehr nehmen sollen, zeigt auf, wie sehr Selbsthilfegruppen unter Professionellen mit Vorurteilen behaftet sind. (vgl. Knuf 2006, 96ff)

Dabei sollte die Beteiligung an Selbsthilfegruppen vor allem zu einer Aufwertung der Psychiatriebetroffenen führen, da ihnen dort die Fähigkeit, mit psychosozialen Problemen selbständig umgehen zu können, zugeschrieben wird. (vgl. Hellerich 2003, 86) Selbsthilfegruppen empfinden es daher eher störend, dass diese innerhalb der psychosozialen Versorgung „nur“ als ergänzend bezeichnet werden, sie somit nicht gleichwertig zu ambulanten oder stationären

Einrichtungen betrachtet werden. (vgl. Hellerich 2003, 58) „Selbsthilfegruppen sollen sozial produktive, kommunikationsfördernde und ressourcenstärkende Strukturen darstellen und damit ein Gegengewicht zu den ursprünglichen destruktiven sozialen Alltagsstrukturen und darauf folgenden klinischen Sozialisationserfahrungen bilden.“ (Hellerich 2003, 74)

Vorteile von Selbsthilfegruppen werden von den Psychiatrieerfahrenen folgend betrachtet: Kontaktmöglichkeit zu Mitmenschen/Mitbetroffenen, Erfahrungsaustausch, es gibt jemanden, der/die zuhört und Unterstützung durch die Gruppe. (vgl. Hellerich 2003, 35f) Dabei spielt die Isolation, unter der viele Betroffene leiden, eine große Rolle. Durch die aktive Beteiligung an Handlungen in der Gruppe steigt auch das Selbstwertgefühl, Interessen, die die Gruppe betreffen, können aktiv vertreten werden. (vgl. Hellerich 2003, 39)

Als Ziel von Selbsthilfegruppen können sozialer Austausch, gegenseitige Unterstützung, Austausch über Erfahrungen mit unterschiedlichen Institutionen, Tipps zum Umgang mit dem sozialen Umfeld und Krankheitssymptomen genannt werden. (vgl. Hunold/Rahn 2000, 169) „Gespräche schaffen Gemeinsamkeit. Erzählen und jemanden oder mehrere zur Seite zu haben, die zuhören, Erfahrungen austauschen, ein gegenseitiges voneinander Lernen – dies alles sind Ich-befreiende, ressourcenstärkende Elemente, Schritte, die allmählich dazu führen, Kontrolle über das eigene Leben auszuüben.“ (Hellerich 2003, 74)

Die Selbsthilfegruppe stellen damit ein wichtiges soziales Netzwerk und somit auch eine soziale Ressource für die Psychiatrieerfahrenen dar.

6. Exkurs: Psychiatrieerfahrene Professionelle

Einen weiteren Aspekt zum Professionsverständnis Psychiatrieerfahrener beleuchtet Sibylle Prins in ihrem Buch „Seitenwechsel – Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen“. Sie führte dafür zehn Interviews mit Psychiatrieerfahrenen, die vor oder nach ihrer Erkrankung bzw. Krise im sozialen Bereich, etwa als ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonen oder PsychologInnen tätig waren und/oder sind. Aufgrund der qualitativen Aufbereitung dieser Thematik können keine allgemeinen Schlüsse über die Arbeit von Personen mit Psychiatrieerfahrung im Sozialbereich gezogen, sondern nur die Aussagen der interviewten Personen verwertet werden. Zur besseren Übersicht werden die für diese Arbeit relevanten Themenbereiche in einzelne Kapitel aufgeteilt. Interessant war die Feststellung, dass es sich bei den interviewten Personen hauptsächlich um Frauen handelte. Nicht geklärt werden konnte, ob sich Frauen eher dazu bereit erklären, über ihre Erfahrungen zu sprechen, oder ob es daran liegt, dass mehr Frauen in diesem Bereich tätig sind.

6.1. Förderliche Faktoren aufgrund der eigenen psychiatrischen Erfahrung für die Arbeit im Sozialbereich

Teilweise werden Vorteile der eigenen Betroffenheit für die Arbeit im Sozialbereich aufgrund eines besseres Einfühlungsvermögens und Verständnisses für die KlientInnen gesehen, da ähnliche Krisen selbst erlebt wurden. Hier wird auch einmal erwähnt, dass von Seiten anderer Professioneller fallweise ein weniger sensibler Umgang mit KlientInnen, aber auch ein geringerer Glauben an eine Veränderung – vor allem, wenn von einer Chronifizierung der Erkrankung gesprochen wird - erlebt wird. Die eigene Profession trägt aber auch dazu bei, mehr Verständnis für die Arbeit und die Gesetze und Regeln anderer Professioneller zu haben, was in der Rolle als KlientIn vielleicht nicht möglich war und ist, aber auch umgekehrt, können durch die eigenen Erfahrung die Ängste und Schwierigkeiten der KlientInnen mit den organisationsinternen Strukturen besser verstanden werden. „Ich wünsche mir, dass jeder, der in der Psychiatrie arbeitet, am Arbeitsplatz täglich einmal die Augen schließt und sich fragt, ob er sich als Patient hier wohlfühlen würde – und wenn nein, warum nicht?“ (Schumann 2010 ,52)

Als förderlich wird weiters gesehen, dass eine professionelle Ausbildung vor der Krise ein besseres Verständnis für die Handlungen der Profis während der eigenen Krise ermöglicht. „Also ohne mein professionelles Vorwissen wäre ich in diesen Wochen völlig durchgedreht. Ich hätte nie wieder gewusst, wem ich trauen kann usw.“ (Osterfeld 2010, 63) Eine professionelle Ausbildung ist bei der Selbstreflexion hilfreich. Einer interviewten Person zufolge wird durch die eigenen Erfahrungen auch eher über Handlungsalternativen nachgedacht. „Ich bin natürlich selber sehr viel zurückhaltender geworden mit Zwangsmaßnahmen. Auch da hat sich meine Haltung sehr geändert – erst mal zu reflektieren, was gibt es für andere Möglichkeiten und was können wir alternativ machen?“ (Osterfeld 2010, 64) Eine vorherige professionelle Ausbildung hilft, die eigene Krise besser verstehen und einordnen zu können, aber auch den behandelnden Professionellen besser formulieren zu können, welche Symptome gerade erlebt werden. In einem Interview wird sogar erwähnt, dass der offene Umgang mit der eigenen Betroffenheit ein mögliches Einstellungskriterium innerhalb der Organisation darstellte. „Ich habe da mit offenen Karten gespielt und aufgrund dessen – das habe ich erst hinterher erfahren – habe ich diese Stelle bekommen.“ (Makumbundu 2010, 147)

6.2. Hinderliche Faktoren aufgrund der eigenen psychiatrischen Erfahrung für die Arbeit im Sozialbereich

Als hinderlich wird erlebt, dass durch eine vorherige professionelle Ausbildung ein höheres Misstrauen bzw. auch das Gefühl auftritt, mehr zu wissen als die behandelnden Professionellen - beispielsweise im Rahmen der Medikation -, was zu vermehrten Diskussionen und Konflikten führen kann. „Wenn ich nur naiv medikamentengläubig gewesen wäre, wären gewisse Konflikte gar nicht erst entstanden.“ (Osterfeld 2010, 63) Ob solche Diskussionen mit den Professionellen nicht auch als selbstverständlich und sinnvoll im Rahmen der Selbstbestimmung erlebt werden

sollten, wird in diesem Interview nicht erwähnt.

Als belastender Faktor wird außerdem die Erinnerung an die eigene Krise durch die Arbeit mit Betroffenen angegeben. Schwierig wird erlebt, dass die betroffenen Personen sich teilweise als Professionelle, andererseits aber auch als KlientInnen sehen. „Und dieses Dazwischenstehen ist oft schwer [...]. Irgendwie gehöre ich nicht richtig zur Profi-Seite, das merke ich fast jeden zweiten oder dritten Tag im Dienst.“ (Riemke 2010, 27f) Doch auch hier tritt die Problematik auf, dass die Personen sich auch nicht der Betroffenenenseite zugehörig fühlen, „weil ich sicherlich auch schon einen Teil von der Profi-Wahrnehmung oder -einstellung übernommen habe.“ (Riemke 2010, 28) Diese Selbstwahrnehmung erfordert dementsprechend eine stetige Reflexion und Überprüfung, was als große Herausforderung gesehen wird.

6.3. Die Bedeutung der eigenen Betroffenheit für den Umgang mit ArbeitskollegInnen bzw. innerhalb der Organisation

Ob die eigene Betroffenheit den KollegInnen bzw. innerhalb der Organisation angegeben wird, wird unterschiedlich gehandhabt. Dafür sprechen etwa ein besseres Verständnis von Seiten der KollegInnen oder aber auch ein offeneres Arbeitsklima, ohne mit einem Geheimnis leben zu müssen. Dagegen sprechen Angst vor Vorurteilen durch die KollegInnen aufgrund der eigenen Betroffenheit. „Wenn ich dem nachspüre, was damals meine Motive für das Verschweigen waren, so glaube ich, dass es eine Mischung war aus Selbststigmatisierung, aus Beobachtungen, wie ich Fachleute über psychisch kranke Menschen reden hörte, aus meinen eigenen Vorurteilen Betroffenen gegenüber und eigenen objektiven Erfahrungen mit Betroffenen.“ (Rudolf 2010, 176f) Erwähnt wird hier beispielsweise, dass von Seiten der ArbeitskollegInnen bzw. der Organisation ein Gefühl von Unsicherheit gegenüber der betroffenen Person wahrgenommen wird. Begründet wird dies damit, dass das Ausbrechen einer neuerlichen Krise befürchtet werden könnte, was natürlich mit dem Stigma „einmal krank, immer krank“ zusammenhängt. Hier empfinden es die psychiatrienerfahrenen Professionellen teilweise als schwierig, sich neben anderen KollegInnen zu behaupten. Es wird aber auch erlebt, dass es von Seiten der KollegInnen keinerlei Vorbehalte aufgrund der eigenen Betroffenheit gibt und die Personen nicht anders behandelt werden als andere KollegInnen.

Ein weiterer positiver Aspekt bezieht sich darauf, dass Profis von den Psychiatererfahrenen lernen können und die interviewten Personen teilweise von KollegInnen befragt werden, wie sie gewisse Situationen erlebt bzw. aber auch, welche Nebenwirkungen sie bei bestimmten Medikamenten erfahren haben. Hier bleibt fraglich, warum solche Fragen nicht auch an die KlientInnen selbst gestellt werden können, sondern ein kollegiales Verhältnis notwendig zu sein scheint. Psychiatererfahrene sollten nach einer interviewten Person deshalb auch vermehrt zu Fort- und Weiterbildungen eingeladen werden, unabhängig davon, ob die Betroffenen nun eine professionelle Ausbildung haben oder nicht, da Professionelle von den Erfahrungen der

Betroffenen sehr viel lernen und für ihre Arbeit mitnehmen können. Hier wird beispielsweise von einem Abbau von Ängsten und Vorurteilen gegenüber Betroffenen gesprochen. Berichtet wird jedoch desgleichen, dass es für manche KollegInnen schwierig war, dass ein/e ehemalige KlientIn plötzlich als ArbeitskollegIn betrachtet werden sollte. Dieses Umdenken gelingt nicht immer. „Ich war festgelegt auf ein Bild und letztendlich auch weiter ein Stückchen Vorzeigepatientin, obwohl ich schon Mitarbeiterin war.“ (Dahme 2010, 165) Manchmal wird die eigene Betroffenheit aber auch erst nach einer längeren Zeit im Team eröffnet, um Vorurteilen vorzubeugen. „Ich wollte, dass sie mich erst mal so kennen lernen, ohne dass ich dieses Label trage.“ (Mohn 2010, 96)

6.4. Die Bedeutung der eigenen Betroffenheit für den Umgang mit KlientInnen

Auch das Preisgeben der eigenen Erfahrung gegenüber KlientInnen wird unterschiedlich gehandhabt. Für eine Offenheit sprechen beispielsweise ein – wie auch im Rahmen der Peer-Beratung häufig genanntes – größeres Vertrauensverhältnis und die Möglichkeit eines Gesprächs auf Augenhöhe.

Hier wird etwa auch die Vorbildwirkung, die Psychiatrieerfahrene den KlientInnen vorleben, aber auch das Vermitteln von neuer Hoffnung erwähnt. KlientInnen können erkennen, dass ein selbständiges Leben und eine berufliche Karriere trotz psychischer Erkrankung möglich sind. Darüber hinaus verweisen die interviewten Personen auf den Umstand, dass sie selbst gerne in ihrer Krise jemanden kennengelernt hätten, die/der eine ähnliche Situation überstanden hat.

Die eigenen Erfahrungen helfen auch, den KlientInnen deren Erkrankung durch eine offenere Sprache deutlicher verstehbar zu machen, erlauben fallweise auch einen schnelleren Zugang zu den KlientInnen und ein besseres Verständnis für deren Ängste und Sorgen. „Dann ist auf einmal auch eine Beziehung da, weil der andere merkt, er ist in seinem Anliegen ernst genommen.“ (Osterfeld 2010, 64) Für einige der interviewten Personen spricht aber auch die Befürchtung, dass die professionelle Beziehung aufgrund des Wissens über die eigene Erfahrung zu sehr in eine Freundschaftsbasis übergehen könnte - also Ängste, sich nicht mehr richtig abgrenzen zu können -, gegen ein Ansprechen der eigenen Erfahrung vor KlientInnen.

7. Trialog und Psychoseseminar

„Trialogisches Arbeiten und damit qualitätssicherndes Handeln hat immer das Ziel, die Fähigkeit der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen zur Selbsthilfe und Selbstverantwortung anzuerkennen.“ (Storck 2004, 104) Unter Trialog wird „das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind“ (Bombosch/Hansen/Blume 2004, 14) verstanden. Mit den drei Hauptgruppen sind Psychiatrieerfahrene, deren Angehörige und die professionellen MitarbeiterInnen gemeint. (vgl. Bombosch/Hansen/Blume 2004, 14) Die TeilnehmerInnen stellen dabei für die Mitglieder der jeweils anderen Gruppe ein „wechselseitiges Korrektiv“ dar. (vgl. Bock

2009, 28) Im deutschsprachigen Raum entwickelt sich das Modell des Trialogs Ende der 1980er Jahre aus den Psychoseseminaren heraus, in denen sich Betroffene, Angehörige und Professionelle auf Augenhöhe begegnen, um Erfahrungen auszutauschen und Weiterbildung zu betreiben. (vgl. Bock 2009, 22)

„Dialog meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw.“ (Bock 2009, 23) Qualitätskriterien, die einen Dialog erfolgreich machen, wären etwa, dass das Treffen an einem (auch für Professionelle) neutralen Ort stattfinden soll und die Treffen „auf gleicher Augenhöhe“ stattfinden, da sowohl Professionelle, als auch die Betroffenen oder deren Angehörige ExpertInnen sind und auch als solche wahrgenommen werden sollen. Es geht dabei vor allem um ein gegenseitiges Lernen, der Erfahrungsaustausch muss aber auf Freiwilligkeit aller Beteiligten beruhen und alle Beteiligten müssen bereit sein, über ihre Gefühle und Ängste zu sprechen. Berichte über negative Erfahrungen (etwa von Betroffenen durch Handlungen Professioneller) dürfen nicht als persönlicher Angriff oder Schuldzuweisung verstanden werden, sondern sollen dazu führen, das eigene Handeln zu reflektieren und von den Erfahrungen anderer zu lernen. Erzählungen und Erfahrungen, die im Dialog besprochen werden, dürfen auch nicht an Dritte weitergegeben werden. (vgl. Fricke 2004, 78f) „Vorausgesetzt wird, dass man sich gegenseitig als Gesprächspartnerinnen akzeptiert, unterschiedliche Sichtweisen wechselseitig zur Kenntnis nimmt und sie gemeinsam erörtert, um angesichts je definierter Probleme womöglich integrative Lösungen zu finden.“ (Haselmann 2008, 68)

Jürgen Bombosch stellt acht Thesen auf, die aufzeigen sollen, wie Professionelle derzeit häufig handeln und warum das dialogische Arbeiten deshalb einen wichtigen Aspekt im Rahmen von Empowerment darstellen sollte:

- Professionelle verfügen über große Macht und nutzen diese auch unreflektiert (aus)
- Professionelle handeln institutionenzentriert und nicht personenzentriert
- die Anerkennung von Psychiatrieerfahrenen und den Angehörigen als ExpertInnen fällt Professionellen schwer, da sie damit ihre eigene Rolle in Frage gestellt sehen
- Ressourcen von Psychiatrieerfahrenen werden von Professionellen nicht wahrgenommen
- der KundInnenbegriff stimmt aufgrund des Fehlens von eigenverantwortlichen Handeln, finanzieller Autonomie, Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern und Freiwilligkeit der Inanspruchnahme für die Psychiatriebetroffenen nicht
- es gibt zwar Qualitätssicherung aber kaum Qualitätsentwicklung
- die Beteiligung von Professionellen (zum Beispiel bei Psychoseseminaren) ist gering
- Compliance wird nur von den Psychiatriebetroffenen verlangt (nicht aber von den Professionellen), bleibt damit also einseitig. (vgl. Bombosch 2004, 168ff)

Um zu verhindern, dass diese Annahmen in der Praxis weitergeführt werden, muss dialogisch gearbeitet werden.

Umgesetzt wird der Dialog zum Beispiel in Form von 'Psychoseseminaren'. „In diesen tauschen sich Personen, die den drei genannten Gruppen zugehören, über ihr je eigenes Denken und Erleben im Hinblick auf die Psychose, Umgangsweisen und Behandlungsformen, Erklärungsmuster und Selbsthilfemöglichkeiten oder Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen aus.“ (Haselmann 2008, 167) Durch die besonderen Rahmenbedingungen abseits von klassischer Therapie- oder Beratungssituation können Erfahrungen anderer und neue Rollen bzw. Perspektiven bewusster angenommen und somit Veränderungsprozesse ohne Erwartungsdruck oder hierarchische Strukturen eingeleitet werden. (vgl. Bock 2009, 22f) Als Vorteile des Psychoseseminars werden deshalb genannt: „Therapie ohne Absicht“ - darunter wird verstanden, dass sich Psychiatrieerfahrene, die unter anderen Umständen wenig von sich preisgeben, in diesem öffentlichen Rahmen häufig unbefangener von sich sprechen (können). „Familientherapie ohne Familie“ - dadurch, dass bei Psychoseseminaren Angehörige auf ihnen fremde Betroffene stoßen, der Beziehungsaspekt und das Abhängigkeitsverhältnis zueinander somit wegfallen, fällt es vielleicht auch leichter, Verständnis aufzubringen, als dies bei Betroffenen in der eigenen Familie der Fall ist. Psychoseseminare können damit zu einem besseren Verständnis für Psychiatrieerfahrene in der eigenen Familie führen. Und „Supervision ohne Bezahlung“ - für Professionelle besteht kein Erwartungsdruck, sie können durch die erzählten Erfahrungen von Betroffenen wichtige Informationen für die eigene Arbeit mitnehmen und das eigene Handeln überdenken, ohne unter Handlungsdruck zu stehen. (vgl. Bock 2004, 33f) Der Dialog stellt somit einen wesentlichen Faktor für Empowerment und Partizipation dar, da sich Psychiatrieerfahrene und Professionelle auf gleicher Ebene treffen.

8. Peers in der Psychiatrie

8.1. Definition

Der Begriff „Peer“ wird in der wissenschaftlichen Literatur in unterschiedlichen – wenn auch ähnlichen – Konstellationen verwendet. Grundsätzlich beziehen sich die verschiedenen Begrifflichkeiten in ihrer inhaltlichen Gemeinsamkeit auf Hilfestellungen von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatriebetroffene. Differenzierungen ergeben sich einerseits auf einer vertikalen Ebene durch Über- und Unterbegriffe, andererseits horizontal gesehen durch die Bezugnahme von Peer-Entwürfen in Theorie und Praxis.

So wird für den Einsatz von Peers in der psychiatrischen Arbeit von Jörg Utschakowski (2009, 14) die Bezeichnung Peer-Support verwendet und mit „Unterstützung durch Gleiche“ übersetzt. Mit Peers werden Menschen bezeichnet, „die selbst psychische Krisen durchlebt und in der Regel auch psychiatrische Dienste genutzt haben“ (Utschakowski 2009, 14).

Larry Davidson sieht Peer-Support durch die Eigenschaften als auch durch die Unterscheidungen der TeilnehmerInnen am Unterstützungsprozess festgelegt:

„We conceptualize peer support, in contrast, as involving 1 or more persons who have a history of mental illness and who have experienced significant improvements in their psychiatric condition offering services and/or supports to other people with serious mental illness who are considered to be not as far along in their own recovery process“ (Davidson 2006, 444).

Die Begriffe Peer-Coaching - „Gleiche beraten Gleiche“ - (vgl. Nussbaumer 2009, 217) und Peer-Beratung¹ hingegen können einerseits als spezifische Aspekte bzw. Methode von Peer-Support angesehen werden und verweisen andererseits auf gleichlautende Ausbildungen für Psychatrierfahrene, in deren Folge ihr Handeln eine Institutionalisierung und Professionalisierung erfährt.

Im Unterschied zu Peer-Beratung ist das englische Pendant Peer-Counseling im deutschsprachigen Raum vornehmlich im Behindertenbereich angesiedelt und umfasst hier die Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung.²

Eine allgemeinere Benennung findet sich bei Andreas Knuf (2009, 33ff) in Form von Peer-Arbeit wieder, welche durch eine enge Verknüpfung mit der Empowermentbewegung auf ein breiteres Fundament gestellt wird und die Arbeit von Peers emanzipatorischen und nutzerInnenzentrierten Ansätzen verpflichtet sieht.

Für die vorliegende Arbeit wurde entschieden, vorrangig den Begriff Peer-Beratung zu verwenden, da dies einerseits eine möglichst breite Einbeziehung der Tätigkeiten von Peers ermöglicht und dies andererseits der gegenwärtigen österreichischen Praxis im psychiatrischen Bereich entspricht.

8.2. Entstehung der Peer-Beratung

Beim Entwicklungsprozess der Peer-Beratung muss grundsätzlich zwischen ihrem Ursprung in der Betroffenenbewegung und ihrem Einsatz als Teil moderner Handlungskonzepte in psychiatrischen Versorgungsinstitutionen unterschieden werden. Mit dem Aufkommen der Betroffenenbewegung im deutschsprachigen Raum in den 70ern wurden erste Selbsthilfeorganisationen gegründet, innerhalb dieser durch den bewussten Ausschluss von professionellen ExpertInnen ein systematischer Austausch und gezielte gegenseitige Unterstützung von Psychatrierfahrenen praktiziert wurde (vgl. Stöckle 2005, 150f).

Mit der Übernahme von Empowerment- und Selbsthilfeelementen in die Handlungskonzepte von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten vollzog sich eine Hinwendung zu den Betroffenen, deren Erfahrungen und Wahrnehmungen erstmals als Ressource für die Bewältigung von Krisen

¹<http://www.fab.at> [08.08.2011]

²<http://www.peer-counseling.org> [08.08.2011]

und diagnostizierten Erkrankungen erkannt wurden. (vgl. Knuf 2009, 41f)

Durch die Einbeziehung des Konzepts Peer-Beratung als Angebot von sozialpsychiatrischen Trägern erfolgte in weiterer Folge eine schrittweise Professionalisierung und Qualifizierung, die als grundsätzliches Unterscheidungsmerkmal zur Peer-Beratung der Betroffenenbewegung Psychiatrieerfahrener Menschen gesehen werden kann. (vgl. Knuf 2009, 42) Das Prinzip der Gegenseitigkeit in puncto Hilfe- und Bereitstellung von persönlichen Kompetenzen verlagert sich dadurch zunehmend in eine Richtung: der professionelle Peer bietet Unterstützung für aufsuchende Psychiatriebetroffene und wird somit ein – besonderer – Teil unter anderen professionell Tätigen in der Psychiatrie.

