

Back to Work – mit Peer Support

Der Einbezug von Peers in die Reintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in den ersten Arbeitsmarkt

Anna Zehnder
S15560576

Tamara Huber
S15560212

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: BA.ER15
Eingereicht am: 04.05.2018
Begleitende Lehrperson: Nicole Markwalder

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhalt

Abstract

1. Einleitung	1
1.1. Thematische Verankerung.....	1
1.2. Problemstellung und Begründung der Themenwahl.....	2
1.3. Fragestellung	4
1.4. Zielsetzung.....	4
1.5. Relevanz für die Ergotherapie	4
1.6. Zentrale Begriffe der Fragestellung	5
1.7. Übersicht über das Model of Human Occupation (MOHO).....	6
2. Methodisches Vorgehen	9
2.1. Methodenauswahl.....	9
2.2. Datenbankrecherche.....	10
2.2.1. Keywordtabelle.....	11
2.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien	12
2.2.3. Selektion der Hauptstudien	12
2.3. Beurteilung der Forschungsqualität	13
2.4. Datenanalyse	14
3. Ergebnisse	15
3.1. Übersicht der Hauptstudien	15
3.2. Methodische Vorgehensweisen der Hauptstudien.....	20
3.2.1. Studien Hirnverletzung und Arbeitsreintegration.....	20
3.2.2. Studien Peer und Arbeitsreintegration	23
3.2.3. Studien Peer und Hirnverletzung	27
3.3. Ergebnisse dargestellt im Model of Human Occupation	31
3.3.1. Volition.....	31

3.3.2. Habituation	33
3.3.3. Performanzvermögen	35
3.3.4. Umwelt	37
4. Diskussion	40
4.1. Diskussion der Ergebnisse anhand des MOHO	40
4.1.1. Betätigungsidentität	41
4.1.2. Betätigungskompetenz	41
4.1.3. Betätigungsadaptation	42
4.2. Limitationen der Arbeit	45
4.3. Beantwortung der Fragestellung	47
4.4. Zukünftige Forschung	48
5. Praxistransfer anhand des CMCE	49
6. Schlussfolgerung	55
Literaturverzeichnis	57
Weitere Verzeichnisse	63
Abbildungsverzeichnis	63
Tabellenverzeichnis	63
Wortzahl	64
Danksagung	65
Eigenständigkeitserklärung	66
Glossar	67

Die Autorinnen dieser Arbeit bezeichnen sich im Folgenden als Verfasserinnen. Mit dem Begriff Autorinnen und Autoren sind Verfassende anderer Arbeiten gemeint.

Fachbegriffe, welche mit * gekennzeichnet sind, werden im Glossar erläutert.

Abstract

Einleitung: Für viele Menschen ist nach erworbener Hirnschädigung die Rückkehr zur Arbeit ein priorisiertes Ziel und stellt gleichzeitig eine enorme Herausforderung dar. In der Vergangenheit ist bereits belegt worden, dass Betroffene von Peer Support in unterschiedlichen Settings profitieren.

Ziel: Es wird aufgezeigt, welche Herausforderungen Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration erleben und daraus abgeleitet, wie bisherige Erfahrungen mit Peer Support in der Arbeitswiedereingliederung unterstützend eingesetzt werden könnten.

Methode: Anhand einer Literaturrecherche sind neun Studien und ein Review ausgesucht und kritisch beurteilt worden. Die Ergebnisse sind mittels einer Template-Analyse auf das Model of Human Occupation übertragen, kategorisiert und interpretiert worden.

Ergebnisse: Menschen nach erworbener Hirnschädigung erleben vielfältige Herausforderungen in der Arbeitsreintegration. Die Erfahrungen aus anderen Settings zeigen, dass Peers den Betroffenen zu mehr Akzeptanz und einem besseren Selbstbild verhelfen können, indem sie eine Vorbildfunktion übernehmen und spezifische Bewältigungsstrategien vermitteln. Peer Support-Programme bringen jedoch logistische Herausforderungen mit sich und bedürfen einer ausreichenden Supervision.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich Peer Support auf die Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung positiv auswirkt. Es kann allerdings kein deckender Übertrag gemacht werden, sondern es braucht weiterführende Forschung für das neurologische Setting.