Von ihrer Entstehungsgeschichte her kann Peer-Arbeit auch als Kritik an der bestehenden traditionellen Psychiatrie verstanden werden; insbesondere an deren Priorisierung psychopharmazeutischer Behandlungsmethoden, erlebter Stigmatisierung und Autonomiebescheidung durch Professionelle und fehlendes Verständnis für die spezifische Situation Psychiatriebetroffener. (vgl. Utschakowski 2009, 15)

Als Gegenpol zu konventioneller psychiatrischer Behandlung steht bei der Arbeit von Peers der Fokus auf einen lösungsorientierten, eigenverantwortlichen Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen, Betonung der persönlichen Erfahrungswerte mit Krisen und damit verbunden die Funktion als positive WegweiserInnen, und der Wahrnehmung und Stärkung von Betroffenen als ganzheitliche Person, im Gegensatz zur ausschließlichen Festlegung auf diagnostizierte Defizite. (vgl. Utschakowski 2009, 16)

8.3. Inhalte der Peer-Beratung

Nach Knuf (2009, 34) gründen sich Dialog- und reformorientierte Genesungs-Ansätze im deutschsprachigen Raum auf kein „einheitliches Konzept, sondern [...] [stützen sich auf] eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis“. Da Peer-Arbeit eng mit diesen Modellen verknüpft ist und größtenteils auf deren Grundlagen bzw. Postulaten operiert (vgl. Knuf 2009, 33), kann der Schluss gezogen werden, dass Ähnliches auch für sie gilt.

Gleichermaßen weist Utschakowski (2009, 18) auf die bislang fehlende systematische, inhaltliche Darstellung von Peer-Support in der Fachliteratur hin, deren Ursache er darin sieht, dass es sich dabei um einen relativ jungen Forschungsgegenstand handelt. Grundsätzlich sollen in der Peer-Arbeit Informationen, Umgang und Erfahrungen zu psychischen Erkrankungen, deren Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten sowie psychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen vermittelt werden. Der Schwerpunkt liegt hier bei der Authentizität und dem persönlichen Wissenspool der beratenden Personen, die vor dem Hintergrund gemeinsamer Erfahrung und Betroffenheit den KlientInnen sowohl mit Unvoreingenommenheit und Verständnis begegnen, als auch durch eigenes ExpertInnenwissen eine Vertrauensbasis als Voraussetzung für

eine umfassende Bedürfnisbefriedigung herstellen können. (vgl. Utschakowski 2009, 15f)

Als Ziel kann die Förderung positiver Bedingungen für die Verbesserung der persönlichen Situation Psychiatriebetroffener genannt werden. Dabei richtet sich der Blick nicht nur auf die diagnostizierte Erkrankung, sondern im Sinne eines ganzheitlichen Zugangs soll der Mensch in seiner Gesamtheit betrachtet werden.

Im Folgenden sollen einige in der wissenschaftlichen Literatur erwähnten Schlüsselbegriffe im Kontext Peer-Beratung näher beleuchtet werden:

Nach Utschakowski (2009, 15) bietet Peer-Beratung Psychiatrieerfahrenen eine Qualität von *Verständnis* für ihre spezifische Situation und Bedürfnisse, die sie sowohl von herkömmlich in der Psychiatrie Tätigen als auch von uninformierten Außenstehenden oftmals missen.

Als wesentlichen Faktor für einen erfolgsversprechenden Prozess im Umgang mit psychischen Krankheitserfahrungen innerhalb der Peer-Arbeit wird eine Haltung von „*Hoffnung und Zuversicht*“ (Knuf 2009, 37) angesehen. Der aufrechte Glaube an das intrapersonale Entwicklungspotential Betroffener über Krisen und Rückschläge hinweg wird als grundlegende Voraussetzung für positive Veränderung bewertet und steht somit im Gegensatz zu oftmals deterministischen Prognosen von fachpsychiatrischer Seite. (vgl. Knuf 2009, 38) Durch die doppelte Rolle als BegleiterIn bzw. UnterstützerIn und ExpertIn durch Erfahrung sind gerade Peers für die Ausübung dieser Funktion prädestiniert. (vgl. Utschakowski 2009, 19)

Die *Ähnlichkeit* zwischen Peers und Betroffenen ermöglicht es einerseits im Vergleich zu professionell Tätigen, dass „über Erlebnisse statt über Symptome“ (Utschakowski 2009, 19) gesprochen wird. Andererseits zeigen Peer-Projekte, dass, je stärkere Ähnlichkeiten zwischen den Erfahrungen und Lebensumständen von Peer-BeraterInnen und Peer-RezipientInnen bestehen, desto größer die Chancen für die Akzeptanz der Peers als Vorbild für einen eigenen bejahenden Umgang mit psychischen Krisen – und in Folge auch für das Vertrauen in die persönlichen Ressourcen – sind. (vgl. Knuf 2009, 46f)

Das *Erfahrungswissen* von Peers soll zu einem besseren Verständnis von psychischen Problemlagen und der Entwicklung geeigneterer Genesungsstrategien führen. Durch die Abhaltung von Ausbildungen werden persönliche Erfahrungen durch Reflexion und Austausch auf eine allgemeine, nachvollziehbare Ebene gebracht, die letztendlich eine Systematisierung und Generalisierung von individuellen Erfahrungswerten ermöglicht. (vgl. Utschakowski 2009, 86f).

Als weiteres wesentliches Element der Peer-Arbeit werden *Antistigmatisierungsbestrebungen* genannt. Für den erfolgreichen Transport nach außen erfordert es dazu die Plausibilität und Authentizität von ExpertInnen durch Erfahrung. (vgl. Bock 2009, 30) Nach innen gerichtete Selbststigmatisierungen von Betroffenen in Form von Abwertung und Selbstaussgrenzung der eigenen Person sollen gleichsam durch begleitete Verlust- und Trauerarbeit (vgl. Knuf 2009, 40f) und die Fokussierung einer positiven Auseinandersetzung mit psychischen Krisen (vgl. Knuf 2006, 65f) überwunden werden.

Utschakowski merkt hinsichtlich der Bedeutung von Peer-Beratung an, dass die „notwendige

Verbesserung psychiatrischer Versorgung zu nicht stigmatisierenden und zufriedenstellenden bedürfnisorientierten Angeboten [...] ohne Experten durch Erfahrung nicht möglich [ist]“ (Utschakowski 2009, 16).

8.4. Anwendungsbereiche von Peer-Beratung

Peer-Support wird sowohl innerhalb psychiatrischer bzw. psychosozialer Einrichtungen oftmals als Teil eines multiprofessionellen Teams angeboten als auch abseits eines institutionellen Rahmens in Form von Selbsthilfegruppen. (vgl. Utschakowski 2009, 15). Die wesentlichen Unterschiede dieser beiden Ausprägungen bestehen einerseits in der Rollenverteilung zwischen Peers und Betroffenen und andererseits in der von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängigen respektive festgelegten Identitätskonstituierung der Peers. So gestaltet sich die Beziehung zwischen Peers und Betroffenen innerhalb von Selbsthilfegruppen als wechsel- und gegenseitig bezüglich Austausch und Benefit. Erfolgt eine Begegnung jedoch innerhalb eines professionellen Rahmens, ergibt sich ein eher ausgeprägteres Gefälle zwischen Unterstützung gebenden und Unterstützung nehmenden Personen. (vgl. Utschakowski 2009, 15).

Auch Davidson hebt die fehlende Reziprozität und Unidirektionalität als Charakteristikum und Unterscheidung von Peer-Support im Vergleich zu Selbsthilfegruppen oder von NutzerInnen organisierten Zusammenkünften hervor: „Unlike mutual support and consumer-run programs, peer support is thus defined as involving an asymmetrical - if not one-directional - relationship, with at least 1 designated service/support provider and 1 designated service/support recipient“ (Davidson 2006, 444).

In Österreich wird professionelle Peer-Beratung von einzelnen Vereinen regional angeboten. Dazu zählen etwa Pro Mente Wien³, Pro Mente Oberösterreich⁴, Exit Sozial⁵, Arcus Sozialnetzwerk⁶ und Fab in Oberösterreich⁷, Caritas Oberösterreich⁸ sowie Omnibus in Vorarlberg⁹.

8.5. Herausforderungen der Peer-Beratung

Der Einsatz von Peer-Beratung innerhalb psychosozialer Einrichtungen bedeutet nicht nur – wie bereits beschrieben – eine Vielzahl von Verbesserungen für Psychiatriebetroffene sowie einen weiteren Schritt auf dem Weg der Selbstbestimmung und NutzerInnenbeteiligung, sondern birgt auch verschiedene Herausforderungen respektive potentielle Problemstellungen in sich. So indiziert etwa Harrie van Haaster (2009, 53) im Zusammenhang mit dem in der Peer-Arbeit zugrunde liegenden Erfahrungswissen die Notwendigkeit einer Überprüfbarkeit der Gültigkeit

³ <http://www.peercoaching-mentoring.at> [08.08.2011]

⁴ <http://www.pmooe.at> [08.08.2011]

⁵ <http://www.exitsozial.at> [08.08.2011]

⁶ <http://www.arcus-sozial.at> [05.08.2012]

⁷ <http://www.psychiatrie-erfahrene.at> [08.08.2011]

⁸ <http://www.caritas-linz.at/hilfe-einrichtungen/betreuung-und-pflege/invita/wohnen/krisenbegleitung> [05.08.2012]

⁹ <http://www.psychiatrie-erfahrene.at/?mid=19&lid=1> [05.08.2012]

derselbigen. Die Anwendung von Erfahrungen aus dem Alltag und vor dem Hintergrund individuellem Erlebens im Kontext von Beratungstätigkeiten in der Praxis mit Betroffenen erfordert Mechanismen zur Qualitätssicherung, da in diesem Bereich laut dem Autor einheitliche bzw. grundsätzliche Ausbildungsstandards oder Berufsvereinigungen fehlen. Zur Qualitätssicherung schlägt er verschiedene Kriterien vor, die vorwiegend in Richtung Generalisierung und konsensorientierte Anwendung von Erfahrungen durch eine möglichst breite Übereinstimmung von verschiedenen Peers oder Zusammenschlüssen von Psychatrieerfahrenen weist. (vgl. Van Haaster 2009, 53f)

Auch durch die Professionalisierung von Peer-Beratung ergeben sich neue Fragestellungen hinsichtlich des Verhältnisses und der Positionierung ausgebildeter Peers gegenüber AktivistInnen in Selbsthilfegruppen oder ProfessionistInnen in der nicht-stationären psychiatrischen Versorgung. So werden aus den Reihen von Selbsthilfegruppen etwa Vorbehalte gegenüber professionellem Peer-Support vermerkt, da diesem durch die institutionelle Eingebundenheit und die Verpflichtung gegenüber Trägerorganisationen eine kritische Haltung im Hinblick auf die etablierte psychiatrische Versorgung verunmöglicht wird und viel mehr einer partiellen bis gänzlichen Vereinnahmung zu weichen droht. (vgl. Utschakowski 2009, 20)

Des Weiteren kann es beim verberuflichten Peer-Support zu inneren Konflikten aufgrund divergierender Träger- und KlientInneninteressen kommen, wenn Aufgaben und Strukturen der Peer-Beratung innerhalb eines institutionellen Rahmens nicht klar genug definiert werden. (vgl. Utschakowski 2009, 20). Fehlende Strukturen können auch als ursächlich für den Verlust der Spezifika von Peer-Beratung im Alltag psychosozialer Einrichtungen gezeichnet werden (vgl. Amering 2009, 58f). Eine unfreiwillige bzw. automatisierte Anpassung an gängige Abläufe ist die Folge. Die Perspektive Psychatrieerfahrener als Handlungsansatz geht verloren.

Knuf weist im Zusammenhang mit freiwilliger und entgeltlicher Peer-Arbeit auf die Gefahr der Aufspaltung bzw. Entfremdung innerhalb der Betroffenenbewegung hin: „Auf keinen Fall darf ein Engagement Betroffener, das Teil einer auch politisch orientierten Interessensvertretung ist, an Wert verlieren zugunsten einer eher unpolitischen und psychiatriekonformen bezahlten Peer-Mitarbeit“ (Knuf 2009, 43).

Auf der anderen Seite besteht für die in einem bezahlten institutionellen Rahmen tätige Peer-Beratung darüber hinaus ein Risiko, dass sie in eine Konkurrenzsituation mit professionell Tätigen gerät, wenn letztere durch kostengünstigere Peers im Zuge von Sparmaßnahmen ersetzt werden sollen. Diese in Ländern mit längerer Erfahrung im Bereich Peer-Arbeit bereits bemerkbare Tendenzen würden zweifelsohne die Akzeptanz von professionellen Psychatrieerfahrenen untergraben bis verunmöglichen. (vgl. Knuf 2009, 43f)

Die hier skizzierten möglichen problembehafteten Aspekte, mit denen sich professionelle Peer-Arbeit konfrontiert sehen kann, weisen in ihrem Kern auf die Bedeutung der Entwicklung bzw. der Pflege einer Identität als ExpertInnen durch Erfahrung hin. Um dem Anspruch der eigenen Rolle als Psychatrieerfahrene sowie den Bedürfnissen der Peer-RezipientInnen gerecht werden zu

können, erscheint ein Balanceakt angesichts der Ausrichtung der eigenen Identität erforderlich: die Orientierung an den Anforderungen einer Professionalisierung von Peer-Beratung ohne deren ursprüngliche Intentionen aus den Wurzeln der Betroffenenbewegung heraus aus dem Blickwinkel zu verlieren.

8.6. Ausbildung der Peers in Oberösterreich

Der Fokus auf Oberösterreich wird in dieser Arbeit bewusst gewählt, da es das einzige Bundesland ist, in dem die Ausbildung zur/m Peer-BeraterInnen gesetzlich verankert ist.¹⁰

In Oberösterreich werden die Kosten für die Peer-Ausbildung vom Land getragen, dies fördert die Implementierung von Beratung und Betreuung durch Peers. Der Beruf Peer-BeraterIn wurde nach einem Beschluss des Oberösterreichischen Landtags im Jahr 2009 im dortigen Sozialberufegesetz geregelt. Dadurch entstand einerseits eine Aufwertung der Leistung selbst, als auch die Sicherstellung der Qualität der Peer-Beratung. Ein Lehrplan für die Ausbildung wurde von dem Leiter des „Empowerment-Centers Selbstbestimmt-Leben Initiative OÖ“, Mag. Wolfgang Glaser, zusammen mit „FAB Organos“ im Jahr 2008 erstellt. Im Lehrplan sind Beratungs-Skills, aber auch Fachspezifika festgehalten, die während der Ausbildung vermittelt werden sollen. Die erste Ausbildung, nach Verankerung im Oberösterreichischen Sozialberufegesetz, wurde gleich im Jahr 2009 gestartet und brachte Juli 2011 die ersten AbsolventInnen hervor. Die drei-semesterige Ausbildung fand primär an Wochenenden statt, mit dem Ziel, auch Berufstätigen eine Teilnahme zu ermöglichen. Insgesamt gab es zwei Lehrgänge die zu diesem Zeitpunkt stattgefunden haben, einerseits für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und andererseits für Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung.¹¹ Auch in den Jahren zuvor gab es eine fundierte Ausbildung zum Peer-Coach, die allerdings ohne Regelung im Oberösterreichischen Sozialberufegesetz angeboten wurde. In einem Interview wird hiervon gesprochen: „Ich bin jetzt Peer-Berater, früher hat es die Ausbildung zum Peer-Coach gegeben, was sehr viel mit Begleitung zu tun gehabt hätte. Jetzt bin ich im ersten Lehrgang gewesen, wo sehr viel Wert auf Beratung gelegt wurde.“ (TH01, Zeile 326-328)

8.7. Peer-Beratung gemäß dem Oberösterreichischen Sozialberufegesetz

Im § 45 Oö. SBG sind das Berufsbild und die Tätigkeitsbereiche genau festgehalten:

„(1) Das Berufsbild der Peer-Beratung umfasst die Begleitung und Beratung von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Beratung und Begleitung von Peer-Beratern und Peer-Beraterinnen trägt dazu bei, als Mensch mit Beeinträchtigungen ein Leben mit mehr Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Chancengleichheit und Würde führen zu können.“

¹⁰http://www.gleichgestellt.at/index.php?id=39&tx_ttnews%5Btt_news%5D=6354 [12.8.2012]

¹¹<http://www.sli-ooe.at/?q=node/59> [15.07.2012]

(2) Der Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere die Beratung, die Begleitung, die Information, die Unterstützung sowie die Kooperation mit Leistungsanbietern und Fachleuten.“¹²

§ 46 Oö. SBG regelt die Berufsausbildung:

„(1) Die Ausbildung in der Peer-Beratung ist entweder im Rahmen eines Ausbildungsgangs oder durch Absolvierung der einzelnen Module in ermächtigten Bildungseinrichtungen zu erwerben. Sie besteht aus zumindest 240 Unterrichtseinheiten Theorie sowie 80 Stunden Praxis. Die Ausbildung ist auf zumindest ein Ausbildungsjahr aufzuteilen.

(2) Die theoretische Ausbildung umfasst insbesondere folgende Module, die in Lernfeldern zusammenzufassen sind, wobei jeweils die angegebene Anzahl der Unterrichtseinheiten nicht unterschritten werden darf:

1. Grundlagen der menschlichen Kommunikation (16 Unterrichtseinheiten),
2. Grundlagen der Beratung (80 Unterrichtseinheiten),
3. Einführung in die Peer-Beratung (48 Unterrichtseinheiten),
4. Grundlagen über Behinderungen und Beeinträchtigungen (48 Unterrichtseinheiten),
5. Politische Bildung und Recht, Zwischenbilanz, Abschluss (32 Unterrichtseinheiten),
6. Leistungsangebote im Sozialbereich (16 Unterrichtseinheiten).

(3) Die praktische Ausbildung muss in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der psychiatrischen Vor- und Nachsorge absolviert werden. Sie hat auch eine Praktikumsvorbereitung und Praktikumsreflexion zu umfassen. Als Praktikumsstellen kommen ausschließlich solche in Betracht, die auf Grund bundes- oder landesrechtlicher Bestimmungen zur Leistungserbringung in diesem Bereich ermächtigt sind.“¹³

Die Berufsausübung wird in § 47 Oö. SBG festgehalten:

„(1) Die Berufsausübung in der Peer-Beratung setzt die Vollendung des 18. Lebensjahres und Betroffenheit auf Grund einer eigenen Beeinträchtigung voraus.

(2) Dienstgeber eines Peer-Beraters oder einer Peer-Beraterin haben laufend Maßnahmen zu setzen, um die Einhaltung dieses Landesgesetzes und der auf Grund dieses Landesgesetzes erlassenen Verordnungen sowie die Erbringung der gebotenen Qualität zu sichern.

(3) Peer-Berater und Peer-Beraterinnen sind verpflichtet, alle zwei Jahre Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen im Ausmaß von 16 Stunden zu absolvieren.“¹⁴

Durch die Berücksichtigung der Peer-Beratung im Oberösterreichischen Sozialberufegesetz entstehen Vorteile für die Peer-BeraterInnen. Besonders von Bedeutung ist die Anerkennung deren Tätigkeit als Sozialberuf und die klare Regelung des Tätigkeitsbereiches, der Berufsausbildung,

¹²<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LROO&Gesetzesnummer=20000528&ShowPrintPreview=True> [15.07.2012]

¹³ <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LROO&Gesetzesnummer=20000528&ShowPrintPreview=True> [15.07.2012]

¹⁴ <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LROO&Gesetzesnummer=20000528&ShowPrintPreview=True> [15.07.2012]

sowie der Berufsausübung.

9. Untersuchungsdesign

Das folgende Kapitel umfasst die Beschreibung der Forschungsmethoden und eine Darstellung der Vorgangsweise hinsichtlich Erhebung und Analyse des im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Datenmaterials.

9.1. Forschungsansatz

Bei der vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit. „Gegenstände werden dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht.“ (Flick 2010, 27) Ziel ist es, Neues zu entdecken, die Subjektivität der Befragten und der InterviewerInnen wird als Bestandteil des Forschungsprozesses gesehen. (vgl. Flick 2010, 29)

Demnach richten sich laut Flick (2010, 26ff) die Kennzeichen qualitativer Forschung nach drei Kriterien. Zum einen steht in der qualitativen Forschung der zu untersuchende Gegenstand im Zentrum der Auswahl von passenden Methoden. Eine wissenschaftliche Annäherung erfolgt aufgrund der Beschaffenheit des Untersuchungsfeldes und nicht umgekehrt soll dieses an antizipierte Kriterien adaptiert werden. Weiters zielt qualitative Forschung auf die Analyse der unterschiedlichen Perspektiven der AkteurInnen in Richtung des Untersuchungsgegenstandes ab und betrachtet die sich daraus ergebenden differenzierten Interaktionen und Zusammenhänge. Als drittes Kriterium wird die Reflexivität der Forschenden gesehen, die in den Erkenntnisprozess in Form von Betrachtungen über persönliche Handlungen, Beobachtungen bzw. Gefühle integriert, und nicht als zu minimierender Störungsfaktor im Feld erachtet wird.

In diesem Kontext soll die von uns gewählte Forschungsfrage behandelt werden: Ausgehend von Untersuchungsgegenstand der Peer-Arbeit wurden diesbezüglich sowie für die InterviewpartnerInnen adäquate Erhebungs- und Analysemethoden bestimmt, mittels derer beabsichtigt ist, die Perspektive bzw. das Handlungswissen der AkteurInnen und die damit verbundenen Wechselwirkungen und Interaktionsprozesse innerhalb des festgelegten Untersuchungsfeldes zu erfassen. Ebenso stellt die transparente Wiedergabe der Subjektivität der Forschenden ein Anliegen dieser qualitativen Forschungsarbeit dar.

Für die Forschungsarbeit wird eine beschreibende Erkenntnisform gewählt. Ausschlaggebend dafür ist die zeitlich erst relativ kurze Betätigung von professioneller Peer-Arbeit im nicht-stationären psychiatrischen Bereich. Dadurch liegen einerseits noch kaum wissenschaftliche Erhebungen bzw. Evaluierungen hinsichtlich Methoden und Theorie von Peer-Beratung – besonders im deutschsprachigen Raum – vor (vgl. Utschakowski 2009, 78). Andererseits hat sich durch die Sichtung von thematisch relevanter Literatur gezeigt, dass sich Peer-Beratung im nicht-stationären psychiatrischen Bereich in Österreich als ein bislang wenig erforschtes Feld gestaltet. Insofern sollen durch die Wahl einer beschreibenden Erkenntnisform mittels geeigneter

Erhebungs- und Analysemethoden in dieser Forschungsarbeit spezifische im Untersuchungsfeld auftretende Phänomene und für die InterviewpartnerInnen relevante Aspekte hinsichtlich unserer Forschungsfrage beleuchtet werden und somit nicht zuletzt einerseits ein wissenschaftlicher Beitrag für eine etwaige weitere Theorieerarbeitung auf diesem Gebiet geleistet und andererseits die Aktualität und Bedeutung von Peer-Arbeit hervorgehoben werden.

9.2. Erhebungs- und Analysemethoden

Als Erhebungsmethode wurde das ExpertInneninterview gewählt, da angenommen werden kann, dass es sich bei den Peer-BeraterInnen um ExpertInnen in ihrer Tätigkeit handelt. Die Peer-BeraterInnen werden dabei nicht als Einzelpersonen bzw. Einzelfälle, sondern als RepräsentantInnen der Peer-BeraterInnen untersucht. (vgl. Flick 2010, 214).

Um eine Eingrenzung auf für den Untersuchungsgegenstand interessante Themen zu gewährleisten, wird bei ExpertInneninterviews ein Leitfaden als Steuerungsfunktion eingesetzt. (vgl. Flick 2010, 216) Dadurch soll einerseits ein Abdriften in thematisch weniger relevante Aspekte als auch andererseits ein Rollenwechsel der interviewten Person von ExpertIn zu Privatmensch vermieden werden.

Die Interviews selbst wurden in unterschiedlichen – von den Peer-BeraterInnen gewählten – Settings durchgeführt und dauerten zwischen 25 und 50 Minuten. Unter anderem fanden die Interviews in den Büros der Peer-BeraterInnen, in deren Wohnung, in Lokalen oder aber auch in den Räumlichkeiten im Rahmen eines Kongresses statt. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 7. Jänner 2012 bis zum 9. Februar 2012. Durch den zeitlichen Abstand zwischen den einzelnen Befragungen konnten Erfahrungen zwischen den InterviewerInnen ausgetauscht werden und Nachbesserungen bezüglich Ablauf und Fragestruktur in die nachfolgenden Gespräche einfließen. Das Setting war durch einen umfangreichen Leitfaden, einer langen Dauer der Interviews und der Auseinandersetzung mit einer sehr intensiven Thematik geprägt. Hinzu kamen teilweiser anhaltender Hintergrundlärm oder auch technische Probleme während der Tonbandaufzeichnung. Bei einigen Interviews führte dies zu Ermüdungserscheinungen von Seiten der GesprächspartnerInnen.

Die anschließend transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet: „Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Categoriesystemen bearbeitet.“ (Mayring 2002, 114) Im Zuge der inhaltlichen Strukturierung wurde das „Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst“. (Mayring 2008, 59)

Durch den Interviewleitfaden bzw. die vorangegangene Literatuarbeit und die dabei erstellten Annahmen konnten Kategorien gebildet werden, nach denen die transkribierten Interviews untersucht wurden. Es handelte sich dabei um deduktive Kategorienbildung. „Eine deduktive Kategoriendefinition bestimmt das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen. Aus

Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand, [...] werden die Kategorien in einem Operationalisierungsprozess auf das Material hin entwickelt.“ (Mayring 2008, 74f) Weiters erfolgte danach eine Untersuchung und Paraphrasierung der Interviews Zeile für Zeile nach diesen Kategorien. Wurden in dieser Analyse der Interviews weitere – noch nicht definierte - Kategorien angesprochen, führte dies zu einer zusätzlichen Aufnahme in den Kategorienkatalog. Die Kategorien und Kernaussagen wurden anschließend in Richtung Hauptfragestellung interpretiert (vgl. Flick 2010, 409ff)

9.3. Darstellung der Erhebungsinstrumente

Für ExpertInneninterviews wird ein Leitfaden erstellt, der als Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews und als Gedächtnisstütze dient. (vgl. Flick 2010, 210f) Die offenen Fragen sollten die InterviewpartnerInnen so ausführlich wie möglich beantworten. Der Leitfaden bot dabei Unterstützung, falls das Gespräch stockte bzw. das Interview sich in eine für die Forschungsfrage unergiebigere Richtung wandte.

Alle Interviews wurden mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen aus Gründen der Dokumentation und der Konzentration auf das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert.

Als Gesprächseinstieg wurden die Bezugnahme auf die Präsentation des Forschungsvorhabens, bei der die InterviewpartnerInnen anwesend waren und eine erste Kontaktaufnahme stattfand – mit Ausnahme einer interviewten Person –, und eine kurze Erklärung des Gesprächsablaufs gewählt. Dies ermöglichte ein langsames Anlaufen des Interviews und eine tendenziell gelöstere Atmosphäre.

Der Leitfaden für die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews gliedert sich zum besseren Verständnis in vier Themenbereiche:

- Peer-Beratung allgemein (Begriffsverständnis, Professionsverständnis, persönliche Umsetzung und Bedeutung von Peer-Beratung)
- Peer-Beratung und Empowerment (Begriffsverständnis, Verhältnis, Vermittlung)
- KlientInnen der Peer-Beratung (Kontaktaufnahme, Akzeptanz von Peer-Beratung, Selbstbestimmung, notwendige Veränderungen im nicht-stationären psychiatrischen Bereich)
- Peer-Beratung und Soziale Arbeit (Zusammenarbeit, Verhältnis, Grenzen, Auswirkungen von Peer-Arbeit auf die Soziale Arbeit)

Weiters wurde am Ende des Gesprächs die Möglichkeit für weitere bzw. ergänzende Anmerkungen vonseiten der Peer-BeraterInnen eingeräumt.

Den Abschluss der Interviews bildete ein Kurzfragebogen zur Erhebung soziodemographischer

Daten wie Alter, Geschlecht, Zeitraum der Peer-Ausbildung, Dauer der Tätigkeit als Peer-BeraterIn, durchschnittliche Anzahl der zu betreuenden KlientInnen sowie die Art der Institution, in der die InterviewpartnerInnen tätig sind und die wöchentliche bzw. monatliche Anzahl an Stunden, die für die Arbeit als Peer-BeraterIn aufgewendet wird. Dabei wurden von zwei InterviewpartnerInnen aus Gründen der Anonymität nicht zu allen Fragen Angaben getätigt. Aus ähnlichen Überlegungen die Möglichkeit von Rückschlüssen auf reale Personen betreffend, fließen Angaben bezüglich des Beschäftigungsausmaßes der Peer-BeraterInnen nicht in die Forschungsarbeit ein.

9.4. Untersuchungssample

Das Sampling bezieht sich auf Auswahlentscheidungen im Forschungsprozess. (vgl. Flick 2010, 154) An dieser Stelle bedeutet es die Auswahl der InterviewpartnerInnen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war die Anzahl auf mindestens acht Personen festgelegt.

Die Auswahl von Peer-BeraterInnen als Samples erfolgte vor dem Hintergrund, dass mehr über deren Vorgehensweise, Hintergründe und den Prozess von Peer-Beratung erhoben werden sollte und vor allem, wie Empowerment im Rahmen der Peer-Beratung umgesetzt wird. Weiters wurde bei den InterviewpartnerInnen Wert auf eine abgeschlossene Ausbildung als Peer-BeraterIn gelegt, da dies einerseits als konstitutiv für eine Betätigung in diesem Bereich angesehen wird und andererseits in Abgrenzung zu ehrenamtlich tätigen Personen eine Vergleichsebene mit anderen im nicht-stationären psychiatrischen Bereich agierenden Berufsgruppen bietet. Eine aktuelle Ausübung der absolvierten Ausbildung wurde nicht als Kriterium für die Teilnahme an den Interviews bestimmt.

Durch den von der Betreuerin der Forschungswerkstatt hergestellten Kontakt mit einer Peer-Trainerin erfolgte für den ersten Dezember 2011 eine Einladung zu einer Fortbildungsveranstaltung im „Empowerment-Center“ der „Selbstbestimmt-Leben-Initiative Oberösterreich“, um unsere geplante Forschungsarbeit vorzustellen. Von den etwa 25 dort anwesenden Peer-BeraterInnen, die vor Ort über Inhalt und Ziel der Arbeit informiert wurden, erklärten sich anschließend acht Personen für Interviews bereit, von denen letztendlich sieben Interviews eine tatsächliche Umsetzung erfuhren. Weiters konnte eine Interviewperson im Rahmen einer Fachtagung gewonnen werden.

Als Herausforderung im Zuge des Untersuchungssamples erwies sich vordergründig die Gewinnung von genügend InterviewpartnerInnen: Zum einen fand während der oben erwähnten Veranstaltung, in der wir unsere Forschungsarbeit präsentieren durften, eine rege Diskussion statt, in der neben Überlegungen bezüglich der Teilnahme an den Interviews als Chance für eine weitere Öffentlichkeitsarbeit von Peer-Beratung auch kritische Stimmen ihre Sorge um eine mögliche Vereinnahmung der Arbeit von Peer-BeraterInnen durch externe Personen ausdrückten. Zum anderen gestalteten sich Terminvereinbarungen mit Peer-BeraterInnen, welche zu einem Interview

bereit waren, teilweise etwas schwierig. Beispielsweise wurde auf Anrufe erst spät reagiert, es stimmten auch ausgetauschte Email-Adressen nicht immer oder es wurde ein Interviewtermin aufgrund von Krankheit abgesagt, was innerhalb der Forschungsgruppe zu Bedenken und Unsicherheit über die erfolgreiche Durchführung der notwendigen Interviews führte. Wenn aber ein Interview zustande kam, war der Kontakt von Seiten der Peer-BeraterInnen immer sehr herzlich und interessiert.

9.5. Zusätzliche Erhebungen/Recherchen

Durch die im Laufe der Erhebung und Auswertung erfolgte Auseinandersetzung mit den durch die Interviews gewonnenen Daten und dem Auftreten von Fragen bezüglich Konzept und Inhalten des Lehrgangs für Peer-BeraterInnen konnte das Curriculum der Peer-BeraterInnen als weitere Bezugsquelle für die Bearbeitung der Forschungsfrage herangezogen werden. Informationen dazu konnten einerseits im Zuge der Gespräche mit den ExpertInnen der Peer-Beratung abseits der Fragen des Leitfadens und andererseits durch das Oberösterreichische Sozialhilfegesetz gewonnen werden.

Einen weiteren Explorationsaspekt stellt ein, am Rande der am 20. Jänner 2012 im Auftrag der Landeskliniken-Holding gehaltenen Tagung, zum Thema „Es gibt nur ein einziges Menschenrecht. Zur Bedeutung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der psychiatrischen Versorgung“ im Kloster Und in Krems/Stein, bei der etwa hundert TeilnehmerInnen – Betroffene, Professionelle, geladene Gäste und Interessierte – anwesend waren, geführtes Interview dar. Freundlicherweise wurden wir von einem Interviewpartner auf die Veranstaltung hingewiesen, welche für unser Forschungsinteresse sehr bedeutsam ist. Im Zuge einer gelungenen Präsentation zur Peer-Arbeit in Hamburg-Eppendorf wurden wir auf eine Peer-Beraterin aufmerksam, die sich spontan zu einem Interview bereit erklärte, sodass unser Forschungsfeld um einen äußerst interessanten Beitrag erweitert werden konnte.

10. Beschreibung der Ausgangssituation

Grundlage für unsere Forschungsarbeit sind größtenteils theoretische Inputs zu Empowerment und Peer-Beratung.

Als Resultat zahlreicher unterschiedlicher Definitionen verschiedener Autoren kann Empowerment zusammenfassend als ressourcenorientierter Prozess, der sowohl auf individueller und gruppenbezogener als auch auf institutioneller und politischer Ebene wirksam ist und in diesen Bereichen den Autonomiebegriff in den Vordergrund rückt, womit durch die Stärkung der Selbstgestaltungskräfte von Betroffenen eine autonome Lebensgestaltung im Sinne von Selbstbestimmung und Selbstbefähigung gefördert und ermöglicht werden soll, umschrieben werden.

Die Peer-Beratung als Ausdruck empowermentorientierten Handelns innerhalb der psychiatrischen Versorgung ist in der internationalen Betroffenenbewegung bereits jahrzehntelang im Einsatz. In der institutionellen Praxis hingegen – vor allem in Österreich – ist sie allerdings noch ein relativ junges Betätigungsfeld, was sich in mangelnden wissenschaftlichen Explorationen und Erfahrungsberichten über die Methode bzw. den Prozess der Peer-Beratung zeigt. Ebenso wenig lassen sich Untersuchungen zu Problemstellungen wie institutionelle Vereinnahmung oder Konkurrenz zu professionell Tätigen finden.

Oberösterreich ist bis dato das einzige österreichische Bundesland, das das Berufsbild der Peer-BeraterInnen gesetzlich im Sozialberufegesetz verankert und somit einerseits Ausbildung, Berufsbild und Tätigkeitsbereiche der Peer-Beratung reglementiert, damit andererseits auch Anerkennung und Wertschätzung an diesen Berufsstand vermittelt. Ungeachtet dessen, ob Angebote unter dem Titel „Peer-Beratung“ auch in anderen Bundesländern zur Verfügung stehen, wurden zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit lediglich die Peer-Beratung in Oberösterreich untersucht, die dort im nicht-stationären psychiatrischen Bereich von unterschiedlichen Institutionen wie Pro Mente, Exit Sozial, Fab oder der Caritas angeboten wird.

Auch für die Soziale Arbeit im psychiatrischen Bereich scheint der Empowerment-Gedanke in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen zu haben. Anstatt sich wie früher an Defiziten der KlientInnen zu orientieren, wird im psychosozialen Bereich heute zunehmend der Blick vorhandene Ressourcen und auf die Förderung der Selbstbestimmung und eine autonome Lebensführung verlagert.

Ausgehend von diesen Ausführungen ergeben sich einige grundsätzliche Annahmen, die es im Zuge der Auswertung des erhobenen Datenmaterials zu überprüfen gilt:

- Peer-Beratung ist ein Empowerment-Instrument, welches die Selbstbestimmung und Selbstbefähigung von Psychiatriebetroffenen fördert.
- Die Institutionalisierung von Peer-Beratung – also die Etablierung von Psychiatrieerfahrenen als ExpertInnen durch Eigenerfahrung innerhalb eines institutionellen professionellen Rahmens - erhöht die Qualität des nicht-stationären Angebotsspektrums für Psychiatriebetroffene.
- Peer-Beratung verändert die Arbeit von anderen ProfessionistInnen im nicht-stationären psychiatrischen Bereich durch Stärkung der Position von Psychiatriebetroffenen.
- Neben anderen Professionen können sowohl die Soziale Arbeit als auch die Peer-Beratung von einer verstärkten multidisziplinären Zusammenarbeit im nicht-stationären psychiatrischen Bereich profitieren.

11. Auswertung der Interviews

11.1. Peer-Beratung

11.1.1. Verständnis und Bedeutung von Peer-Beratung

Befragt nach deren Verständnis von Peer-Beratung wird von den interviewten Peer-BeraterInnen in jedem Fall die eigene Betroffenheit bzw. die Eigenerfahrung als Voraussetzung bzw. zentrales Element für die Peer-Beratung angesprochen, Peer-Beratung also als die Begleitung, Unterstützung und Beratung von Betroffenen – beispielsweise in psychischen Krisen - durch Betroffene erklärt. Die KlientInnen der Peer-Beratung werden dabei mehrfach als Menschen mit Psychiatrieerfahrung bzw. psychiatrieerfahrene Personen, einmal auch als Menschen mit seelischer Behinderung oder Beeinträchtigung benannt. Es findet in der Peer-Beratung nach mehreren Nennungen ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe statt. „Hauptbestandteil der Peer-Beratung ist für mich, dass Gespräche auf Augenhöhe entstehen können.“ (TH01, Zeile 10-11) Dabei wird von einer/m interviewten Peer-BeraterIn der Vergleich zur Peer-Beratung körperlich beeinträchtigter Menschen, wie beispielsweise die Beratung einer Person im Rollstuhl durch eine andere Person im Rollstuhl, hergestellt.

Einmal wird im Rahmen der Frage nach dem Verständnis von Peer-Beratung auch die Unterstützung in Richtung Selbstbestimmung - wie etwa das Finden eigener Lösungen in Problemsituationen durch die KlientInnen selbst - als Ziel genannt. Die positivere Auseinandersetzung der KlientInnen mit sich selbst, die Aufarbeitung eigener Themen und die Umsetzung eigener Erfahrung als zentrales Element in der Peer-Beratung werden ebenso vereinzelt genannt. Das Wort „Peer“ wird dabei mehrmals mit „gleich“ bzw. „gleichartig“ übersetzt. Auch die Peer-Beratung als „Sandwich-Funktion“ (TH02, Zeile 12-13), also die Funktion der Peer-BeraterInnen als VermittlerIn zwischen Professionellen und KlientInnen wird einmal angeführt. Peer-Beratung wird von einer/m Peer-BeraterIn als Zusatzangebot der psychosozialen Arbeit benannt, wobei dieses Zusatzangebot von dieser/m Peer-BeraterIn als kleiner Teil der psychosozialen Arbeit angenommen wird.

Nach den InterviewpartnerInnen sind also die eigene Betroffenheit, die Eigenerfahrung und die damit verbundenen Gespräche auf Augenhöhe, sowie Selbstbestimmung zentrale Aspekte der Peer-Beratung.

11.1.2. Angebote der Peer-Beratung und deren Umsetzung durch die interviewten Personen

Angeboten wird die Peer-Beratung von den interviewten Personen in unterschiedlichsten Settings, weshalb zur besseren Übersichtlichkeit anfänglich eine Aufzählung der genannten Möglichkeiten stattfindet. Außerdem werden die Fragen zu den Angeboten und der eigenen Umsetzung der Peer-Beratung aufgrund der Überschneidungen zusammengefasst.

Peer-Beratung und Begleitung

Im Rahmen der Peer-Beratung wird beispielsweise die längerfristige Beratung von Betroffenen im Einzel- oder Gruppensetting und die Begleitung der Betroffenen zu ÄrztInnen, zu anderen Terminen, wie etwa Ämtern und Behörden oder zu schwierigen Gesprächen, für diese die KlientInnen dann auch zu deren Stärkung von den Peer-BeraterInnen vorbereitet werden, das gemeinsame Straßenbahnfahren, Begleitungen bei Einkäufen oder gemeinsame Erledigungen, Spaziergänge, Unternehmungen wie Kegeln, Schwimmen, Kinobesuche, Theaterbesuche oder Besuche der Betroffenen im Krankenhaus, angeboten. Außerdem bietet beispielsweise Pro Mente die Möglichkeit, gemeinsam mit Peer-BeraterInnen zu malen oder zu musizieren. Auch die Möglichkeit, Probleme zu besprechen und die Motivation zur Selbsthilfe, um in Krisensituationen nicht mehr in alte Schemata und Muster zu fallen, wird einmal als Angebot der Peer-Beratung genannt.

Ein/e Peer-BeraterIn verspricht sich durch die Peer-Beratung eine Beratung, die „mehr in die Tiefe“ (TD02, Zeile 50-51) geht, da diese längerfristig ist und meist über mehrere Monate bis Jahre verläuft. Ein/e Peer-BeraterIn berichtet auch davon, dass durch die Beratung und Begleitung isolierter KlientInnen diesen wieder soziale Kontakte ermöglicht werden und damit über längere Sicht die Angst der KlientInnen genommen wird, ihre Wohnung zu verlassen bzw. sie an Aktivitäten teilnehmen, die sie sich vorher alleine nicht zugetraut hätten. Häufige Themen der Peer-Beratung sind Pensionsansprüche, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und günstige Wohnmöglichkeiten.

Dies zeigt den Variantenreichtum auf, in welcher Form Peer-Beratung angeboten werden kann. „Ich finde es einfach schön, dass wir so ein breites Spektrum haben, wie wir arbeiten können.“ (TD01, Zeile 393) Einer/m InterviewpartnerIn ist die Unterscheidung zwischen Peer-Beratung und Peer-Begleitung besonders wichtig. Wobei ein/e andere/r Peer-BeraterIn die Übergänge von Begleitung zu Beratung nicht so eng sieht, da Beratung auch während einer Begleitung stattfinden kann, was den Vorteil für KlientInnen hat, dass dabei weniger Druck empfunden wird.

Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Von mehreren Peer-BeraterIn wird die Öffentlichkeitsarbeit durch Peer-BeraterInnen angesprochen, die in Oberösterreich sehr stark ausgebaut ist. Die Peer-BeraterInnen berichten über ein Schulprojekt bzw. Aufklärungsprojekte über psychische Erkrankungen oder über eine Vortragsserie über Suizidverhütung. Diese Öffentlichkeitsarbeit beinhaltet das Halten von Vorträgen und Podiumsdiskussionen und die Projektorganisation.

Aber auch die Organisation von beispielsweise Yoga-Kursen für Betroffene, das Sponsoring für Weiterbildungen und Exkursionen wird von Peer-BeraterInnen angeboten. Es gibt innerhalb der eigenen Institution auch eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie Pro Mente Oberösterreich, Caritas, Exit Sozial, der Telefonseelsorge und mit Medien, wie der Kirchenzeitung oder anderen Zeitungen. Im Rahmen des oben genannten Schulprojektes bieten Peer-BeraterInnen an, SchülerInnen höherer Schulstufen über psychische Erkrankungen aufzuklären

und von den eigenen Erfahrungen damit zu berichten, was nach Angaben einer/s Peer-BeraterIn in den Schulen sehr gut ankommt.

Setting

Die Peer-Beratung findet unter anderem in den eigenen Büros, in den Wohnungen der KlientInnen, aber auch in Wohneinrichtungen, wie Übergangwohnheimen, Dauerwohnheimen oder Wohngemeinschaften oder anderen Räumlichkeiten, wie beispielsweise den „Clubhäusern“ von Pro Mente, statt. Diese Clubhäuser beruhen auf dem Prinzip der Gleichberechtigung und Selbstverwaltung, Betroffene können dort gemeinsam mit anderen den Tag verbringen, ihre Fähigkeiten bei anfallenden Tätigkeiten im Haus einbringen und neue Fertigkeiten entwickeln.¹⁵ Aber auch Peer-Beratung im stationären Setting, zum Beispiel im Rahmen von Gruppenarbeit, in der durch das Berichten von eigenen - und damit für andere Betroffene glaubwürdigeren - Erfahrungen den stationär aufgenommenen KlientInnen ein anderer Umgang mit ihrer Krankheit vermittelt werden soll, wird angeboten, was ein/e Peer-BeraterIn selbst gerne in der eigenen Krise erfahren und als hilfreich empfunden hätte. „Hätte das mir damals jemand vermittelt, wie ich auf der Psychiatrie gelegen bin, [...], dass man wieder gesund werden kann, dann hätte mir das damals sehr viel geholfen.“ (TH02, Zeile 34-36) Die Peer-Beratung im stationären Setting wird auch von einer/m Peer-BeraterIn als positive Entwicklung der Peer-Beratung empfunden, da ansonsten der Zugang in die Psychiatrie nur als BesucherIn möglich ist. Als Beispiel wird „Peer Mobil“, welches seit Juni 2011 Peer-Beratung in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung des Wagner-Jauregg-Krankenhauses anbietet, erwähnt.¹⁶

Trialog und Selbsthilfegruppen

Ein/e Peer-BeraterIn nennt auch den Trialog als Angebot der Peer-Beratung, in diesem Fall das Gespräch zwischen Professionellen, Peer-BeraterInnen und KlientInnen, der nach dieser von den KlientInnen aber nicht sehr stark in Anspruch genommen wird. Ein/e andere/r Peer-BeraterIn leitet auch eine Selbsthilfegruppe für Betroffene, in der durch die Eigenerfahrung Erlebtes und Erlerntes vermittelt wird. Von einer/m anderen Peer-BeraterIn wird die Peer-Beratung aber auch als Anlaufstelle für individuelle Beratung, die anders als eine Selbsthilfegruppe fungiert, bezeichnet.