Keywords: «brain injury», «vocational rehabilitation», «peer support»

1. Einleitung

Im ersten Kapitel wird die thematische Verankerung sowie die Problemstellung erläutert. Daraus abgeleitet werden anschliessend die Fragestellung und die Zielsetzung der Arbeit deklariert. Ebenso wird die Relevanz für die Ergotherapie begründet.

1.1. Thematische Verankerung

Gemäss Fragile Suisse erleiden in der Schweiz jährlich etwa 20'000 Menschen eine Hirnschädigung* [elektronische Version] (Fragile Suisse, n.d.). Erworbene Hirnschädigungen haben verschiedene Ursachen. Im erwerbsfähigen Alter sind es hauptsächlich Schädelhirntraumata, cerebrovaskuläre Insulte oder Hirntumore. Betroffene erleiden je nach Lokalisation und Ausmass der Verletzung, eine Vielzahl von Folgen. Sie kämpfen mit einer Kombination aus physischen, verhaltensbezogenen, kommunikativen, kognitiven und umweltbezogenen Problemen (Turner-Stokes, Pick, Nair, Disler, & Wade, 2011). Die Probleme führen weiter zu einem reduzierten Aktivitätslevel, belasten Beziehungen und fördern soziale Isolation (Morris, Fletcher-Smith, & Radford, 2017). Es wird vom Verlust von bedeutsamen Lebensrollen berichtet, wie beispielsweise die des Arbeitnehmenden und des Familienernährenden (Couchman, McMahon, Kelly, & Ponsford, 2014).

In der westlichen Gesellschaft hat die Arbeit* einen hohen Stellenwert und ist ein wichtiger Bestandteil der persönlichen Identität (Rubenson, Svensson, Linddahl, & Björklund, 2007). Für viele Betroffene ist die Rückkehr zur Arbeit ein priorisiertes Ziel und ein wichtiges Gütekriterium für eine erfolgreiche Neurorehabilitation. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung wird assoziiert mit einer höheren Lebensqualität, einer Tagesstruktur sowie der Chance, ein normales Leben zu führen. Bei misslungener Arbeitsreintegration* drohen Isolation, Depression, finanzielle Sorgen sowie Stress (Foy, 2014). In der Bewältigung von solch schweren Lebenssituationen kann es Menschen nach erworbener Hirnschädigung helfen, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und von deren Erfahrungen zu profitieren (Fragile Suisse, 2007). In der Selbsthilfe gewinnt derzeit vor allem der Peer Support* zunehmend an Bedeutung [elektronische Version] ("Peer Support | Selbsthilfe Schweiz," n.d.). Betroffene bilden sich hierbei zu Peer Mentorinnen

und Mentoren* weiter und lernen unter anderem Erfahrungen zu reflektieren und eignen sich methodische sowie rechtliche Grundkenntnisse an [elektronische Version] („Weiterbildung EX-IN Bern – EX-IN Bern,“ n.d.). In der Psychiatrie hat sich der Peer Support bereits etabliert und wird unterschiedlich eingesetzt: In psychiatrischen Diensten, in der Antistigmaarbeit oder in Ausbildungen (Hegedüs, Bachnick, & Steinauer, 2014). Untersuchungen in den USA zeigen, dass 64.2% der Peer Mentorinnen und Mentoren Vollzeit arbeiten und demnach auf keine weiteren Sozialleistungen mehr angewiesen sind (Cronise, Teixeira, Rogers, Harrington, & Swarbrick, 2016). In der Schweiz gibt es die Peer Support-Weiterbildung seit 2010. Die Ergebnisse einer Evaluationsstudie von 2014 belegen, dass die Teilnehmenden der Weiterbildung eine signifikante Verbesserung der Stigmaresistenz* erleben. Bei einer Mehrzahl der Teilnehmenden stellt der Lohn als Peer Mentorin und Mentor nach Abschluss der Weiterbildung das Haupteinkommen dar (Hegedüs et al., 2014).