Persönliche Umsetzung

Auf die Frage nach der eigenen und persönlichen Umsetzung von Peer-Beratung durch die interviewten Personen selbst, wurde – wie am Beispiel der zahlreichen Angebote ersichtlich – unterschiedliche Antworten gegeben. Ein/e Peer-BeraterIn sprach über die Selbsthilfegruppe, die sie/er leitet. Dort werden von ihr/ihm seit fünf Jahren Eigenerfahrungen mit Angststörung, Panikattacken und Depressionen und persönliche Strategien zur Bewältigung schwieriger

¹⁵<http://pmooe.at/sitex/index.php/page.359/> [24.07.2012]

¹⁶[http://www.gleichgestellt.at/index.php?id=39&tx_ttnews\[tt_news\]=6354](http://www.gleichgestellt.at/index.php?id=39&tx_ttnews[tt_news]=6354) [24.07.2012]

Lebenssituationen aufgrund dieser Erkrankungen innerhalb des Gruppensettings vermittelt. Außerdem bietet sie/er Unternehmungen – wie Kegeln, gemeinsame Kinobesuche oder Spaziergänge für die TeilnehmerInnen dieser Selbsthilfegruppe an. Innerhalb der Selbsthilfegruppe werden Probleme mit der eigenen Betroffenheit besprochen, aber auch zur Selbsthilfe motiviert, um einen Rückfall in alte Muster während einer neuerlichen Krise zu verhindern. „[...] und motiviere sie dabei, dass sie sich selbst helfen können oder auch nicht wieder in das alte Muster und Schema reinfallen, wenn es ihnen wieder ein bisschen schlechter geht.“ (TH02, Zeile 21-23) Auch Besuche im psychiatrischen Krankenhaus werden von dieser/m Peer-BeraterIn angeboten, um vor Ort den stationär aufgenommenen KlientInnen einen Umgang mit ihrer Betroffenheit bzw. Krankheit zu erlernen bzw. um zu vermitteln, dass eine Krise auch bewältigbar ist und es damit auch ein Leben nach einer solchen gibt.

Ein/e andere/r Peer-BeraterIn möchte mit ihrem/seinem Angebot den „Hunger auf Kunst und Kultur“ (DS01, Zeile 13-14) stillen, „weil ich selbst die Erfahrung gemacht habe, dass bei mir über Musik und Kultur auch für meine Gefühle und für meine Aufarbeitung dieser psychischen Bedrängnisse, dass da eine große Erleichterung stattfinden kann“. (DS01, Zeile 14-16) Innerhalb ihrer/seiner Institution bietet sie/er die Ausstellung des Kulturpasses an, prüft auch die notwendigen Unterlagen dafür und erstellt eine Liste, in die die KlientInnen ihre Telefonnummern eintragen können, um von ihr/ihm über weitere Vorteile des Kulturpasses, aber auch über aktuelle Ausstellungen und Musikveranstaltungen informiert zu werden. Außerdem bietet diese/r Peer-BeraterIn monatlich einmal einen Termin an, um gemeinsam zu singen, zu tanzen oder zu trommeln. Dabei soll sich jede/r TeilnehmerIn wohlfühlen und durch die Erfahrungen der KlientInnen, dass ihre Talente dabei entfacht werden, soll auch gefördert werden, dass sie wieder mehr aus sich herausgehen. Es werden aber - neben der eigentlichen BeraterInnentätigkeit, etwa wenn sich KlientInnen benachteiligt fühlen, einen Rat oder Hilfe beispielsweise bei Amts- und Behördenwegen benötigen - Begleitungen zu Opern, Operetten, Musicals oder ins Theater angeboten.

Ein/e andere/r Peer-BeraterIn bietet Gespräche, Begleitungen bei Einkäufen, Spaziergängen oder zu ÄrztInnen an. In diesen Gesprächen werden Strategien entwickelt oder weitergegeben, die die KlientInnen anwenden sollen, um besser mit ihrer Betroffenheit umzugehen. „Ich habe genauso eine Behinderung wie der andere auch und ich habe eben meine eigene Strategie gefunden, wie ich damit umgehe und ich will das weitergeben, wie man damit zurechtkommen kann.“ (TB02, Zeile 7-9) Dieses Gesprächsangebot wird auch von einer/m anderen Peer-BeraterIn angesprochen, aber auch Hausbesuche und Begleitungen bei den schon oben erwähnten Behördenwegen und zum Sportverein werden genannt.

Die Informationsvermittlung über Selbsthilfeangebote oder bei Antragsstellungen wird von dieser/m Person Peer-Beratung als „ein Angebot auf sachlicher Ebene“ (DS02, 24) verstanden, als zentrales Element der Peer-Beratung wird aber die Beratung und Information über die eigenen Erfahrungen in akuten Krisen – wie etwa nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, da sie

durch die Eigenerfahrung den KlientInnen Hoffnung vermitteln können - gesehen. „[...] dass sie uns konkret fragen: Was hast du gemacht? Wie bist du da raus gekommen? Wie hältst du das? Wie hältst du dein Leben heute wieder?“ (DS02, Zeile 31-33) Peer-Beratung soll dabei als eine zusätzliche Anlaufstelle für eine individuelle Beratung und Stärkung der KlientInnen fungieren.

„Aber in der Situation der Peer-Beratung bin ich ganz klar diejenige, die Hoffnung vermittelt, die, die über etwas hinweggekommen ist, die einfach schon einige Schritte weitergegangen ist und über eine gewisse Stabilität verfügt, sonst könnte ich das nicht machen oder sonst wäre ich nicht hilfreich für jemanden anderen.“ (DS02, Zeile 58-62)

Dabei wird einerseits mit Vermittlung von Hoffnung, aber auch mit konkreten Hilfestellungen gearbeitet, Selbstbestimmung als höchstes Ziel gesehen und die KlientInnen werden bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützt. Wichtig ist es dabei, die Interessen der KlientInnen zu erfragen bzw. die KlientInnen wieder zu ermutigen, selbst über ihre Interessen nachzudenken, was die KlientInnen oftmals – etwa durch jahrelange Psychiatrieerfahrung - neu erlernen müssen. „Das ist die Haltung, die ich selbst habe, also, das ist das, wo ich selbst darauf achte, dass ich sie nicht fremdbestimme durch Sachen, die ich für mich als gut empfunden habe.“ (DS02, Zeile 303-305) Ein/e andere/r Peer-BeraterIn hat lediglich im Rahmen der Ausbildung zur/m Peer-BeraterIn Erfahrungen mit der Beratung von Betroffenen gemacht. Durch die erlernten Gesprächstechniken konnte aber auch ein anderer Gesprächsverlauf bei Beratungsgesprächen mit FreundInnen, KollegInnen und Bekannten wahrgenommen werden, was als persönlicher Lernprozess verstanden wird.

Ein/e weitere Peer-BeraterIn sieht ihre Tätigkeit sowohl in der Beratung, als auch in der Begleitung, wobei die eigenen Erfahrungen nur im Bedarf eingebracht werden, welcher durch die/den Peer-BeraterIn selbst eingeschätzt wird. In der Beratung werden Ziele definiert, wobei der/dem Peer-BeraterIn bewusst bleiben muss, dass die KlientInnen mit der Aufforderung, Ziele zu definieren, häufig überfordert sind. Die Peer-Begleitung orientiert sich nach dieser/m Peer-BeraterIn sehr stark am Grundgedanken von Empowerment, da die KlientInnen dort abgeholt werden, wo sie stehen. Dabei soll einerseits Druck vermieden werden, trotzdem bleibt es wichtig, die Klärung von Zielen nicht zu vergessen, damit die Peer-Arbeit von den KlientInnen nicht als freundschaftliches „Kaffeekränzchen oder -schwätzchen“ (TH01, Zeile 44-45) missinterpretiert wird.

Erkennbar ist hier, dass die Möglichkeiten der Umsetzung von Peer-Beratung sehr unterschiedlich sind und die befragten Peer-BeraterInnen über eine große Anzahl von Angeboten für ihre KlientInnen verfügen.

11.1.3. Professionalität

Mehrmals wird die erlangte Professionalität der Peer-Beratung durch die Ausbildung genannt. In diesem Zusammenhang wird die Selbsterfahrung, Reflexionsfähigkeit und die Aufarbeitung der eigenen Erkrankung als Teil der Ausbildung beschrieben.

Ein/e InterviewpartnerIn berichtet davon, ausgebildet worden zu sein, wie Beratungsgespräche geführt werden und ein/e andereR, dass in den Beratungsgesprächen selbst auf das Gelernte berufen werden kann.

Von einer/m Interviewten wird erklärt, dass man in der Ausbildung lernt zuzuhören, zu überlegen wie man anderen Menschen Mut machen kann, zu reflektieren was einem selbst geholfen hat und über Strategien, die man für sich selbst entwickelt hat, nachzudenken.

Ein/e Peer-BeraterIn berichtet, dass in Oberösterreich derzeit der vierte Lehrgang einer sehr umfangreichen Ausbildung stattfindet. Früher gab es eine Ausbildung zum Peer-Coach mit Schwerpunkt auf Begleitung und jetzt absolviert man die Ausbildung zur/m Peer-BeraterIn, da es nun ein anerkannter Beruf ist, der durch das Sozialberufsgesetz geregelt ist. Durchgehend gibt es Nennungen bei dem Thema Professionalität in Bezug auf die eigene Erfahrung. „Was ich selber erlebt habe, das kann ich auch am besten weiter geben und vermitteln.“ (DS01, Zeile 16-17)

Mehrfach wird erklärt, dass die Krankheit selbst erlebt wurde. Dadurch, meint eine Person, versteht man die KlientInnen besser, da nachempfunden werden kann, worum es geht. Eine Person weist außerdem darauf hin, dass man als Peer-BeraterIn schon über etwas hinweggekommen ist und bereits über eine gewisse Stabilität verfügt.

Eine Peer-BeraterIn sieht sich in einer Zwischenrolle bzw. Vermittlerfunktion zwischen KlientIn und Profi und empfindet sich selbst auch als professionell. Die Rollen sind laut mehreren Aussagen klar verteilt, daher schafft die/der Peer-BeraterIn ein geeignetes Setting und einen Ablauf für das Gespräch.

Infolge dessen erfolgt eine unmissverständliche Abgrenzung zu alltäglichen Gesprächen.

„Ja, dass man sich die Rahmenbedingungen schafft, die wirklich auch notwendig sind. Das ist nicht nur so ein belangloses Gespräch, oder Gespräch nebenbei, oder so ein Kaffeekränzchen oder -schwätzchen, sondern Rahmenbedingungen schaffen, Uhrzeit schaffen, von wann bis wann. Das Setting ist wichtig.“ (TH01, Zeile 43-46)

Mehrmals wird erwähnt, dass Professionalität ausmacht, Grenzen einzuhalten, die Balance zwischen Nähe und Distanz zu wahren, sowie die professionelle und private Ebene nicht zu vermischen. Dies wird darin begründet, dass viele KlientInnen aufgrund der Isolation auch Kontakte auf freundschaftlicher Basis suchen. Themen wie diese kann man in der, ungefähr einmal im Monat stattfindenden, Supervision besprechen. Der Großteil der Peers findet dieses Treffen sehr wichtig und bereichernd. Es wird als Vorteil gesehen, eine Institution hinter sich zu haben, durch die Wissen angereichert und innerhalb der durch Supervision, die Arbeit mit KlientInnen aufgearbeitet werden kann. Es werden Situationen besprochen, wobei Problemfelder und Arbeitssituationen von Peer-BeraterInnen sichtbar werden.

„Sehr bereichernd. Auch die Teams, die wir haben, die Supervisionen, die wir haben, finde ich für mich gut und bereichernd. Ich würde es von meinem Standpunkt her gar nicht so gut finden, wenn man im Alleingang als Peer arbeitet, weil man so einfach eine Institution hinter sich hat, wo man sich viel Wissen anhäufen kann und wo man gerade in der Supervision auch viel aufarbeiten kann, was im Zuge der Arbeit mit den Klienten

passiert.“ (TH02, Zeile 184-188)

11.1.4. Unterschiede im Vergleich zu einer Beratung durch andere Professionelle

Bedeutend ist für viele Peer-BeraterInnen die Eigenerfahrung mit der Krankheit, die andere Professionelle nicht haben. „Ich glaube das ist der ganz große, ganz wesentliche Unterschied, [...] dass wir quasi dadurch auch geeignet sind oder prädestiniert sind, weil wir dieses selber durchgemacht haben.“ (DS01, Zeile 41-45) Peer-Beratung kann die Perspektive der Betroffenen einnehmen und auf eigene Erfahrungen zurückgreifen. Eine Peer-BeraterIn gibt an, dass Peer-BeraterInnen durch die Eigenerfahrung ExpertInnen in eigener Sache sind und auch bei speziellen Problematiken an andere Peer-BeraterInnen mit ähnlichen Erfahrungen weiter verweisen. Vereinzelt wird vermutet, dass KlientInnen aufgrund der eigenen Betroffenheit der Peer-BeraterInnen leichter über ihre Probleme sprechen können. Die Wiedergabe der eigenen Betroffenheit und der eigenen Lösungsansätze kann KlientInnen unterstützen. Fast alle sind der Meinung, dass dadurch Gespräche auf gleicher Augenhöhe stattfinden und der/m Peer-BeraterIn auch mehr Vertrauen geschenkt wird. Diese/r bekommt mehr Einblick in persönliche Belange der KlientInnen. „Hauptbestandteil der Peer-Beratung ist für mich, dass Gespräche auf Augenhöhe entstehen können. Von Betroffenen zu Betroffenen. Vom englischen Wort „peer“ - gleich – im wahrsten Sinne des Wortes auf Augenhöhe.“ (TH01, Zeile 10-12) „Ja, Peer-Arbeit ist für mich einfach Arbeit auf gleicher Augenhöhe. Es geht um die eigene Betroffenheit.“ (TD01, Zeile 16-18) Eine interviewte Person führt die Arbeit aus einem anderen Status heraus an, da es kein Gefälle zwischen Peer-BeraterInnen und KlientInnen gibt und eine gleichberechtigte Situation darstellt. Ein Peer ist der Meinung, dass mehr Zeit für die Betreuung von KlientInnen z.B. für Begleitungen oder Ausfüllen von Anträgen zur Verfügung steht - im Gegensatz zu einer Betreuung durch andere Professionelle. Die Ebenbüdigkeit spielt für fast alle Peer-BeraterInnen eine große Rolle. Dadurch finden KlientInnen schneller Vertrauen und dies führt zu schnellerem Informationsgewinn. „Und...was mir immer wieder auffällt, dass die Leute viel schneller Vertrauen zu uns haben als zu den meisten Profis. Also wir wissen innerhalb kurzer Zeit ganz, ganz viele Sachen, wo sie [Anm.: andere Professionelle] einfach länger brauchen.“ (TD02, Zeile 155-158) Diese Peer-BeraterIn berichtet auch, dass es allerdings zur Notwendigkeit der Unterbrechung der Peer-Beratung aufgrund eigener seelischer Krisen kommen kann, dies aber kein Hindernis für die Peer-BeraterInnen-Tätigkeit ist. Weitere Unterschiede, die einzeln genannt werden, sind beispielsweise, dass Peer-Beratung eine sehr günstige Betreuungsform ist, man sich mehr Respekt verschaffen muss als andere ProfessionistInnen, aufgrund eigener Betroffenheit Mut zu machen und man primär als Erste/r von den KlientInnen angerufen wird. Die Unvoreingenommenheit sowie ohne Zwang und Struktur als Peer-BeraterIn zu arbeiten, macht laut einer/m Peer-BeraterIn einen weiteren wesentlichen Unterschied aus.

11.1.5. Rolle der Peer-Beratung in der eigenen Institution

Vereinzelt wird bei der Nachfrage zur Rolle der Peer-Beratung in der eigenen Institution das Zusatzangebot zu den professionellen HelferInnen genannt. Ein Peer erzählt, dass die Organisation die Ausbildung finanziert und Arbeitsmöglichkeiten bietet und eine weitere Person nennt die geregelte Honorierung als Kostenersatz, wobei Verbesserungen begrüßenswert wären. Auch zum Beispiel im Hinblick dessen, dass mehr Personen mit abgeschlossener Ausbildung auch tatsächlich als Peer-BeraterInnen arbeiten sollten.

„Es gibt einige Peer-Berater, die diese Ausbildung haben, aber die Rahmenbedingungen für die Peer-Berater...es wird einem die Ausbildung finanziert, man kann arbeiten, aber es ist erst so richtig am entstehen und man kann noch einiges dazu tun, dass das verbessert wird und, dass auch wirklich mehr Leute, die die Ausbildung haben, arbeiten als Peer-Berater. Also das ist noch verbesserungsfähig. Aber da sind wir gerade dabei, weil wir einen Verein gegründet haben, und die Interessen die Peer-Berater dem Land gegenüber so präsentieren, dass ein Nachholbedarf ist und, dass nachjustiert werden muss. Und sie sind sehr hellhörig und sie sind interessiert, dass wir uns einbringen, dass wir empowermentmäßig auch etwas tun. Also Empowerment ist ein gewünschter Part.“
(TH01, Zeile 87-95)

Eine Peer-BeraterIn kann nicht genau sagen, welche Rolle Peer-Beratung in ihrer/seiner Institution spielt, fühlt sich aber sehr wertgeschätzt und wahrgenommen. Sie/Er fühlt sich integriert – soweit sie/er es möchte – und auch als wichtiger Bestandteil für das Team. Eventuelle Unsicherheiten gegenüber anderen Personen in der Institution führt sie/er eher auf einen persönlichen Hintergrund zurück. Weiters wird von einer/m InterviewpartnerIn erwähnt, dass das Rückzugsbedürfnis der Peer-BeraterIn durch die Institution ermöglicht wird und auf das, was sie/er braucht, eingegangen und respektiert wird. Eine Person meint, dass in ihrer/seiner Institution die Peer-Beratung für die MitarbeiterInnen keine große Rolle spielt, da es das Angebot erst seit kurzem gibt. Wiederum ein/e andere interviewte/r Peer-BeraterIn hat den Eindruck, dass sich Peer-Beratung in ihrer/seiner Institution bewährt hat, hier findet sogar eine Kommunikation durch Folder und Internet nach außen statt. Die Anzahl der KlientInnen ist laut einer Aussage für die Organisation aufgrund der Genehmigung des Budgets wichtig.

11.1.6. Bedeutung der Etablierung von Peer-Beratung in der Institution und allgemein

Die Bedeutung der Etablierung von Peer-Beratung in der Institution wird aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Ein/e Peer-BeraterIn beschreibt es als ambivalent für die Institution, kritisch für die Profis und als große Bedeutung für sie/ihn persönlich.

„[...] Also, mir bedeutet es sehr viel. Was es der Institution bedeutet, ist meiner Einschätzung nach ambivalent. Es hat vor ein paar Jahren Studien mit Interviews gegeben. Vor fünf Jahren sind Profis interviewt worden, wie sie zu uns Peers stehen. Und damals war ich sehr entsetzt, weil ich einfach festgestellt habe, dass ein Teil von den Profis uns kritisch betrachtet und uns oft noch gar nicht so zutraut, eine wirklich

gute psychosoziale Arbeit als Peer abzuliefern.[...]“ (TD02, Zeile 235-240)

Ein/e Andere/r ist der Meinung, dass es eine Bereicherung für die KlientInnen darstellt und die Rolle der Peer-BeraterInnen geschätzt wird. „Also ich glaube, dass ich sagen darf, dass unsere Begleitung eine Bereicherung für die Klienten ist und dass wir auch sehr geschätzt werden in dieser Rolle. So habe ich den Eindruck.“ (TH02, Zeile 80-82) Als Bereicherung für die Institution empfindet es wiederum eine andere Peer-BeraterIn. Außerdem wird es von einer/m InterviewpartnerIn als Fortschritt für die Institution und andererseits als Mehraufwand für diese empfunden, sei es verwaltungstechnisch, administrativ und oder wegen der zur Verfügungstellung eines Arbeitsplatzes für die Peers. Eine Peer-BeraterIn spricht von gegenseitigem Gewinn, da sich die Institution für Betroffene engagiert und diese unterstützt und dadurch gleichzeitig Peer-BeraterInnen anstellen kann, was einen Nutzen für die Institution darstellt. Eine einzige Person spricht definitiv davon, dass Peer-Beratung noch gar nicht etabliert ist und es sich noch dahingehend ändern könnte, dass mehr Peer-BeraterInnen einbezogen werden. Daher ist die Bedeutung derzeit in dieser Institution nach ihrer/seiner Empfindung gering. Bei einem Blick auf die Bedeutung der Etablierung von Peer-Beratung allgemein, kann ein/e Peer-BeraterIn den Umfang der Auswirkungen von Peer-Beratung nicht genau beurteilen, aber vermutet, dass es schon welche gibt. Als Beispiel wird der Bekanntheitsgrad in der Psychiatrie und bei den ÄrztInnen im Bezirk genannt. Anfängliche Skepsis gegenüber Peer-Beratung hat sich mittlerweile in positive Zustimmung gewandelt. Weiters wird von einem Peer mehr Toleranz gegenüber psychisch Kranken genannt, da sie etwas geschafft haben, was man ihnen zuvor nicht zugetraut hatte. „[...] Es ist mehr Toleranz da gegenüber psychisch Kranken, weil sie auch etwas können, das hat man sich ja nicht gedacht. [...]“ (TB02, Zeile 53-54)

Als eine weitere wichtige Bedeutung wird vereinzelt vermutet, dass die Hemmschwelle für Betroffene niedriger ist, eine Peer-Beratung in Anspruch zu nehmen als in Therapie zu gehen. Außerdem wird von einer/m Peer-BeraterIn angesprochen, dass der Bedarf an Peer-BeraterInnen sehr groß ist und angedacht wird, noch mehr Peer-BeraterInnen einzustellen.

Als zusätzlicher positiver Faktor der Peer-Beratung wird von einer interviewten Person das Profitieren der Peer-BeraterInnen durch die Chance auf einen Beruf und ein Einkommen mit ihrer Tätigkeit angeführt, aber auch das Peer-BeraterInnen von ihrer Tätigkeit selbst sehr viel mitnehmen können.

11.1.7. Kontaktaufnahme bzw. Zuweisungskontext

Befragt nach der Kontaktaufnahme bzw. dem Zuweisungskontext der KlientInnen zur Peer-Beratung gibt es – je nach Institution, in der sie tätig sind - unterschiedliche Antworten. Einerseits ergreifen KlientInnen selbst die Initiative und informieren sich über Folder bzw. Flyer, die teilweise von den Peer-BeraterInnen bei FachärztInnen oder Beratungsstellen aufgelegt werden, oder sie informieren sich über andere KlientInnen oder über die Homepage der Einrichtung und

kontaktieren die Peer-BeraterInnen bzw. die Institution persönlich, andererseits kommt der Kontakt auch über die Zuweisung von SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, PsychiaterInnen, psychosozialen Beratungsstellen oder durch die, den einzelnen Organisationen angeschlossenen betreuten Wohngemeinschaften zustande.

Die Freiwilligkeit der KlientInnen, eine Peer-Beratung anzunehmen, ist nach Angaben einer interviewten Person der wesentlichste Faktor. Beim Erstgespräch wird nach dieser abgeklärt, ob eine Betreuung bzw. Begleitung von beiden Seiten vorstellbar ist. Aufgeklärt werden die KlientInnen auch darüber, dass eine Beendigung der Zusammenarbeit von der/m KlientIn, aber auch von der/m Peer-BeraterIn jederzeit möglich ist. Auch eine andere interviewte Person gibt an, dass – nach einem Erstgespräch – ein Ein-Jahres-Vertrag abgeschlossen wird, der aber jederzeit von beiden Seiten aufgelöst werden könnte. Bei einer/m anderen Peer-BeraterIn müssen die KlientInnen derzeit in Therapie sein bzw. gewesen sein, um Peer-Beratung in Anspruch nehmen zu können, bei dieser/m Peer-BeraterIn gibt es auch eine Warteliste. Nach einem Erstgespräch, bei dem die/der KlientIn über Peer-Beratung aufgeklärt wird, haben beide – also KlientIn und Peer-BeraterIn – eine Woche Bedenkzeit, innerhalb der sich beide für oder gegen eine weitere Zusammenarbeit entschließen können. Auch innerhalb der Probezeit, die ein bis zwei Monate dauert, ist ein Betreuungsabbruch von beiden Seiten möglich. Anschließend wird ein Ein-Jahres-Vertrag abgeschlossen, der jährlich auf eine weitere mögliche Zusammenarbeit überprüft bzw. an Veränderungen angepasst wird, aber auch nach Ablauf von diesem beendet werden kann.

Eine andere Möglichkeit der Kontaktaufnahme nennt ein/e weitere/r Peer-BeraterIn. Sie/Er sucht im Rahmen ihrer Organisation vierzehntägig ein psychiatrisches Krankenhaus auf und lernt dort KlientInnen kennen, die sie/er später – beispielsweise im Rahmen der von ihr/ihm geleiteten Selbsthilfegruppe - teilweise weiter betreut. „[...] und ich habe von dieser Gruppe schon mindestens fünf oder sechs Klienten in meiner Selbsthilfegruppe danach betreut und einige wenige kommen nicht mehr, weil es ihnen tatsächlich besser geht.“ (TH02, Zeile 40-42) Eine Person erzählt auch von einer Sprechstunde, zu der Betroffene ohne Anmeldung und ohne Zuweisung kommen können und vor Ort Auskunft über Peer-Beratung erhalten.

Für eine/n andere/n Peer-BeraterIn entstehen weitere Kontakte zu KlientInnen durch die Ausstellung des Kulturpasses im Rahmen ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit. Die KlientInnen werden dann – wenn sie ihre Telefonnummer dazu zur Verfügung stellen - durch Sammel-SMS oder einen persönlichen Anruf der/s Peer-BeraterIn zu Veranstaltungen und Vernissagen eingeladen. Erreichbar sind die meisten Peer-BeraterInnen über ein Dienst-Handy, teilweise wird die Telefonnummer auch auf der Homepage der jeweiligen Einrichtung öffentlich bekanntgegeben. Eine interviewte Person hat im Moment keine KlientInnen, da sie/er derzeit nicht als Peer-BeraterIn, sondern in einer anderen Funktion tätig ist.

11.1.8. Kontakthäufigkeit

Bei der Kontakthäufigkeit gibt es unterschiedliche Angaben, die Kontakte finden beispielsweise wöchentlich oder 14tägig statt, wobei pro KlientIn ein bis zwei Stunden zur Verfügung stehen. Auch das Aufsuchen der Psychiatrie einer/s Peer-BeraterIn findet vierzehntägig statt. Dort werden jedes Mal für eine weitere Betreuung mögliche KlientInnen kennengelernt. Die Selbsthilfegruppe einer/s Peer-BeraterIn - die aus ca. acht TeilnehmerInnen besteht - findet ebenfalls vierzehntägig statt, wobei auch in der anderen Woche, in der die Selbsthilfegruppe nicht stattfindet, den TeilnehmerInnen Freizeitaktivitäten, wie Spaziergänge, Schwimmen oder der Besuch von Kursen mit der gesamten Gruppe nach individueller Vereinbarung angeboten werden.

Eine andere/r Peer-BeraterInnen bietet einmal monatlich den sogenannten „Berührungspunkt Musik“, eine Begegnung über Musik, Kunst und Kultur, an. Weiters wurde eine Häufigkeit von mindestens einmal im Monat genannt, wobei auch hier von Seiten der/s Peer-BeraterIn ein zwei- bis dreimaliger Kontakt im Monat möglich ist. In Not- bzw. Krisensituationen wird von einer/m Peer-BeraterIn auch die Möglichkeit von einem häufigeren Kontakt als wöchentlich angeboten, es besteht bei dieser/m auch das Angebot, die Peer-Beratung nur bei Bedarf in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeit, die Kontaktfrequenz zu ändern, wurde von einer Person genannt. Am häufigsten wurde jedoch ein wöchentlicher Kontakt genannt.

11.1.9. Akzeptanz der Peer-Beratung bei KlientInnen

Hinsichtlich der Frage, wie Peer-Beratung von KlientInnen akzeptiert wird, kam es zu widersprüchlichen Meinungen, größtenteils aber wird die Tätigkeit der Peer-Berater gut bis sehr gut angenommen bzw. in einem Fall von geschätzten zwei Drittel der KlientInnen gerne angenommen. Die sehr häufig angegebene gute Akzeptanz der Peer-Beratung hängt beispielsweise damit zusammen, dass es als Bereicherung erlebt wird, andere Betroffene kennenzulernen und eine Atmosphäre geschaffen wird, bei der „sich niemand übervorteilt“ (DS01, Zeile 161) fühlt. Die Akzeptanz geht laut einer Person sogar so weit, dass die/der Peer-BeraterIn - etwa in einer Krisensituation - noch vor anderen ProfessionistInnen von den KlientInnen kontaktiert wird.

Weiters erwähnt wurde, dass viele KlientInnen Dankbarkeit dafür zeigen, dass man ihnen neue Hoffnung gibt und sie ernst genommen werden. „[,,,] es gibt ihnen wieder neue Hoffnung – also sie werden ernst genommen und das ist schon sehr wichtig.“ (TB02, Zeile 92-93) Einmal wird auch angegeben, dass die Peer-BeraterInnen genau so akzeptiert werden und vielleicht sogar noch ernster genommen werden als beispielsweise die Soziale Arbeit. Dies liegt nach dieser Person daran, dass die KlientInnen den Peer-BeraterInnen zu 100 Prozent vertrauen. Diese/r Peer-BeraterIn meint aber auch, dass es beispielsweise in betreuten Wohngemeinschaften sehr schwierig wäre, Zugang zu den dort lebenden KlientInnen zu finden und diese daher hauptsächlich von den dort tätigen BetreuerInnen begleitet werden.

Nur wenige KlientInnen haben nach Angaben einer/s Peer-BeraterIn Vorurteile aufgrund der

eigenen Betroffenheit der Peer-BeraterInnen und zweifeln daher an deren Kompetenz. Andererseits gibt es jedoch auch KlientInnen, die meinen „Du bist ja selber krank, was willst du mir helfen?“. (TB02, Zeile 98)

Als Beispiel positiver Annahme wird von einer interviewten Person „Peer Mobil“, welches in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung des Wagner-Jauregg-Krankenhauses Peer-Beratung bzw. Gespräche mit dort stationär aufgenommenen Personen anbietet, angesprochen. Der Bedarf nach Gesprächen wird dort als sehr groß erlebt, weshalb die Peer-Beratung dort auch sehr gut ankommt. Insgesamt hängt die Akzeptanz bzw. die Annahme aber laut Aussage einer/s Peer-BeraterIn von deren Fähigkeit, sich auf die KlientInnen einzustellen bzw. ihre jeweils gegebenen Möglichkeiten einschätzen zu können, ab.

11.2. Empowerment

11.2.1. Verständnis Empowerment

Empowerment bedeutet für den Großteil der Peer-BeraterInnen Selbstermächtigung, Selbstmotivation für das eigene Leben, Selbstbefähigung, Selbstermutigung, eine persönliche Aufforderung, das eigene Leben besser zu gestalten bzw. zu verbessern. „Empowerment ist Selbstermächtigung. Jeder Mensch will allein über sein Leben bestimmen. Das ist für mich Empowerment.“ (TB02, Zeile 60-61) Empowerment heißt für viele außerdem Heilungskraft, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl.

„[...] Empowerment bedeutet für mich, mich selber meine eigene Wirkungsmöglichkeiten, meine eigene Kraft wieder zu spüren, mich selbst zu befähigen, mir selbst zu helfen, oder wirklich genau zu wissen wo ich hin will und mich nicht bestimmen zu lassen. Empowerment hat für mich auch viel mit Selbstbestimmung zu tun.“ (DS02, Zeile 171-175)

Ein/e Peer-BeraterIn meint, dass man von außen nur Impulse geben kann und im Grunde nur jede Person sich selbst helfen kann. Es ist wichtig, dass Betroffene Schritte allein gehen und Selbstbewusstsein erlangen. Anfangs ist eventuell wegen Isolation und weil sich Betroffene nichts mehr zutrauen eine Begleitung notwendig. Aber sobald die/der Peer-BeraterIn einschätzt, dass Betroffene selbst Schritte übernehmen können, so sollen diese selbst umgesetzt werden, damit Selbstbewusstsein aufgebaut werden kann. Eine/n weitere/n Peer-BeraterIn ist ebenso der Meinung, dass Empowerment bedeutet, sich selbst einzubringen. Voraussetzung dafür ist, dass man an sich selbst glaubt, Selbstvertrauen hat und weiß, wofür man eintritt. Man tut für sich und andere etwas, aber wichtig dabei ist, dass man seine Grenzen kennt und darauf achtet. Außerdem wird es von einer/m Peer-BeraterIn als Bestandteil der Psychatriebewegung zur Entstigmatisierung verstanden, sowie aus einem historischen Kontext heraus aus dem Bereich der Frauenbewegung bzw. Anti-Rassismusbewegung und Gleichberechtigung zwischen StaatsbürgerInnen.

Allerdings wird von einer/m Interviewter/m angesprochen, dass Empowerment unter dem Einfluss von Medikamenten leidet, da diese eine Persönlichkeitsveränderung bewirken können.

„[...] dieses Empowerment, diese Heilungskraft, dieses Selbstbewusstsein, dieses Selbstwertgefühl, diese Selbstermächtigung. Ich finde, das ist ganz ganz wichtig und ich befürchte manchmal, dass durch diese zu starke oder nicht ganz richtige Indikation der Psychopharmaka oder der Medikamente, Empowerment darunter leidet. Es gibt eben verschiedene Richtungen von medikamentöser Behandlung, das sind eine Ruhigstellung oder überhaupt Persönlichkeitsdämpfung.“ (DS01, Zeile 106-111)

11.2.2. Empowerment als Bestandteil von Peer-Beratung

Empowerment wird von allen interviewten Person als Bestandteil von Peer-Beratung gesehen, etwa durch die Unterstützung zur Selbsthilfe und die Ermutigung, die eigene Situation zu verbessern und „[...] sie da abzuholen, wo sie jetzt stehen.“ (TD01, Zeile 68-69) Aber auch durch die Freundschaften, die sich beispielsweise innerhalb der Selbsthilfegruppe entwickeln und diese langfristig zu einer gegenseitigen Unterstützung führen und die Peer-BeraterInnen dadurch nicht mehr notwendig sind und damit auch keine Abhängigkeit von diesen entsteht, werden als Empowerment verstanden. Ein/e interviewte Person gab an, dass die Peer-BeraterInnen ihre Persönlichkeit und ihre eigenen (Lebens-)Erfahrung einbringen sollen, damit den KlientInnen Selbstwert und Selbstbewusstsein vermittelt werden kann. „Und da ist ganz wichtig, dass sein Selbstwert, sein Selbstbewusstsein, seine Persönlichkeit einfach zum Tragen kommt, und, dass er das auch seinen Klienten vermitteln kann.“ (DS01, Zeile 118-120)

Auch die Kontakthäufigkeit soll nach einer/m interviewten Peer-BeraterIn von den KlientInnen selbst bestimmt werden, was auch als Aspekt von Empowerment verstanden wird. Weiters gibt ein/e Peer-BeraterIn an, dass die Förderung bzw. die Motivation zum Erkennen der eigenen Interessen der KlientInnen zentrale Elemente der Peer-Beratung darstellen. „Ich würde das immer wieder fragen: Ist das auch wirklich dein Interesse? Also manche sind das auch so gewöhnt durch diese 100 Jahre Psychiatrie, dass sie gar nicht mehr darüber nachdenken, ob es das eigentlich ist, ob sie das wollen.“ (DS02, Zeile 321-324) Weiters wird die Vermittlung von Selbstbestimmung als Element von Empowerment von einer/m interviewten Person empfunden. Peer-BeraterInnen sollen deshalb so oft wie möglich und nach deren Einschätzung über Durchführbarkeit – wobei dabei auf das eigene Gefühl vertraut wird und sich dessen Stimmigkeit später meist auch bestätigt - die KlientInnen in die Richtung fördern, selbst Dinge zu übernehmen und auszuführen. Es wird angenommen, dass die KlientInnen selbst diese Fortschritte auch wahrnehmen und sich daran erfreuen. Dieser Prozess lässt es dann auch zu, dass sich Peer-BeraterInnen mit ihren KlientInnen einmal nur auf einen Kaffee treffen, ohne Druck zu erzeugen, wobei die/der Peer-BeraterIn auch dabei immer auf die Förderung der Eigeninitiative der KlientInnen achten muss, um eine weitere psychosoziale Arbeit mit der/dem KlientIn zu forcieren.

Empowerment ist laut einer/m Peer-BeraterIn auch notwendig, um eigene Erfahrungen an die KlientInnen weiterzugeben und ihnen damit etwas beizubringen. Ein/e Peer-BeraterIn berichtet von

der Gründung eines Vereins durch Peer-BeraterInnen, mit dem Ziel der Vertretung der Interessen von Peer-BeraterInnen im Land Oberösterreich, was auch als Empowermentelement empfunden wird. Es wird außerdem einmal genannt, dass sowohl die KlientInnen durch die Erfahrungen der Peer-BeraterInnen, als auch die Peer-BeraterInnen selbst von ihren Beratungen profitieren. „[...] ist einfach immer wieder eine Aufforderung für mich, an mein eigenes Leben, es besser zu gestalten, es zu verbessern.“ (TD02, Zeile 278-280)

Empowerment wird demnach von allen befragten Peer-BeraterInnen als wesentlicher Bestandteil der Peer-Beratung verstanden und wird durch unterschiedliche Interventionen, wie etwa die Unterstützung zur Selbsthilfe, die Ermutigung, die eigene Situation zu verbessern, die Vermittlung von Selbstbewusstsein, die Förderung, eigene Interessen zu erkennen und das Erlangen von Selbständigkeit vermittelt.

11.2.3. Was wird durch Empowerment vermittelt?

„Und das ist – finde ich – der Anfang von Empowerment, dass man zu sich steht und das geht manchmal nur darüber, dass jemand anders einem das vermittelt.“ (DS02, Zeile 216-218) In der Peer-Beratung wird durch die Eigenerfahrung der Peer-BeraterInnen und die Art und Weise, wie diese den KlientInnen übermittelt wird, den KlientInnen mehr Selbständigkeit, mehr Selbstverantwortung, ein höhere Selbstwert, mehr Selbstbewusstsein, aber auch, aus der Opferrolle herauszutreten und mehr Vertrauen in sich selbst zu haben, vermittelt, was von mehreren Peer-BeraterInnen als Empowerment verstanden wird. Dieses Vorgehen wird von einer/m Peer-BeraterIn aber auch als langsamer, schrittweiser Prozess angeführt.

Durch Empowerment soll es den KlientInnen besser gehen, Hoffnung gestärkt und Zuversicht für das Durchstehen von (weiteren) Krisen vermittelt werden. Aber auch die Vermittlung von Ruhe, Ausgeglichenheit und Stärke durch die Peer-Beratung wird von einer/m befragten Person genannt, da den KlientInnen Mut gegeben wird, sich selbst wieder wichtiger zu nehmen, mit mehr Selbstvertrauen und selbstbewusster auftreten zu können, und, um Hoffnung zu entwickeln, schwierige Situationen durchzustehen, sie/er „den Glauben daran haben darf oder die Hoffnung nicht verliert, dass er wieder aus dieser Finsternis heraus kommt“ (DS01, Zeile 126-127), aber auch Strategien zu entwickeln, um „mit den Befindlichkeiten umzugehen, die man [...] als psychisch Kranker [hat].“ (TB02, 74-75) KlientInnen wird durch Empowerment auch ein anderer Umgang mit ihrer Erkrankung vermittelt, beispielsweise sind KlientInnen nicht mehr so belastet, auch wenn sich an ihrer Situation selbst noch nichts geändert hat, da sie trotzdem zu sich selbst stehen können. „Was ich unglaublich schön finde, ist, wenn jemand tatsächlich rausgeht und es hat sich vielleicht noch [,„] gar nichts an seiner Situation geändert, aber er macht sich nicht mehr so fertig.“ (DS02, Zeile 211-213)

Durch die Peer-Beratung werden nicht Strategien vorgegeben, die die KlientInnen nutzen sollen, sondern Ziel ist es, dass die KlientInnen eigene Strategien entwickeln, ihre eigene Stärken

entdecken, sich selbst akzeptieren und mit ihrer Krankheit umgehen können. „Nur, weil es mir geholfen hat, heißt das noch lange nicht, dass das dem anderen hilft.“ (TD01, Zeile 212-213) Ein/e Peer-BeraterIn sieht auch das von den KlientInnen durch die Peer-Beratung entwickelte Bewusstsein, selbst sehr viel regeln zu können, als durch Peer-Beratung vermitteltes Empowerment. Ein/e Peer-BeraterIn meint aber auch, eigene Ziele zu definieren setzt die KlientInnen unter Druck, was innerhalb der Beratung häufig zu Gegendruck führt. „Wenn wir einmal auf einen Kaffee gehen und nur reden, ist das für mich okay. Aber dann gibt es wieder einen Punkt, wo ich sage: So, jetzt haben wir uns so und so oft getroffen, was haben wir bis jetzt gemacht?“ (TD01, Zeile 71-73) Deshalb ist es wichtig, sich in der Peer-Beratung Zeit für die KlientInnen zu nehmen, sie aufzuklären und zu unterstützen, die KlientInnen sollen aber selbst handeln, da dies dann am ehesten dem Empowerment-Gedanken entspricht.

Durch Empowerment in der Peer-Beratung soll nach den InterviewpartnerInnen den KlientInnen also mehr Selbständigkeit, mehr Selbstverantwortung, Hoffnung, ein höherer Selbstwert, mehr Selbstbewusstsein, mehr Selbstvertrauen, ein besserer Umgang mit ihrer Erkrankung bzw. das Entwickeln eigener Strategien und das Erkennen eigener Stärken vermittelt werden.

11.2.4. Beitrag Peer-Beratung zur Selbstbestimmung

Bei der Beantwortung der Frage, ob, wie und in welchem Ausmaß die Peer-Beratung zur Selbstbestimmung ihrer KlientInnen beitrage, sind sich die Befragten einig. Alle InterviewpartnerInnen meinen, einen Beitrag zu Selbstbestimmung leisten zu können bzw. KlientInnen sukzessive Richtung Selbstbestimmung begleiten können, einmal wird Selbstbestimmung als höchstes Ziel der Peer-Beratung formuliert. Zudem ermutigt ein/e Peer-BeraterIn ihre KlientInnen schlichtweg zu so viel Selbstbestimmung wie möglich. Ein/e andere/r wiederum forciert, dass der/die Einzelne sich in der Öffentlichkeit zeigt, indem er/sie ihnen das Gefühl vermittelt, dass ihre Talente und Fähigkeiten gefragt sind. „[...] da habe ich die Erfahrung gemacht, dass sie da am ehesten aus sich heraus gehen, wenn sie das Gefühl haben, ja, jetzt ist ihr Talent oder ihre Wirkung gefragt.“ (DS01, Zeile 165-167) Ein/e weitere/r InterviewpartnerIn versucht es auf ähnliche Art und Weise, indem er/sie Menschen mit Ängsten in die Öffentlichkeit integriert und sie dabei stärkt und stützt. Dieselbe Person ist außerdem der Meinung, dass Peer-Beratung das Selbstbewusstsein der KlientInnen fördert, und sie damit dazu befähigt beispielsweise hinsichtlich der eigenen Medikation mehr Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu übernehmen, auch wenn anfänglich manchmal Begleitung der KlientInnen zu bestimmten Terminen erforderlich ist. Beispielsweise fürchten KlientInnen den Wunsch nach Änderung der Medikation aufgrund von unangenehmen Nebenwirkungen an die/den FachärztIn heranzutragen oder Informationen beim Pensionsversicherungsträger einzuholen. Peer-BeraterInnen bieten dann Begleitungen zu diesen Terminen an, was schließlich auch das Selbstvertrauen der KlientInnen stärkt.

Des Weiteren ergeben die Interviews, dass die Selbstbestimmung dadurch gefördert wird, dass z.B. die Kontakthäufigkeit mit den Peer-BeraterInnen durch die Betroffenen entschieden wird und dass KlientInnen dahingehend unterstützt werden, ihre Rechte durchzusetzen. Eine wesentliche Anmerkung zu dieser Thematik wird lediglich von einer Peer-BeraterIn genannt, nämlich dass Peer-BeraterInnen nur Impulse von außen geben können und sich die KlientInnen im Grunde selbst helfen müssen. Gerade hinsichtlich der Förderung der Selbstbestimmung ist es wichtig, dass Betroffenen Selbstbewusstsein erlangen, indem sie nach jahrelanger Isolation wieder lernen, selbständig zu handeln. Wann immer es nach Einschätzung der Peer-BeraterIn möglich ist, dass KlientInnen bestimmte Angelegenheiten alleine bewerkstelligen können, wird auch versucht, die Betroffenen dazu zu ermutigen. Wichtig dabei ist es, sich dem Tempo der KlientInnen anzupassen. Der/die Befragte macht mit dieser Form der Förderung der Eigeninitiative sehr gute Erfahrungen und erhält durchwegs positives Feedback von KlientInnen.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt zur Selbstbestimmung in der Peer-Beratung nennt ein/e andere Person: „[...] das ist das, wo ich selber drauf achte, dass ich sie nicht fremdbestimme durch Sachen, die ich für mich als gut empfunden habe.“ (DS02, Zeile 304-305)

Von einer anderen Person wird die Vorbildwirkung der Peer-BeraterInnen, die durch Absolvierung und Abschluss einer Ausbildung und der damit verbundenen Erwerbstätigkeit einen positiven Einfluss auf andere Betroffene haben, da Mut und neue Perspektiven, aber auch Selbstvertrauen vermittelt werden, angesprochen. „Also ein sichtbarer Beweis dafür, dass es etwas bringt, dass ich etwas gelernt habe, ist das ich etwas tue und dass es dann auch Geld dafür gibt.“ (TH01, Zeile 209-211)

11.2.5. Förderliche Faktoren für die Selbstbestimmung

Auf die Frage was Betroffene benötigen würden, um selbstbestimmter handeln zu können, antworten mehrere der befragten Personen, dass sie als wichtigen Faktor eine zusätzliche Therapie sehen. Einerseits sei dies wichtig, um den Selbstwert zu stärken, andererseits stellt eine Therapie häufig die einzige Alternative dar, wenn sich Betroffene in besonders prekären Situationen befinden.