1.2. Problemstellung und Begründung der Themenwahl

Die Organisation der Vereinten Nationen [UNO] hat im Jahr 2006 ein Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention BRK) verabschiedet, welches im Jahr 2008 in Kraft getreten ist. Das Abkommen verpflichtet unter anderem dazu, Menschen mit einer Behinderung zu inkludieren und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern [elektronische Version] (Eidgenössisches Department des Inneren, n.d.). Obwohl das Behindertengleichstellungsgesetz [BehiG] in der Schweiz schon seit 2014 gilt, mangelt es an dessen Umsetzung. Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik [BFS] zeigen, dass Menschen mit einer Behinderung noch keine Chancengleichheit auf dem ersten Arbeitsmarkt haben. Die betroffenen Personen finden seltener eine Stelle im Vergleich mit Menschen ohne Einschränkungen (68% gegenüber 84%). Deutlicher sind die Unterschiede bei Menschen mit einer schweren Einschränkung (42% gegenüber 84%). Für die Untersuchung sind lediglich Menschen mit Behinderungen im Erwerbsalter und aus Privathaushalten inkludiert worden [elektronische Version] (Bundesamt für Statistik, 2017).

Im Jahr 2003 wurde in der Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] eine schriftliche Betriebs- und Institutionsbefragung durchgeführt. Es haben 1622 Betriebe an der Umfrage teilgenommen, was einer Rücklaufquote von 24% entspricht. Die

Ergebnisse zeigen, dass nur 8% der Betriebe zum Befragungszeitpunkt mindestens eine Person mit Behinderung beschäftigen, obwohl sich ein Drittel der Betriebe grundsätzlich eine Beschäftigung eines Menschen mit Behinderung vorstellen könnte (IVB Behindertenselbsthilfe beider Basel, 2008).

Woran liegt es, dass dennoch so wenig Stellen von behinderten Menschen besetzt sind? Auch Schweizer Unternehmen bevorzugen Arbeitnehmende, die sich durch hohe schulische Qualifikationen, Weiterbildungen und Berufserfahrung auszeichnen. «Ideale» Arbeitnehmende sind flexibel, mobil, belastbar und sozial kompetent (Debrunner, 2017). Durch Rekrutierungs- und Rationalisierungsmassnahmen gehen immer mehr einfache Tätigkeiten verloren und Teilzeitarbeit wird generell zu wenig akzeptiert (IVB Behindertenselbsthilfe beider Basel, 2008).

Aufgrund der stetig steigenden Anforderungsprofile sind wenig qualifizierte und beeinträchtigte Menschen gefährdet, keine Arbeitsstelle zu finden oder ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Debrunner, 2017).

Das Unvermögen, gewünschte Aufgaben ausführen zu können, löst bei den betroffenen Menschen Stress und Frustration aus. Betroffene müssen nach einer erworbenen Hirnschädigung wieder das Gefühl bekommen, gebraucht zu werden und Einfluss nehmen zu können, um den Transitionsprozess* positiv bewältigen zu können (Turner, Ownsworth, Cornwell, & Fleming, 2009).

Im psychiatrischen Setting werden Peer Support-Programme immer häufiger in die Arbeitsreintegration einbezogen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Peers* die Supported Employment*-Dienste angemessen implementieren können und durchschnittliche bis überdurchschnittliche Arbeitsleistungen zeigen. Aufgaben sind die Unterstützung der Mentees* bei der Entwicklung von beruflichen Zielen, der Suche nach einem Job, der Durchführung von Gesprächen mit Arbeitgebenden, der Betreuung während der Reintegration sowie der systematischen Dokumentation des Reintegrationsprozesses. Als besondere Stärke der Peer Mentorinnen und Mentoren wird ihre spezifische Arbeitseinstellung mit ihren Werten* und ihrem Engagement betont (Kern et al., 2013).