Als weiterer förderlicher Faktoren für Selbstbestimmung wird eine absolut notwendige Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen genannt, um bestehende Vorurteile aus dem Weg räumen zu können. Außerdem braucht es ein Umdenken – bei ProfessionistInnen wie auch bei den Betroffenen selbst – da deren Beziehungen jahrelang von Stigmatisierung und Fremdbestimmung geprägt waren. Der/die InterviewpartnerIn meint dabei konkret, dass Betroffene größere Lust, Sehnsucht und den Wunsch nach Eigenverantwortung entwickeln müssen, während Professionelle sich mehr als Begleiter auf individuellen Wegen, zu denen kein Abhängigkeitsverhältnis bestehen darf, sehen sollen.

„[...] ein Wunsch, die Menschen nicht abhängig zu machen, die Menschen nicht in irgendeinen

Raster zu bringen, sondern sich wirklich ihr Leben anzugucken [...] und da anzusetzen [...]“ (DS02, Zeile 336-339) Peer-BeraterInnen sprechen als wichtigen Aspekt hinsichtlich der Selbstbestimmung von Psychiatriebetroffenen außerdem die Medikation an. Dabei ist ein/e befragte Person der Meinung, dass psychiatrische PatientInnen durch hoch dosierte Medikamente häufig zu gar nichts mehr fähig sind, ein/e andere/r betont, dass es wichtig sei, Betroffene schon bei der Frage der Medikation in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen. Überraschenderweise wird nur selten erwähnt, dass mögliche Einflussfaktoren für mehr Selbstbestimmung auch auf Seiten der Peer-Beratung zu finden sind. Dies kann nach Meinung eines/r Befragten zum Beispiel die Notwendigkeit sein, sich an die Geschwindigkeit der KlientInnen anzupassen, sie dort abzuholen, wo sie stehen und sie in Phasen mit weniger Fortschritten zu fordern, nicht zu überfordern. Genannt wird aber auch die Vorbildwirkung, die Peer-BeraterInnen den Betroffenen gegenüber haben, wodurch sie Mut, Perspektive und Selbstvertrauen vermitteln können.

11.3. Zusammenarbeit Peer-Beratung mit Sozialer Arbeit und anderen Professionen

11.3.1. Unterschiede zur Sozialen Arbeit

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Peer-Beratung und Sozialer Arbeit werden von allen InterviewpartnerInnen eigene Erfahrungen und persönliche Betroffenheit benannt, über die SozialarbeiterInnen nicht verfügen oder sich nicht dazu bekennen:

„Wir können vielleicht viel tiefer noch auf die einzelnen Probleme von den Klienten eingehen. Ja. Oder eben das, wie ist es mir gegangen dabei und wie geht es ihm dabei. Und ihm das dann eben aus Eigenerfahrung sagen. Das wird die Soziale Arbeit – wenn nicht gerade ein Sozialarbeiter selbst betroffen ist und das gerne auch einbringen will –, nicht machen können wie die Peer-Beratung.“ (TH02, Zeile 162-166)

Auf Basis dieser ähnlichen Erfahrungen zwischen Peer-BeraterInnen und Psychiatriebetroffenen erschließt sich ein qualitativer Zugang zum Gegenüber, welcher von einer Begegnung auf Augenhöhe, einem rascheren Vertrauensaufbau und einem größeren Einblick in die persönlichen Belange von KlientInnen getragen ist. Darüber hinaus ermöglichen eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen oder Erkrankungen auch, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen und die Beratung „direkter und unvermittelter“ (TD02, Zeile 386) gestalten zu können, da oftmals eine große Distanz zwischen nicht-betroffenen und erkrankten Personen besteht. Das selbst erlangte Wissen über das Durch- und Überleben einer Erkrankung und einen Umgang damit gefunden zu haben, stellt laut einem Interviewpartner den größten Wert für die Peer-Beratung dar und grenzt sie von der Sozialen Arbeit ab.

Die umgekehrt nicht vorhandene Betroffenheit vonseiten der SozialarbeiterInnen wirkt einer

interviewten Person zufolge erschwerend für die Arbeit mit KlientInnen, da SozialarbeiterInnen „nicht wirklich wissen, wie es dem Menschen jetzt geht“ (TB01, Zeile 27) und dadurch schneller an ihre eigenen Grenzen bezüglich Handlungsalternativen stoßen: „Weil die Sozialarbeiter, wenn es da wirklich wem schlecht geht - ja sicher, sie haben ein Krisenzimmer - aber wenn die ihnen nicht helfen können, dann werden sie ins Krankenhaus geschickt. Das könnte man anders auch regeln.“ (TB01, Zeile 23-26) Folglich können sich Peer-BeraterInnen besser in Betroffene einfühlen und diese auffangen, wenn SozialarbeiterInnen nicht helfen können.

Den Umstand der eigenen Betroffenheit und eine damit verbundene Authentizität, die Soziale Arbeit in der Form nicht leisten kann, drückt eine GesprächspartnerIn wie folgt aus: „Dieses absolute sich nicht verstellen müssen – wir sind geoutet. Es weiß einfach jeder, der zu uns kommt [...]. Ich muss mich nicht verstellen, ich muss mich überhaupt nicht verstellen, sondern ich muss auch nichts aufrecht erhalten.“ (DS02, Zeile 372-375)

Ein Interviewpartner sieht als weiteren Unterschied verschiedene Zielsetzungen zwischen Peer-Beratung und Sozialer Arbeit, wobei sich erstere ihm zufolge tendenziell mehr auf Gespräche und einen intensiveren Kontakt fokussieren kann und sich zweitens eher mit der Abklärung und Durchsetzung von Ansprüchen beschäftigt.

Von einigen InterviewpartnerInnen wird auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Peer-Beratung und Sozialer Arbeit verwiesen, die direkte Auswirkungen auf die inhaltliche Qualität der geleisteten Arbeit zur Folge haben. So merkt eine interviewte Person an, dass sich SozialarbeiterInnen einem gewissen Zeitdruck und vorgegebenen Anforderungen gegenüber sehen, der die Umsetzung von Empowerment verhindert. Im Gegensatz dazu verfügt die Peer-Beratung über diese Ressourcen:

„Vielleicht ist einfach mehr Zeit da [Anm.: bei der Peer-Beratung], mit ihnen [Anm.: KlientInnen] Anträge auszufüllen. Zu schauen...oder ihnen einfach dabei behilflich zu sein. Ich glaube, dass die so unter Zeitdruck stehen - die Sozialarbeiter -, dass das schnell-schnell geht. Dass die Leute auch gar nicht wissen, was sie da eigentlich ausfüllen. Ich würde halt versuchen, dass ich sage: okay, wir nehmen uns jetzt die Zeit, wir haben die Zeit. Wir füllen das jetzt gemeinsam aus, aber ausfüllen tust ihn du. [...]. Und das geht schon wieder in Richtung Empowerment. Also Empowerment ist, glaube ich, in der Sozialarbeit nicht gefragt, weil sie selbst so unter Zeitdruck stehen. Eben, was ich wieder schade finde, dass die Leute so einen Druck haben. Ich weiß nicht, wie man das jetzt nennt, dass die gewisse Aufgaben...nein,[...]. Sie müssen gewisse Auflagen erfüllen, was bei uns zum Glück nicht – und hoffentlich auch nicht verändert wird.“ (TD01, Zeile 328-335)

Eine andere Interviewperson weist in dieselbe Richtung, in dem sie sich auf den hohen bürokratischen Aufwand für SozialarbeiterInnen bezieht.

Weiters werden die von außen nicht eingeschränkten, sondern relativ frei erlebten Strukturen der Peer-Beratung positiv erwähnt, die somit eine offene und ehrliche Interaktion ermöglichen, die Soziale Arbeit nicht immer bieten kann:

„Der Begegnungsraum zwischen dem Menschen, der zu mir zur Beratung kommt, und mir ist total direkt. Es geht wirklich nur um das, was wir sprechen. Ich habe nichts zu entscheiden. [...] Beide bleiben völlig frei und es ist gefahrlos. Jemand, der mir irgendwas erzählt, der muss keine Angst haben, dass deswegen die Medikamente hoch gesetzt werden oder verändert werden. [...] Und von daher finde ich, dass es ein Begegnungsraum ist, der ganz viele Möglichkeiten bietet, weil er so straflos ist. [...] Aber es ist gefahrlos mit uns zu sprechen. Das ist in keiner einzigen sozialen Einrichtungen so. Es gibt dort ganz oft so einen Handlungsbedarf, der entsteht, und das ist bei uns nicht.“ (DS02, Zeile 382-387, 396-401)

11.3.2. Verhältnis zur Sozialen Arbeit

Einige der acht InterviewpartnerInnen benennen Peer-Beratung als zusätzliches und ergänzendes Angebot zur Sozialen Arbeit bzw. zur psychosozialen Arbeit, damit Betroffenen ein erweitertes Spektrum bzw. mehr Möglichkeiten zur Verfügung stehen, mit verschiedenen Professionsgruppen Gespräche zu führen und Unterstützung zu erhalten.

Einmal wird auf eine Zwischenposition der Peer-Beratung hingewiesen: „Und ich bezeichne das so als Sandwich-Funktion. Das heißt wir stehen mitten drinnen zwischen Profi und Klient und agieren da in einer Vermittlerfunktion.“ (TH02, 12-14) Diese Vermittlerfunktion berücksichtigend können durch eine größere Nähe und Sensibilisierung gegenüber KlientInnen Inhalte und Anliegen adäquater wahrgenommen und in weiterer Folge der Sozialen Arbeit kommuniziert werden.

Für eine andere befragte Person ist das Verhältnis zur Sozialen Arbeit auch durch die Möglichkeit eines gemeinsamen Dialogs geprägt, der durch die Tatsache, dass Peer-BeraterInnen über eine Ausbildung verfügen, an Qualität gewinnt und auch SozialarbeiterInnen davon profitieren lässt.

Das Angebot der Peer-Beratung berührt das Feld der Sozialen Arbeit ferner insofern, dass die KlientInnen durch den Kontakt mit Peers zu selbstbewussteren UserInnen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse werden und sich der psychosoziale Bereich langfristig in Richtung Niederschwelligkeit entwickeln könnte.

Ein gutes bzw. tendenziell positives Verhältnis zwischen Peer-Beratung und Sozialer Arbeit konstatieren mehrere InterviewpartnerInnen. Für eine Person steht ein Drittel der SozialarbeiterInnen der Peer-Beratung sehr offen und tolerant gegenüber.

Die Frage bezüglich gegenseitiger Akzeptanz zwischen Peer-BeraterInnen und SozialarbeiterInnen wird von den befragten Personen unterschiedlich beantwortet. Die Palette der erfahrenen Resonanzen reicht von absoluter Wertschätzung und Respekt, Begegnung als KollegInnen und anerkennendem Feedback über anfängliche Skepsis mit mittlerweile errungenem positiven Status, wohlwollender Akzeptanz mit kritischem Blick bis hin zu einer teilweisen kritischen Grundhaltung, die die Kompetenzen der Peer-BeraterInnen in Frage stellt, oder ihnen mit Gleichgültigkeit begegnet.

Bei positiven Erlebnissen von Akzeptanz ihrer Funktion nennen die interviewten Peer-BeraterInnen insbesondere das Verständnis für ihr Erfahrungswissen, ihre Ausbildung als Qualitätssteigerung in der Begegnung mit anderen Professionellen, Dialoge in Form eines Austausches, die für alle

Beteiligten eine Bereicherung darstellen, offensiv gesetzte Rückmeldungen über die von außen erkennbaren Erfolge ihrer Tätigkeit und Weiterempfehlungen des Angebots der Peer-Beratung von SozialarbeiterInnen an ihre KlientInnen.

Auch wird mehrmals von InterviewpartnerInnen explizit darauf hingewiesen, dass sie sich von ihren Institutionen vollkommen unterstützt fühlen und auch von kooperierenden Einrichtungen als Bereicherung begrüßt werden.

Zum Thema Konkurrenz äußern sich einige Peer-Beraterinnen kontroversiell: „Nein, als Konkurrenz würde ich gar nichts mehr sehen. Jetzt nach den vielen Jahren, wo wir das jetzt machen, sehe ich das gar nicht mehr als Konkurrenz. Und ich glaube, dass jeder jeden da gut was fragen kann.“ (TH02, Zeile 170-172) Eine andere Person erlebt in ihrer praktischen Arbeit ein kollegiales Verhältnis, sieht sich aber teilweise auch mit Eifersucht konfrontiert, „weil wir die Menschen abfangen, denen Sozialarbeiter nicht helfen können. Weil wir doch hin und wieder Konkurrenten sind.“ (TB01, Zeile 168-170).

Weiterführend werden von wenigen InterviewpartnerInnen auch kritische Nuancen hinsichtlich SozialarbeiterInnen angemerkt, indem sie auf mangelnde Empathie hinweisen oder Entscheidungen in Frage stellen – beibehaltend einem kollegialen Verständnis: „Ja, hin und wieder ist es halt ein wenig schwierig, aber ich denke mir, wir sind halt Kollegen.“ (TB01, Zeile 206-207) „...weil die bekommen ja eigentlich auch alles mit, was wir so machen mit den Klienten. Und eigentlich ist das ihr Job. Und da sind sie schon oft neidisch, aber ich denke mir, wir haben das einfach im Gefühl und die nicht.“ (TB01, Zeile 228-231) „...also wo ich sage okay, da hätte ich jetzt anders reagiert oder [...] das hätte ich jetzt nicht so gemacht mit dem Klienten. Wenn der jetzt das oder da tut. Ich hätte eine bessere Idee, wie man da tun kann – aus eigener Erfahrung. Das ist meine Erfahrung.“ (TB02, Zeile 185-188)

11.3.3. Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Peer-BeraterInnen und SozialarbeiterInnen wird unterschiedlich wahrgenommen. Mehrere befragte Personen sehen keine oder nur wenig Kooperation gegeben. Als Gründe werden mangelnde zeitliche Ressourcen und Bevorzugung einer selbständigen Arbeitsweise vonseiten einer/m Peer-BeraterIn angeführt. Von einigen InterviewpartnerInnen wird die Zusammenarbeit dezidiert als positiv bezeichnet, wie eine Person ausführt: „Sehr positiv. Ich bekomme sehr viel Respekt und das kann man ja wieder weitergeben.“ (TB02, Zeile 140)

In den Fällen einer existierenden Kooperation findet diese in Form einer Weiterverweisung von KlientInnen an SozialarbeiterInnen statt, wenn Situationen die eigene Kompetenz übersteigen, bei Anliegen, die von der Peer-Beratung nicht abgedeckt werden können, oder umgekehrt werden KlientInnen von SozialarbeiterInnen auf die Möglichkeit der Peer-Beratung aufmerksam gemacht. Weiters erfolgt eine Kontaktaufnahme in Krisensituationen oder bei Suizidgefahr von KlientInnen. Darüber hinaus stellen Teamgespräche, Supervision, Fortbildungen und regelmäßige Angebote für KlientInnen wie z.B. ein Betroffenencafé Vernetzungsmöglichkeiten dar.

Eine andere Person berichtet von der Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Dialogs – Gespräche zwischen Professionellen, Peers und KlientInnen –, was allerdings laut ihren Angaben eher selten umgesetzt wird.

Mehrmals wird auf die spezifische Situation von Peer-BeraterInnen in ihrer doppelten Rolle als Professionelle und Betroffene gegenüber SozialarbeiterInnen hingewiesen. Für eine Person, die sowohl als Peer als auch als UserIn aktiv ist, fungieren in beiden Funktionen SozialarbeiterInnen als Ansprechperson. An anderer Stelle erzählt ein/e InterviewpartnerIn von ihrer/seiner Intention, gegenüber SozialarbeiterInnen vornehmlich die Sicht der Betroffenen zu vertreten. An dritter Stelle merkt ein/e InterviewpartnerIn an, die/der gegenwärtig als Peer in einem Bereich tätig ist, in dem sie/er vormals als Betroffene aufgenommen wurde, dass sie/er von ihren KollegInnen seit Aufnahme ihrer professionellen Tätigkeit in keinerlei Weise in ihre/seine alte Rolle als UserIn gedrängt wurde. In keinem der Fälle wird dabei von einem etwaigen Identitätskonflikt berichtet.

Als Wunsch wird von einer Person eine lose Zusammenarbeit im Bedarfsfall geäußert. Ansonsten spricht sich kein Peer für den Ausbau oder die Stärkung einer bereichsübergreifenden Kooperation aus. Dieser Umstand könnte eventuell mit der Fokussierung eigener Aufgaben zusammenhängen, wie ein/e Peer-BeraterIn ausdrückt: „Aber, ich muss auch gestehen, dass mich das nicht so interessiert bzw. gerade andere Themen für mich im Vordergrund stehen.“ (TD01, Zeile 360-361)

11.3.4. Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen

Die Frage nach einer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird von den Peer-BeraterInnen differenziert beantwortet. Zum einen besteht für einige Peer-BeraterInnen eine Kooperation – an dieser Stelle werden am häufigsten PsychotherapeutInnen genannt –, welche als sehr bereichernd eingeschätzt wird. Lediglich eine interviewte Person merkt an, dass sie sich in ihrer Tätigkeit mit einer Gleichgültigkeit konfrontiert sieht, die sie teilweise auf die Überlastung der anderen professionellen MitarbeiterInnen zurückführt:

„Die sehen so gestresst aus, die sehen so fertig aus und ich weiß das auch, dass die irre viel Argumentationskram zu machen haben. Und für die sind wir noch nicht spürbar. Für die sind wir noch keine Erleichterung. Die haben uns einfach noch nicht auf dem Zettel. Ich unterstelle gar nicht allen, dass die uns blöd finden, sondern dass die einfach nicht offen sind für uns, weil die [...] voll sind mit ihrem Kram und einfach nicht was Zusätzliches haben wollen und sich beschäftigen.“ (DS02, Zeile 437-443)

Andererseits ist ihr in ihrer Tätigkeit als Peer auch eine komplette Ablehnung ihrer Tätigkeit durch ProfessionistInnen widerfahren: „Und dann gibt es aber welche, die eben richtig über den Kopf ihrer Patienten bestimmen, dass sie sagen, die Beratung ist für unsere Leute nicht gut. [...] Die fühlen sich bedroht durch Peer-Arbeit.“ (DS02, Zeile 444-446/454)

Ein/e andere/r InterviewpartnerIn weist auf eine vergangene Kooperation in Form eines Dialogs, die in regelmäßigen Abständen stattfand. Gegenwärtig besteht keine Zusammenarbeit.

Die Weiterverweisung an TherapeutInnen erachtet eine Person als wichtigen Schritt, wenn die Grenzen der eigenen Aufgabengebiete wahrgenommen werden. Denselben Aspekt thematisiert auch ein/e andere/r InterviewpartnerIn. Allerdings wird hier um die Kontaktierung von Seiten der ProfessionistInnen ersucht. An anderer Stelle wird berichtet, dass sich auch umgekehrt oftmals TherapeutInnen persönlich an Peers wenden, wenn das Peer-Angebot für KlientInnen als unterstützend erachtet wird.

Für eine interviewte Person hat die Supervision in ihrer Einrichtung einen großen Stellenwert, die von einem Psychologen begleitet wird. Dieser fungiert ebenso als Ansprechperson für alle Peer-BeraterInnen bei auftretenden Problemen oder Konflikten. Auch mit anderen MitarbeiterInnen der eigenen Organisation, die von ihrer beruflichen Tätigkeit nicht dem psychosozialen Bereich zuzuordnen sind, besteht ein kontinuierliches Zusammenwirken.

11.3.5. Nutzen der Zusammenarbeit für Peer-Beratung

Bei der Frage nach möglichen positiven Auswirkungen eines Austausches mit anderen Berufsgruppen im psychosozialen Bereich für die Peer-Beratung beziehen sich die Antworten der InterviewpartnerInnen vorwiegend auf persönliche Überlegungen bzw. Vorstellungen, da – wie oben bereits beschrieben – eine Zusammenarbeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt bei den befragten Personen nur minimal oder gänzlich nicht vorliegt.

Insofern eine Vernetzung bestehen würde, könnte die Peer-Beratung laut einigen Personen vom fachspezifischen Wissen der SozialarbeiterInnen profitieren.

Dezidiert werden folgende Punkte genannt:

- Kenntnisse über juristische und politische Belange
- Abgrenzung gegenüber KlientInnen
- Methodisches Vorgehen bei der Problembearbeitung von KlientInnen

In Folge würde eine noch selbstständigere Begleitung der KlientInnen durch die Peers ermöglicht werden. Zudem könnte ein Austausch mit SozialarbeiterInnen zu mehr Informationen über die KlientInnen und ihre gegenwärtige Situation führen sowie die Option schaffen, eine andere Perspektive zu erlangen.

Bei bereits existierenden Formen des fachübergreifenden Austausches wird von einer/m InterviewpartnerIn auf den Nutzen für interne Belange der Peer-Arbeit bzw. für die Peer-BeraterInnen selbst hingewiesen: „Auf alle Fälle sehr wichtig [Zusammenarbeit], wie ich schon gesagt habe, wenn es wo Konflikte oder Probleme oder Reibereien oder egal Spannungen gebe, dass ich mich mit diesen Personen aussprechen kann.“ (DS01, Zeile 240-241)

Mehrere interviewte Personen merken grundsätzlich an, dass alle Parteien aus einem informations- und erfahrungsbezogenen Austausch einen Nutzen für sich selbst ziehen könnten.

11.3.6. Nutzen der Zusammenarbeit für Soziale Arbeit

Ein Großteil der befragten Personen konstatiert der Sozialen Arbeit durch einen Austausch mit der Peer-Arbeit einen positiven Effekt, nur wenige Peers äußern sich zu diesem Thema nicht.

Dialog und Einblick in die Arbeit von Peer-BeraterInnen können positive Veränderungen in der Sozialen Arbeit bewirken, die konkret folgende genannte Aspekte umfassen:

- Andere Wahrnehmung der KlientInnen: „Ich glaube, dass die Sozialarbeiter an sich...ja...vielleicht dem Gegenüber ein bisschen anders auftreten würden, dass sie den Klienten nicht so als Klienten sehen, sondern mehr als Menschen.“ (TD01, Zeile 362-364)
- Durch die Kenntnis, wie Peers mit Betroffenen umgehen, können SozialarbeiterInnen bedürfnisorientierter mit den KlientInnen arbeiten.
- Das erfolgreiche Wirken der Peer-BeraterInnen motiviert SozialarbeiterInnen für ihre eigene Tätigkeit: „Also, ich habe einen persönlichen Bezugsbetreuer, und der sagt, schon alleine die Veränderung und die Weiterentwicklung, die er feststellt, da sieht er wieder einen Sinn in seiner Arbeit.“ (TH01, Zeile 320-321)

Von mehreren InterviewpartnerInnen wird in diesem Zusammenhang jedoch als Voraussetzung für jederlei Veränderung bzw. Weiterentwicklung Offenheit, bewusster Wille und Bereitschaft zur Selbstreflexion vonseiten der Sozialen Arbeit reklamiert.

Nur eine Peer-Beraterin berichtet über ein direktes zustimmendes Feedback von SozialarbeiterInnen hinsichtlich eines positiven Effekts von Peer-Beratung auf die eigene Tätigkeit. Eine weitere befragte Person könnte sich einen Einfluss der Peer-Beratung auf die Praxis der Sozialen Arbeit vorstellen. Allerdings würde dies eine Kenntnis der Arbeitsweise von Peer-BeraterInnen und einen gelebten Austausch bedingen, was beides gegenwärtig nicht zutrifft.

11.3.7. Nutzen der Zusammenarbeit für KlientInnen

Richtet man das Augenmerk auf die Situation der KlientInnen, werden auch hierzu von den Peer-BeraterInnen einige für diesen Aspekt förderliche Konsequenzen eines intensivierten Austausches zwischen Peer-Arbeit, Soziale Arbeit und anderen Professionen genannt:

- Durch Vernetzung können mehr Informationen aus verschiedenen Perspektiven über KlientInnen erworben werden.
- Eine veränderte Haltung gegenüber Betroffenen durch ProfessionistInnen in Richtung Wahrnehmung als Individuen wirkt einer Klientelisierung entgegen.
- Sensibilisierung von psychiatrischem Fachpersonal für selbstbestimmte bzw. alternative Lösungsansätze von Betroffenen.
- Bewusstsein für die Inanspruchnahme von genügend zeitlichen Ressourcen zur Abklärung der individuellen Bedürfnisse von KlientInnen.
- Steigerung der Akzeptanz für die Selbstbehauptung und kritisches Hinterfragen auf Seiten der Betroffenen hinsichtlich fachlicher Verordnungen bzw. Meinungen.

11.4. Herausforderungen für die Peer-Beratung

Nach Herausforderungen und Schwierigkeiten wurde in den Interviews zwar nicht explizit gefragt, jedoch ergab sich für die Forschungsgruppe aufgrund der zahlreichen diesbezüglichen Statements der Peer-BeraterInnen die Notwendigkeit, sich näher damit auseinanderzusetzen. Die Auswertung der von den InterviewpartnerInnen zur Verfügung gestellten Ausführungen zeichnet ein Bild, das zum einem tendenziell auf viele im psychosozialen Bereich tätige Menschen zutrifft, zum anderen jedoch sehr anschaulich die spezifische Situation von Peer-BeraterInnen wiedergibt.

Von einigen interviewten Personen wird die Problematik der Abgrenzung angesprochen. Der Wunsch von – oftmals isolierten – KlientInnen nach Nähe und Freundschaft kann die Arbeit dahingehend erschweren, dass sich die Grenzen zwischen Peer-Beratung und persönlicher Beziehung aufweichen, wobei es für Peer-BeraterInnen eine herausfordernde Aufgabe darstellt, die Balance zwischen Nähe und Distanz zu wahren:

„Ich habe besonders auf Ebenbürtigkeit [den] Schwerpunkt gelegt, auf Vertrauen und auf eine gewisse freundschaftliche Art Peer zu sein. Das heißt, ich habe Nähe zugelassen. [...] Das war halt sehr gefragt. Die Leute wollen das. Die wollen in einer Beziehungsebene mit dir sein. [...] Und die dann Freundschaft mit mir haben wollten und keine Peer-Beratung mehr. [...] Und die haben halt die freundliche Art dann so ausgelegt, als ob das schon eine Freundschaft wäre. Also, diese...dieser Konflikt ist öfters entstanden.“ (TD02, Zeile 127-137)

Eine befragte Person sieht in einer zu engen emotionalen Bindung zu den Betroffenen auch die Gefahr des eigenen Burnouts bzw. kann das permanente Erfordernis der Abgrenzung nach einigen Jahren der Tätigkeit zu Frustration führen.

Zwar ist Abgrenzung ein wichtiges Thema während der Ausbildung, doch bedarf es laut einer befragten Person dazu viel an Erfahrung und Lernprozessen in der Praxis, da die Arbeit auf gleicher Augenhöhe ein größeres Nahverhältnis zu den KlientInnen entstehen lässt und auch – wie eine andere Person anmerkt – „[...] die Grenzen einfach mehr schwimmen da, was irgendwo nicht ganz ungefährlich ist mit einer eigenen Betroffenheit.“ (TD01, Zeile 106-107)

Für einen gelingenden Umgang mit Abgrenzungsproblemen werden in den Interviews folgende Handlungsoptionen bzw. Voraussetzungen angeführt:

- Persönliche Stabilität der Peers
- Bewusste Auseinandersetzung mit dem Handlungsspielraum der eigenen Möglichkeiten als Peer-BeraterIn
- Festlegung des Rahmens und des Ablaufs der professionellen Beziehung gegenüber KlientInnen
- Den Wechsel von Nähe und Distanz bei der gemeinsamen Zusammenarbeit eigenbestimmt durch die Einnahme einer innerlich neutralen bzw. beobachtenden Position leiten

- Antizipierender und reflektierter Umgang bezüglich der Signalwirkung von Formen der persönlichen Zuwendung gegenüber KlientInnen
- Weiterverweisung der KlientInnen an andere ProfessionistInnen, wie TherapeutInnen bei Wahrnehmung der eigenen Grenzen
- Limitierung der Anzahl der zu betreuenden KlientInnen entlang der persönlichen Kapazitäten
- Angebot und Inanspruchnahme von Supervision

Von mehreren Peer-BeraterInnen werden nachteilige Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit angeführt bzw. wird teilweise ein Verbesserungspotential hinsichtlich der eigenen Arbeitsbedingungen konstatiert.

Insbesondere wird hierbei die als nicht adäquat empfundene Entlohnung dieser Berufsgruppe angesprochen. Häufig dient das Einkommen lediglich als Ergänzung zu einer – befristeten – Invaliditätspension, da es nahezu keine Möglichkeit gibt, die Tätigkeit als Peer-BeraterIn existenzsichernd auszuüben. Zudem arbeiten nur wenige Personen, die die Ausbildung zur Peer-Beratung erfolgreich abgeschlossen haben, auch tatsächlich in diesem Bereich. Als eine Ursache wird hierfür die geringe Anzahl an Arbeitsplätzen für ausgebildete Peer-BeraterInnen gesehen, da eine Anstellung derzeit nur über Vereine möglich ist, in denen aber häufig die notwendigen Strukturen für das Angebot der Peer-Beratung fehlen.

In diesem Zusammenhang wird ferner erwähnt, dass Peer-BeraterInnen einerseits noch immer eine Minderheit im nicht-stationären psychiatrischen Bereich darstellen und ihr Angebot nicht in allen Einrichtungen willkommen ist, als auch, dass sie sich andererseits innerhalb von Institutionen häufig mehr Respekt verschaffen müssen als andere ProfessionistInnen.

Bezogen auf tagtägliche Herausforderungen, denen sich die Peer-BeraterInnen aufgrund ihres Tätigkeitsprofils und in ihrer praktischen Arbeit gegenüber sehen, werden von den interviewten Personen unterschiedliche Aspekte angesprochen.

Eine Peer-Beraterin erwähnt, dass es mitunter zu Überschneidungen hinsichtlich der Zuständigkeit der verschiedenen Berufsgruppen im nicht-stationären psychiatrischen Bereich kommen kann, wenn sich KlientInnen etwa in einer akuten Krisensituation zuerst an den/die vertraute Peer-BeraterIn wenden, obwohl grundsätzlich andere Professionelle für die Krisenintervention zuständig wären:

„Ich hab jedenfalls dann nachfragen müssen, welcher Sozialarbeiter ist für sie zuständig oder welcher Arzt oder so. Und...das hab ich dann erfahren und die haben mich dann halt beruhigt und haben gesagt, wenn noch einmal ein so aktiver Schub kommt und sie meldet sich bei mir – und ich bin eigentlich direkt nicht mehr zuständig dafür –, das wirklich das Krisenmanagement dann bei ihnen liegt. Das lässt sich aber leider nicht so...so genau trennen. Es ist eigentlich so, dass Krisenfälle den Profis gehören unter Führungszeichen, aber in der Praxis ist [es] so, dass [es] passieren kann, dass der krisengeschüttelte Klient sogar erst bei einem Peer anruft, bevor er zu einem Profi geht.“

Und dann wird es ein bisschen schwierig für uns.“ (TD02, Zeile 217-224)

Einige Peer-BeraterInnen weisen auf bisweilen unterschiedliche Erwartungen zwischen Peers und KlientInnen an die gemeinsame Arbeit bzw. auf eine Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung der Peers bezüglich der Fortschritte ihrer KlientInnen und den tatsächlichen Erfolgen hin: „Was mich angeht, ertappe ich mich schon immer noch dabei, mehr von ihnen [KlientInnen] zu wollen, als sie von mir wollen.“ (TD01, Zeile 258-259) Eine andere befragte Person weist in diesem Zusammenhang auch auf die spezifische Situation der Zielgruppe hin:

„Es hat immer Tiefschläge gegeben, es hat kleine Fortschritte gegeben, aber es hat nicht so die große Entwicklung gegeben, die ich mir am Anfang erhofft habe in meiner Euphorie. Dadurch war ich natürlich auch ein bisschen frustriert, weil ich mir gedacht habe: Liegt es an mir, dass wir nicht so weiterkommen und so? Aber es ist einfach oft ein Symptom von einer seelischen Erkrankung, dass es sehr langwierig ist. Und, dass es oft sehr lange dauert, bis konkrete Schritte gesetzt werden können.“ (TD02, Zeile 65-70)

Weiters werden von einigen befragten Personen mögliche Risiken ihrer Tätigkeit thematisiert, die sich einerseits auf den Kontakt mit KlientInnen beziehen – wie etwa eine zu tiefe emotionale Verbindung, mehr Hilfe zu geben als die persönlichen Grenzen erlauben oder die Angst, das Gegenüber zu enttäuschen – und andererseits die eigene Person betreffen, indem beispielsweise über einen längeren Zeitraum hinweg die Gefahr eines Burnouts bzw. von anhaltenden Frustrationen besteht oder die Arbeit als Peer-BeraterIn aufgrund persönlicher Krisen unterbrochen werden muss.

In diesem Kontext berichtet ein/e Peer-BeraterIn, dass er/sie sich vor Beginn der Ausbildung mit Befürchtungen bezüglich einer möglichen Destabilisierung durch die Peer-Arbeit oder einer erneuten Vereinnahmung durch die als negativ wahrgenommenen Strukturen im psychiatrischen Bereich aufgrund eigener Vorerfahrungen als PsychiatriebetroffeneR konfrontiert war, die im konkreten Fall jedoch nicht eingetreten sind.

Vonseiten der InterviewpartnerInnen werden im Gegenzug auch eine Reihe von Strategien für eine positive Bewältigung von herausfordernden Konstellationen erläutert:

- Achtsamkeit gegenüber der eigenen psychischen Stabilität als Voraussetzung für die Tätigkeit als Peer-BeraterIn: „Ich kann keinem anderen helfen, wenn ich nicht selbst stabil bin.“ (TH01, Zeile 167)
- Umsetzung des durch die Peer-Ausbildung vermittelten Wissens bei sich selbst zur Stärkung der eigenen Person.
- Die Beratungstätigkeit und der Dialog mit anderen Personen werden als Möglichkeit zur Weiterentwicklung und als Lernprozess angesehen.
- Weitervermittlung von KlientInnen an andere ProfessionistInnen.
- Rückzugsmöglichkeiten für Peer BeraterInnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit:

ückückzugsmöglichkeiten für Peer-BeraterInnen im Rahmen ihrer Tätigkeit: „Und das wird einfach auch ermöglicht. Da wird darauf geschaut, das wird respektiert und das ist halt einfach immer wichtig, dass ich sag, was brauche ich. Und das...auf das wird sehr gut eingegangen [Anm.: von der Institution].“ (TD01, Zeile 143-145)

- Supervision.

Aufgrund dieser von den interviewten Personen angeführten Herausforderungen für die Peer-Beratung wurden diese auch nach notwendigen Veränderungen im psychosozialen Bereich befragt.

11.4.1. Notwendige Veränderungen

Befragt nach Veränderungen, die nach Meinung der Peer-BeraterInnen im psychosozialen Bereich notwendig wären, wurden beispielsweise mehr Aufgeschlossenheit und Toleranz gegenüber Betroffenen von Seiten der Gesellschaft, aber auch von Seiten der anderen ProfessionistInnen genannt. Hierfür wäre ein Umdenken im Sinne des Wunsches, die Betroffenen nicht abhängig zu machen, sondern diese auf ihrem Weg zu begleiten bei den Professionellen, aber auch der Wunsch nach mehr Eigenverantwortung bei den Betroffenen selbst notwendig, da sich Betroffene aufgrund jahrelanger Fremdbestimmung oft selbst stigmatisieren. „Es gibt relativ viele Betroffene, die so gewohnt sind, über Jahre fremdbestimmt zu werden und in dieser Maschinerie zu laufen, dass ich mir gar nicht mehr so sicher bin, ob sie da raus wollen.“ (DS02 Zeile 328-330) Aber auch eine höhere Wertschätzung der Peer-BeraterInnen und eine höhere Entlohnung dieser werden gefordert. „[...] dass man eben die Wertschätzung vielleicht auch ein bisschen höher setzt in Bezug auf Bezahlung.“ (TB02, Zeile 208-209)

Außerdem wurde mehrmals genannt, dass es notwendig wäre, dass mehr Peer-BeraterInnen eingestellt werden. Hierfür wäre aber mehr Budget notwendig, damit weitere MitarbeiterInnen finanziert werden und somit auch das Angebot der Peer-BeraterInnen erweitert werden könnte. Aber auch der Ausbau der psychosozialen Institutionen wäre nach mehreren Aussagen erforderlich, um die notwendige Vernetzung gewährleisten zu können bzw. damit auch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und nicht-stationärem Bereich verbessert werden kann. Nach Angaben einer/s Peer-BeraterIn könnten flächendeckendere nicht-stationäre Angebote mit niederschweligen Hilfestellungen teilweise Krankenhausaufenthalte von KlientInnen verhindern bzw. verkürzen. Ein/e Peer-BeraterIn erwähnt in diesem Sinne Angebote, die parallel zum psychiatrischen Krankenhaus angeboten werden könnten, wie etwa eine Krisenpension, wie sie beispielsweise in Berlin vorhanden ist, oder ein Nachtcafé, die als Anlaufstellen bzw. niederschwellige Angebote von den Betroffenen angenommen werden könnten und damit für diese unter Umständen keine stationäre Aufnahme notwendig wird. Dort könnten die Betroffenen auch selbst entscheiden, ob sie eine Beratung in Anspruch nehmen wollen oder nicht. „Irgendjemand

würde [...] mit uns [Anm.: den Peer-BeraterInnen] sprechen können und sich so unterstützt fühlen oder so viel Halt für sich empfinden, dass es eventuell einen Klinikaufenthalt überflüssig macht.“ (DS02, Zeile 160-162) Diese Einrichtungen könnten nach der/dem Peer-BeraterIn für Betroffene ebenso als „Schutzräume“ (DS02, Zeile 365) fungieren, wie teilweise auch das psychiatrische Krankenhaus als solches erlebt wird.

Ein/e Peer-BeraterIn wünscht einen besseren gegenseitigen Austausch unter den Peer-BeraterInnen, da es ihrer/seiner Meinung nach wenig Wissen über den Großteil der Peer-BeraterInnen und deren Arbeitsfeld gäbe. Dieser Austausch sollte, wenn möglich, zwei- bis dreimal jährlich stattfinden, hierfür wären aber auch geeignete Räumlichkeiten, die unabhängig von der jeweiligen Institution sein sollten, notwendig. In solchen Treffen könnten dann gemeinsam Angebote gestaltet oder aber auch eine gegenseitige Unterstützung stattfinden.

Ein/e andere InterviewpartnerIn wünscht sich Veränderungen durch die Betroffenen selbst. Dies wäre beispielsweise durch - von den Betroffenen selbst organisierten - Treffen, Selbsthilfegruppen oder gemeinsamen Unternehmungen möglich und würde auch dem Gedanken von Empowerment entsprechen. Von einer/m anderen Peer-BeraterIn wird gewünscht, dass es Einrichtungen gibt, die neben der Schulmedizin auch andere Methoden anbieten und, dass diese dann auch über die Krankenkassen finanziert werden sollten. Solche ergänzenden Angebote wären beispielsweise Atemtherapie, die Grinsberg-Methode, welche durch den Einsatz des Körpers auf Veränderung bestehender Muster abzielt, aber auch Angebote, die Bewegung und den Bezug zur Natur inkludieren, werden gewünscht, da diese nach eigenen Erfahrungen sehr hilfreich sind. Es sollte daher auch von anderen Berufsgruppen, wie PsychiaterInnen oder NeurologInnen, solche Angebote angedacht bzw. auch eine Kooperation mit Berufsgruppen, die diese Methoden anbieten, angestrebt werden. Durch eine solche Zusammenarbeit könnten FachärztInnen einen anderen Zugang bekommen und den Betroffenen damit vielleicht auch nicht sofort eine medikamentöse Therapie aufdrängen, sondern die Notwendigkeit dieser hinterfragen.

12. Resümé

Werden die Definitionen von Empowerment mit den Aussagen der InterviewpartnerInnen verglichen, lässt sich erkennen, dass vor allem die Stärkung des Selbstbewusstseins der Betroffenen sowohl in der Literatur als auch bei den befragten Peer-BeraterInnen ein zentrales Element von Empowerment darstellt. Orientierung an der zwischenmenschlichen Interaktion ist dabei ein wesentlicher Aspekt des Empowermentprozesses. Bei Betrachtung der Interviews passiert genau dies bei jedem einzelnen Treffen zwischen den Peer-BeraterInnen und den KlientInnen.

Die Interviews ergeben, dass Peer-Beratung durch die zahlreichen Angebote – etwa Einzelberatungen, Selbsthilfegruppen, aber auch mittels Öffentlichkeitsarbeit – dazu beitragen kann, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von betroffenen KlientInnen zu stärken. Umgesetzt werden diese Angebote, indem Begleitungen zu Behörden, aber auch Unternehmungen wie Schwimmen, Kegeln oder Kinobesuche gemacht werden. Podiumsdiskussionen und Projektorganisationen werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veranstaltet.

Wichtig ist, dass die KlientInnen lernen, zu sich selbst zu stehen und sich akzeptieren zu können. Die Kontakte mit Peer-BeraterInnen finden selbstbestimmt durch die KlientInnen statt – die Freiwilligkeit bleibt auch hier wie in der Literatur beschrieben - ein zentrales Thema. Die Beratung kann durch die/den KlientIn jederzeit beendet werden. Alleine schon durch diese Handhabung leistet Peer-Beratung einen großen Beitrag zur Selbstbestimmung der KlientInnen, da über das Angebot auf einer freiwilligen und kostenlosen Basis selbst verfügt werden kann.

Im Mittelpunkt stehen ebenso die Talente und Fähigkeiten der KlientInnen, um selbstbewusster werden zu können. Auch ein offener Umgang mit der eigenen Erkrankung, Aufklärung über den Umgang mit dieser – aber desgleichen die Förderung von Selbstbestimmung sowie von Stärken und Fähigkeiten der Betroffenen und das Durchsetzen eigener Rechte sind wesentliche Aspekte, die auch in den Interviews häufig als zentrale Empowermentelemente der Peer-Beratung benannt werden. Da auch diese Ansprüche in der Literatur angeführt werden, kann angenommen werden, dass die befragten Personen Peer-Beratung als Empowermentinstrument verstehen, da durch Peer-Beratung die Selbstbestimmung und die Selbstbefähigung von Psychiatriebetroffenen gefördert werden.

Dazu gehört auch, dass Empowerment die Hoffnung stärkt und Zuversicht vermittelt, um für eventuelle bevorstehende Krisen gerüstet zu sein. Außerdem werden im Zusammenhang mit Empowerment die Bedeutung der materiellen (finanzielle Sicherheit) und sozialen Ressourcen (soziale Beziehungen) in der Literatur beschrieben, welche auch von den Peers als essentiell angesehen wird. Auf diese Weise kann mithilfe der Peer-Beratung eine gesellschaftliche Inklusion der Betroffenen stattfinden. Die Peer-BeraterInnen unterstützen die KlientInnen dabei, sie vor dem Ausschluss zu bewahren bzw. sie wieder zu reintegrieren. Die Lebenswelt der KlientInnen soll laut

der Literatur mit einbezogen werden. Dies kann als immanenter Bestandteil der Peer-Beratung angesehen werden, da Peer-BeraterInnen selbst über Psychiatrieerfahrung verfügen.

Die in der Literatur angeführten unterschiedlichen Handlungsebenen im Zusammenhang mit Empowerment können laut den Ergebnissen des empirischen Teils als im Prozess der Peer-Beratung als existent bestätigt werden. So wird auf der individuellen Ebene Empowerment in Einzelsettings in Form von beratenden und begleitenden Tätigkeiten umgesetzt, in deren Mittelpunkt die möglichst eigenständige Gestaltung der Lebensführung und Vermittlung von persönlichen Bewältigungsstrategien als Zielsetzung steht. Auf einer gruppenbezogenen Ebene setzen Peer-BeraterInnen das Angebot der Organisation und Leitung von Selbsthilfegruppen oder Kursen, in denen Betroffene persönliche Netzwerke stärken und neue Kontaktmöglichkeiten erschließen können. Die institutionelle Ebene von Empowerment umfasst laut Angaben der Peer-BeraterInnen einerseits das individuelle Wirken auf Entscheidungsprozesse und die Gestaltung von Handlungskonzepten innerhalb von Institutionen, in denen sie tätig sind, und andererseits interessensgerichtete Zusammenschlüsse als Peer-BeraterInnen bzw. institutionsübergreifende Kooperationen. Hinsichtlich der vierten Handlungsebene von Empowerment engagieren sich Peer-BeraterInnen politisch in Form von Vorträgen, Teilnahme an Diskussionen und Leistung von Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Aufklärung, Verbreitung und Verbesserung der rechtlichen Stellung von Peer-Arbeit.

Aus den Interviews resultiert außerdem, dass die in der Literatur angeführten Kriterien für professionelles Handeln im psychiatrischen Bereich, welche durch eine Gruppe Psychiatrie-Betroffener erstellt wurde, sich auch weitgehend mit den Zielsetzungen der Peer-BeraterInnen in der Praxis decken. Peer-BeraterInnen schaffen für die KlientInnen beispielsweise Zugang zu Informationen und Ressourcen, schaffen Handlungsalternativen, vermitteln Hoffnung, fördern kritisches Denken und helfen bei der Erarbeitung eines positiven Selbstbildes. Weiters können sie die KlientInnen dabei unterstützen ihre Fähigkeiten zu erkennen, ohne sich von Professionellen beeinflussen zu lassen und fördern somit auch die KlientInnen, eigene Entscheidungen zu treffen. Im Rahmen der in den Interviews angeführten Selbsthilfegruppe lernen KlientInnen, sich als Teil einer Gruppe zu fühlen, erkennen damit auch, dass sie mit ihrer Erkrankungen nicht alleine sind. Sieht man sich die Bedeutung der Peer-Beratung an, kann festgestellt werden, dass es von den Peer-BeraterInnen ebenso beschrieben wird, wie es in der Literatur vorzufinden ist. Peer wird gleichermaßen als Unterstützung auf gleicher Augenhöhe beschrieben. In den Interviews wurde weiters die hohe Akzeptanz der Peer-Beratung – sowohl von Seiten der KlientInnen als auch von Seiten anderer ProfessionistInnen – angesprochen. Die Institutionalisierung der Peer-Beratung erleichtert es den KlientInnen, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen, da Trägerorganisationen wie ProMente oder Exit Sozial beispielsweise Mittel (etwa Räumlichkeiten, Diensthandys und Informationsmaterial) bereitstellen, damit Peer-Arbeit geleistet werden kann.

Die in der Literatur gefundenen Herausforderungen der Peer-Beratung, welche durch eine Institutionalisierung entstehen können - etwa innere Konflikte aufgrund unterschiedlicher

Interessen der Träger und KlientInnen - werden in den Interviews von den Peer-BeraterInnen nicht angesprochen. Vielmehr unterstützt nach diesen die Trägerorganisation die Peer-BeraterInnen bei den von ihnen erlebten Herausforderungen wie zum Beispiel bezüglich Abgrenzung und der damit verbundenen Gefahr eines Burnouts durch Supervision, was von den interviewten Personen als sehr hilfreich erlebt wird.

Die im Literaturteil angeführte Herausforderung durch unklar definierte Aufgabenbereiche durch die Institutionalisierung von Peer-Beratung kann durch eine gesetzlich geregelte Ausbildung und darin ausdrücklich angeführte Tätigkeitsbereiche entkräftet werden – wie dies beispielsweise in Oberösterreich durch das Sozialberufegesetz gegeben ist – und Peer-Beratung unter anderem aufgrund dieser Ausbildung von den interviewten Personen auch als professionell erlebt wird.

In Bezug auf die Herausforderungen in ihrer Tätigkeit werden von den befragten Peer-BeraterInnen vorwiegend das Problem der Abgrenzung und nachteilige Arbeitsbedingungen angesprochen. In der Literatur hingegen wird etwa von höherem Misstrauen, das zu vermehrten Konflikten mit Professionellen führen kann oder von der Belastung durch die Erinnerung an eigene Krisen durch die Arbeit mit anderen Betroffenen gesprochen – was sich durch die von uns geführten Interviews nicht bestätigen lässt. Die in der Literatur angeführte Schwierigkeit, sich nicht nur der professionellen sondern auch der KlientInnenseite zugehörig zu fühlen, wird in unseren Erhebungen sogar als sehr positiv zu bewertende „Sandwichfunktion“ beschrieben, die es den Peer-BeraterInnen erlaubt, zwischen KlientInnenseite und anderen Professionellen zu vermitteln.

Auch die in der Literatur beschriebene Gefahr der Entwicklung einer Konkurrenzsituation zwischen Peer-BeraterInnen und anderen ProfessionistInnen wird in den Interviews kaum angeführt. Mehr noch wird ein Nutzen dieser Zusammenarbeit - sofern diese stattfindet - sowohl für die Peer-BeraterInnen und die anderen Professionen als auch für die KlientInnen gesehen. So können beispielsweise andere Professionen durch Vernetzung, Informations- und Erfahrungsaustausch und das Erlangen anderer Perspektiven und somit durch eine veränderte Wahrnehmung der KlientInnen profitieren. Auch der Exkurs, der sich mit psychiatriee erfahrenen Professionellen beschäftigt, liefert ähnliche Ergebnisse. Das Vermitteln von Eigenerfahrung, wie dies auch in der Peer-Beratung geschieht, kann hier anderen Professionellen helfen, ein besseres Verständnis für Betroffene zu erlangen. Dieses bessere Verständnis ist wiederum auch für die KlientInnen von Nutzen, da ihnen eine bedürfnisorientiertere Haltung entgegengebracht wird und die Akzeptanz von Betroffenen gesteigert wird. Somit kann angenommen werden, dass durch Peer-Beratung sowohl eine Stärkung der Psychiatriebetroffenen als auch die Qualität des nicht-stationären Angebotsspektrums für diese erreicht wird.

Das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Peer-Beratung kann auf Basis der unterschiedlichen Erfahrungen vonseiten der InterviewpartnerInnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt als überwiegend positiv bezeichnet werden, auch wenn punktuell Ressentiments oder gleichgültiges Verhalten von SozialarbeiterInnen vermerkt werden. Die Gründe dafür lassen sich teilweise auf eine bereits erfolgte Etablierung der Peer-Beratung im untersuchten Bereich sowie auf den Umstand einer

professionellen Ausbildung als Voraussetzung für die Tätigkeit als Peer im psychosozialen Feld zurückführen.

Das Vorliegen einer systematischen Zusammenarbeit zwischen Peer-Beratung und Sozialer Arbeit scheint aufgrund der Forschungsergebnisse als nicht gegeben anzunehmen. Vielmehr erfolgt eine Vernetzung eher vereinzelt im Bedarfsfall. Auch wenn mangels zeitlicher Ressourcen und angesichts der Fokussierung auf eigene Aufgaben tendenziell nicht für den Ausbau einer Kooperation mit VertreterInnen der Sozialen Arbeit plädiert wird, sehen Peer-BeraterInnen durch einen aktiven Austausch bzw. indirekt über die Auswirkungen ihrer Tätigkeit positive Effekte für die Soziale Arbeit als gesichert an, die umso stärker in Erscheinung treten, je häufiger und intensiver sich die Berührungsfelder gestalten.

So profitiert Soziale Arbeit vom Wissen der Peer-BeraterInnen, welches aufgrund ihrer spezifischen Situation als Psychiatrieerfahrene über einen besonderen Erfahrungsbestand verfügen lässt. Durch eine kommunikative Interaktion zwischen Peer-BeraterInnen und SozialarbeiterInnen kann das Handlungsrepertoire auf beiden Seiten erweitert werden. Miteinander und voneinander zu lernen kann Kompetenzen vergrößern und sich positiv auf die Betroffenen auswirken. Aufgrund der lösungsorientierten und selbstbestimmten Umgangsweise mit Erkrankungen bzw. Krisen durch die Peer-BeraterInnen und die daraus resultierenden Veränderungen bei KlientInnen, kann sich die Praxis der SozialarbeiterInnen wandeln.

Einerseits besteht die Möglichkeit, dass eine Modifikation in der Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn aufgrund der/des durch Peer-Arbeit erhöhten Selbstbestimmung und -bewusstseins auf KlientInnenseite eintritt. Psychiatriebetroffene können durch die eventuelle Einschränkung einer gefühlten oder tatsächlichen Abhängigkeitsposition gegenüber Beratungs- und Betreuungspersonen zu einem veränderten Auftreten bzw. Verhalten in Bezug auf SozialarbeiterInnen gelangen. Andererseits bietet Peer-Arbeit die Chance, sowohl die Sichtweise von KlientInnen in den Beratungsprozess einfließen zu lassen bzw. zu integrieren, als auch die Sichtweise über KlientInnen im sozialarbeiterischen Kontext zu transformieren.

Als weitere positive Ergebnisse eines intensivierten Austausches zwischen Peer-Beratung, Sozialer Arbeit und anderen Professionen zum Wohl von KlientInnen können der Gewinn einer breiteren Informationsbasis, der Abbau von Strukturen der Klientelisierung, die Fokussierung auf bedürfnisorientiertes Vorgehen sowie eine Sensibilisierung gegenüber Empowermentbestrebungen vonseiten der KlientInnen angeführt werden.

Sowohl in den Interviews, aber auch am Mangel an deutschsprachiger Literatur zum Thema Peer-Arbeit lässt sich erkennen, dass dieser im psychosozialen Bereich Österreichs mehr Aufmerksamkeit gewidmet und damit auch ein größerer Stellenwert zuerkannt werden sollte. Die InterviewpartnerInnen fordern beispielsweise eine höhere Entlohnung, aber auch eine höhere Anstellungsdichte von Peer-BeraterInnen, damit diese ihr Angebot für die KlientInnen ausweiten können.

Abschließend lassen sich ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit folgende Hypothesen annehmen, zu deren Überprüfung eine weitere Forschung empfohlen wird:

- Peer-Beratung benötigt rechtliche Rahmenbedingungen, um qualitative Leistung zu erbringen.
- Peer-Beratung als Empowerment-Instrument fördert die Selbstbestimmung und Selbstbefähigung von Psychiatriebetroffenen durch Beratung bzw. Begleitung auf Basis einer identifizierenden, ressourcenschöpfenden und lösungsorientierten Vorgehensweise.
- Peer-Beratung ist auch Ausdruck von Empowerment insofern, dass sie auf Initiative von Betroffenen existiert und weiterentwickelt wird.
- Peer-Beratung hat Auswirkungen auf die Arbeit anderer Berufsgruppen im nicht-stationären psychiatrischen Bereich zum Wohle der KlientInnen, sofern eine Zusammenarbeit und Interaktion zustande kommt.
- Die Institutionalisierung von Peer-Beratung erweitert das Angebotsspektrums des nicht-stationären psychiatrischen Bereichs zugunsten von KlientInnen, so dass Peer-BeraterInnen aufgrund ihrer rechtlich definierten Ausbildungsqualifikation, ihres persönlichen Erfahrungswissens und ihrer beruflichen Aktivitäten zu einem weiteren Pfeiler der psychosozialen Beratungsstruktur anerkannt werden sollen.

13. Literaturverzeichnis

Amering, Michaela (2002): „Salutogenese“, „empowerment“, „recovery“ - Zur aktuellen Bedeutung dieser Konzepte für die psychosoziale Arbeit. In: Meißel, Theodor/Eichberger, Gerd (Hg.): Perspektiven einer künftigen Psychiatrie. Linz, 155-170

Amering, Michaela (2008): Empowerment der Profis durch Empowerment der Betroffenen. In: Amering, Michaela/Krausz, Michael/Katschnig, Heinz (Hg.): Hoffnung macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht. Beiträge der 9. Tagung zur Subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien, 204 – 220

Amering, Michaela (2009): Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit. Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In: Utaschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 58 - 69

Bock, Thomas (2009): Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In: Utaschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 22 - 32

Bombosch, Jürgen (2004): Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen – Acht Thesen. In: Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (Hg.): Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster, 168-170

Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (2004): Die Reise zur Trialogischen Psychiatrie. In: Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (Hg.): Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster, 11-17

Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn

Clausen, Jens/Eichenbrenner, Ilse (2010): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 1. Auflage. Stuttgart

Dahme, Birgit (2010): Nach der eigenen Psychose hat man eher Verständnis für Zustände, die man jetzt einfach so lassen kann. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene

Professionelle erzählen. Neumünster, 158-172

Davidson, L./Chinman, M./Sells, D. u.a. (2006): Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. In: Schizophrenia Bulletin, 32, 3., 443 - 450 Online: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/3/443.full> [08.08.2011 2011]

Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Hamburg

Forster, Rudolf (1990): Wo steht die Psychiatriereform. Anmerkungen zur aktuellen Transformation der österreichischen Psychiatrie und zur sozialwissenschaftlichen Psychiatrieforschung in Österreich. In: Forster, Rudolf/Pelikan, Jürgen (Hg.): Psychiatriereform und Sozialwissenschaften. Wien, 19-48

Forster, Rudolf/Pelikan, Jürgen M. (Hg.) (1990): Psychiatriereform und Sozialwissenschaften. Erfahrungsberichte aus Österreich. Wien

Forster, Rudolf (1997): Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine Kritische Bilanz. Opladen

Fricke, Ruth (2004): Was erwarten Psychiatrie-Erfahrene vom Dialog? In: Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (Hg.): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster, 76-81

Haselmann, Sigrid (2008): Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen

Heim, Susanne (2010): Angehörigenarbeit und Selbsthilfe. In: Amberger, Stephanie/Roll, Sibylle C. (Hg.): Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart, 195-198

Hellerich, Gert (2003): Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen. Bonn

Herringer, Norbert (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart

Herringer, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Ausgabe. Stuttgart.

Hinterhuber, Hartmann (2002): Die Verantwortung der Gesellschaft für eine menschengerechte Psychiatrie. In: Meißel, Theodor/Eichberger, Gerd (Hg.): Perspektiven einer künftigen Psychiatrie.

Linz, 21-36

Hunold, Petra/Rahn, Ewald (2000): Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Ein Ratgeber. Bonn

Katschnig, Heinz/Denk, Peter/Scherer, Michael (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien.

Online:http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/0/CH1273/CMS1038920009809/oesterreichischer_psychiatriebericht_2004_katschnig_et_al.pdf [10.08.2012]

Knuf, Andreas (2009): Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit. In: Utaschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 33 - 47

Knuf, Andreas (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn

Knuf, Andreas (2007): Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. In: Knuf, Andreas/Osterfeld, Margret/Seibert, Ulrich (Hg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 5. Überarbeitete Auflage. Bonn, 27-41

Krisor, Matthias (2002): Sozialpsychiatrie. Menschenbild und Empowerment. In: Lenz, Albert/Stark, Wolfgang (Hg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, 103-128

Lenz, Albert (2003): Empowerment zur Stärkung individueller Persönlicher Ressourcen. In: Faulde, Joachim (Hg.): Kinder und Jugendliche verstehen – fördern - schützen. Aufgaben und Perspektiven für den Kinder- und Jugendschutz. Weinheim/München, 119- 129

Lenz, Albert (2006): Psychologische Dimensionen der Partizipation. Überlegungen zu einer theoretischen Fundierung eines Handlungs- und Organisationsprinzips. In: Seckinger, Mike (Hg.): Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen, 13-34

Makumbundu, Anna (2010): Ich habe das Gefühl, dass ich für die Klienten auch eine Hoffnungsträgerin sein kann: Man kann es noch packen. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 141-157

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim und Basel

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel

Mohn, Rosa (2010): Was für mich stimmt, muss für andere noch lange nicht richtig sein. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 89-106

Nussbaumer, Hans (2009): Exit-Sozial – Schulungen zum Peer-Coach. In: Utaschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 216 - 224

Osterfeld, Margret (2010): Vor der Tatsache des Krankwerdens habe ich keine Angst mehr. Nur vor der Tatsache, so behandelt zu werden, habe ich Angst. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 53-71

Paulitsch, Klaus (2008): Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. In: Paulitsch, Klaus/Karwautz, Andreas: Grundlagen der Psychiatrie. Wien, 21-32

Prins, Sibylle (Hg.) (2010): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster

Riemke, Ninatores (2010): Auf Augenhöhe in den Dialog treten, um Ängste, Vorurteile und Scham aus dem Weg zu räumen. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 14-35

Rudolf, Gaby (2010): Achtsam zu sein, herauszufinden, wie ich mich fühle, was sich wie verändert – das vermittele ich heute anderen Betroffenen ganz bewusst. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 173-188

Schmolke, Margit (2008): Resilienz und Recovery. Konzepte und Daten zur Personenorientierung. In: Amering, Michaela/Krausz, Michael/Katschnig, Heinz (Hg.): Hoffnung macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht. Beiträge der 9. Tagung zur Subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien, 38-48

Schumann, Clara (2010): Das kann jedem passieren, in allen Berufen und überall. In: Prins, Sibylle (Hg.): Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster, 36-52

Seckinger, Mike (2006): Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. In: Seckinger, Mike (Hg.): Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen, 7-12

Stimmer, Franz (2006): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart

Stöckle, Tina (2005): Die Irren-Offensive: Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden. Berlin

Storck, Günter (2004): DGSP und der Dialog in der Psychiatrie. In: Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (Hg.): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster, 100-104

Terzioglu, Peri (2006): PatientInnenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung. In: Seckinger, Mike (Hg.): Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen, 35-54

Utschakowski, Jörg (2009): Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In: Utschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 14 - 21

Utschakowski, Jörg (2009): Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Utschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 82 - 90

Utschakowsky, Jörg (2009): Strukturelle Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In: Utschakowsky, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 70-79

Van Haaster, Harrie (2009): Der Wert der Erfahrung. In: Utschowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyvér/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn, 48 - 57

Internetquellen

<http://www.exitsozial.at> [08.08.2011]

<http://www.fab.at> [08.08.2011]

<http://www.gleichgestellt.at> [24.07.2012]

<http://www.peercoaching-mentoring.at> [08.08.2011]

<http://www.peer-counseling.org/> [08.08.2011]

<http://www.pmooe.at> [08.08.2011]

<http://www.psychiatrie-erfahrene.at> [08.08.2011]

<http://www.ris.bka.gv.at> [15.7.2012]

<http://www.sli-ooe.at> [15.7.2012]

14. Anhang

1 TH02

2 **I: Du hast bei unserer Präsentation am 1. Dezember 2011 im EMC Linz schon gehört, worum**
3 **es geht. Unser Interview wird folgendermaßen ablaufen: Ich werde dir anhand dieses**
4 **Leitfadens Fragen stellen – und möchte dich bitten, mir so umfangreich wie möglich darauf**
5 **zu antworten. Wenn es Unklarheiten geben sollte, kannst du natürlich gerne jederzeit**
6 **nachfragen. Also wenn du dir vorstellen würdest, ich hätte noch nie etwas von Peer-**
7 **Beratung gehört. Wie würdest du die Angebote der Peer-Beratung beschreiben bzw. was ist**
8 **das konkrete Angebot der Peer-Beratung?**

9 Ja also Peer, das bedeutet gleichartig, also wir beschreiben das so, dass praktisch ähm Menschen
10 mit Psychiatrieerfahrung - mit Eigenerfahrung - Menschen begleiten, helfen, unterstützen, in dem,
11 dass sie praktisch das selbst erfahren haben. Und ich bezeichne das so als eine Sandwich-
12 Funktion, das heißt wir stehen mitten drinnen zwischen Profi und Klient und agieren da in einer
13 Vermittlerfunktion.

14 **I: Und wie persönlich machst du die Peer-Beratung?**

15 Also ich persönlich hab Erfahrung in der Depression und in der Angststörung, das heißt, ich habe
16 eine eigene Selbsthilfegruppe, die was ich schon seit fünf Jahren führe, mit Menschen für praktisch
17 Angst, Panikattacken, Depressionen und vermittele in dieser Selbsthilfegruppe, was ich praktisch
18 aus Eigenerfahrung erlebt habe, erlernt habe und wie ich daraus wieder herausgefunden habe und
19 mache in dieser Selbsthilfegruppe eben auch mit den Leuten Unternehmungen, wie Kegeln, ins
20 Kino gehen, Spaziergänge, über die Probleme reden und motiviere sie dabei, dass sie sich selbst
21 helfen können oder auch wieder nicht mehr in das alte Muster und Schema reinzufallen, wenn es
22 ihnen wieder ein bisschen schlechter geht. In dieser Gruppe ist es auch so, dass die Leute
23 untereinander Freundschaften sogar bilden, und die sich dann langfristig gesehen auch
24 untereinander helfen und irgendwann brauchen sie vielleicht mich dann nicht mehr dazu. Das ist
25 einmal ein Teil meiner Peer-Arbeit. Ein zweiter Teil meiner Peer-Arbeit ist dass ich auf die
26 Psychiatrie direkt ins Krankenhaus auf die Station gehe und dort vor Ort die Klienten im
27 Krankenhaus besuche. Da haben wir oft 5 und 20 Leute dann in der Gruppe und da gehe ich
28 praktisch in so einer Funktion auf die Station, dass ich glaubwürdig vermitteln möchte, dass es
29 wieder möglich ist, nach einer Depression oder einer schweren depressiven Krise ein erfülltest
30 Leben danach führen zu können, aber achte auch immer drauf, dass die Leute mit dem umgehen
31 lernen, dass man mit einer Krankheit, die man einmal gehabt hat vielleicht dann anders umgeht
32 oder vorsichtiger leben lernen muss als ein Gesunder. Für mich war das dann so, dass ich mir
33 gedacht habe: Hätte das mir damals jemand vermittelt, wie ich auf der Psychiatrie gelegen bin,
34 dass das glaubwürdig vermittelt wird, dass man wieder gesund werden kann, dann hätte mir das
35 damals sehr viel geholfen.

36 **I: Und im Krankenhaus. Kennst du die KlientInnen dann schon oder sind das neue?**

37 Nein, das ist meistens so, dass, also wir sind alle vierzehn Tage auf der Station und der Wechsel
38 ist – ja - häufig. Es kann passieren, dass man ein, zwei wieder mal kennt, weil er ein Monat mal
39 da ist, aber meistens trifft man immer wieder neue Leute und ich habe von dieser Gruppe schon
40 mindestens fünf oder sechs Klienten in meiner Selbsthilfegruppe dann betreut und einige wenige
41 kommen nicht mehr, weil es ihnen tatsächlich besser geht.

42 **I: Was glaubst du, was macht die Professionalität der Peer-Beratung aus?**

43 ...was die Professionalität der Peer-Beratung ausmacht? Wie verstehst du das jetzt? Was uns
44 unterscheidet von den Professionisten, oder?

45 **I: Oder ob ihr selbst auch empfindet, dass ihr Professionisten seid.**

46 Also ich empfinde mich da in einer Zwischenrolle. Ich persönlich bin Diplomkrankenschwester von
47 meinem Grundberuf. Somit zähle ich mich automatisch schon ein bisschen zu den Professionellen
48 natürlich. Aber in meiner Peer-Tätigkeit sehe ich mir mehr als Vermittlerfunktion zwischen Klient

TB02, Zeile 74-75	Mehr Selbstbewusstsein, mehr Hoffnung durchzuhalten und Strategien um mit Befindlichkeiten, die man als psychisch Kranker hat, umzugehen	Aufzählung	K14	Was wird durch Empowerment vermittelt
TB02, Zeile 8-9	Die Strategie, die man für sich selbst anwendet um mit der Behinderung umzugehen und damit zurechtzukommen an andere weitergeben	Eigene Bewältigungsstrategien weitergeben	K03	eigene Umsetzung
TB02, Zeile 80-82	Nach Zuweisung durch den Verein gibt es ein Erstgespräch. Sollte es für beide Seiten passen wird ein 1-Jahres-Vertrag abgeschlossen, der aber jederzeit beiderseits aufgelöst werden kann	Zuweisung - Vertrag nach beiderseitigem Einverständnis	K15	Kontaktaufnahme bzw. Zuweisungskontext
TB02, Zeile 86	wöchentlich durchschnittlich etwa zwei Stunden	wöchentlicher Kontakt	K16	Kontakthäufigkeit
TB02, Zeile 91-93	ein Großteil der Klienten ist sehr dankbar. Man gibt ihnen neue Hoffnung und sie werden ernst genommen	dankbar	K17	Akzeptanz der Peer-Beratung bei KlientInnen
TB02, Zeile 97-98	einige wenige Klienten haben Vorurteile und sagen "du bist ja selber krank, was willst du mir helfen"	Vorurteile	K17	Akzeptanz der Peer-Beratung bei KlientInnen
TB02, Zeile 144-145	Austausch von Informationen und Erfahrungen, Darstellung der Betroffenenansicht	Erfahrungsaustausch	K26	Nutzen der Zusammenarbeit für Sozialarbeit
TD01, Zeile 47-54	Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit erfolgt durch Weiterverweisung der KlientInnen durch Peer-BeraterIn, wenn eingeschätzt wird, dass die Grenzen der eigenen Kompetenz erreicht werden.	Weiterverweisung	K23	Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit
TD01, Zeile 104-107	Grenzen sind so klar definiert, wie in anderen Settings, in Hinblick auf die eigene Betroffenheit der Peer-BeraterIn kann dies gefährlich werden.	Abgrenzung	K30	Unterschiede im Vergleich zu einer Beratung durch andere Professionelle
TD01, Zeile 119-139	InterviewpartnerIn arbeitet in einer Beratungsstelle, hat dort ein eigenes Büro und arbeitet sehr selbständig, verwaltet Termine selber, hat Firmenhandy. In der Institution gibt es auch ein Team von TherapeutInnen.	Beschreibung Institution	K07	Beschreibung der eigenen Institution
TD01, Zeile 12	InterviewpartnerIn arbeitet beratend und begleitend.	Beratung und Begleitung	K03	eigene Umsetzung