Es wurde beobachtet, dass Menschen nach erworbener Hirnschädigung im Akutbereich von Peer Support profitieren. Betroffene berichten, dass ihnen ihre Peer Mentorinnen und Mentoren Hoffnung für die Zukunft vermitteln und sie ermutigen, aktiv an ihrer Rehabilitation zu arbeiten. Auch die Vermittlung von Informationen, beispielsweise über unterstützende Angebote in der Gesellschaft, empfinden die Teilnehmenden als hilfreich (Kessler, Egan, & Kubina, 2014).

Deshalb stellt sich die Frage, ob Peer Support bei Menschen nach erworbener Hirnschädigung in den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung integriert werden könnte, so wie es in der Psychiatrie bereits vereinzelt praktiziert wird.

1.3. Fragestellung

Inwiefern können die bisherigen Erfahrungen mit Peer Support auf die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung bei der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt übertragen werden?

1.4. Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, anhand von Literatur aufzuzeigen, welche Herausforderungen Menschen nach erworbener Hirnschädigung bei der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt begegnen und daraus abzuleiten wie bisherige Erfahrungen mit Peer Support in der Arbeitswiedereingliederung unterstützend eingesetzt werden könnten.

1.5. Relevanz für die Ergotherapie

Das Konzept der Arbeitsrehabilitation ist weit verbreitet und wird von verschiedenen Professionen in unterschiedlicher Art und Weise angewendet. Immer häufiger sind auch Ergotherapeutinnen und -therapeuten in den Wiedereingliederungsprozess von Menschen nach erworbener Hirnschädigung eingebunden. Ihre Assessments werden für die Voraussage über eine erfolgreiche Arbeitsreintegration als wertvoll empfunden. Ihr Wissen im Bereich der Aktivitätsanalyse, der Problemlösung, der Zielsetzung sowie ihr Verständnis über den Einfluss von Hirnschädigungen auf alle Funktionsaspekte befähigt Ergotherapeutinnen und -therapeuten dazu, diese Assessments zu erstellen (Philips,

Drummond, Raford, & Tyerman, 2010). Die Studie von Philips et al. (2010) zeigt auf, dass ergotherapeutische Interventionen breit gefächert sind. Die meiste Zeit wird in die Arbeitsvorbereitung investiert, beispielsweise mittels Fatigue*-Management oder Jobanalysen sowie in die Durchführung von Assessments und das Klären von nicht arbeitsbezogenen Sorgen wie die Beantwortung von Fragen zu Leistungen der Sozialversicherung. Ebenfalls ein Inhalt der Ergotherapie ist der direkte Wiedereingliederungsprozess wie beispielsweise Treffen mit den Arbeitgebenden, Schulungen der Angehörigen oder Mitarbeitenden sowie Training von spezifischen Fertigkeiten des Betroffenen. Nicht alle Ergotherapeutinnen und -therapeuten haben laut Philips et al. (2010) bei der Arbeitswiedereingliederung direkten Kontakt zu den Arbeitgebenden: Oft finden ergotherapeutische Interventionen nur im Eins-zu-eins-Kontakt mit den Betroffenen statt. Am häufigsten findet die Therapie zu Hause statt. Ferner zählen auch der Arbeitsplatz, das Job Center oder die Spitäler zu möglichen Behandlungskontexten (Philips et al., 2010).

Fachleute der Ergotherapie sind überzeugt, dass die Teilnahme an sinnvollen Aktivitäten die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit einer Beeinträchtigung entscheidend unterstützen. Dieser Ansatz wird von Forschenden und der Wissenschaft positiv untermauert und gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Dennoch werden Menschen mit einer körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung noch immer ausgegrenzt und erleben eine Occupational Deprivation* (Rebeiro Gruhl, 2009).

1.6. Zentrale Begriffe der Fragestellung

Hirnschädigung: Das Gehirn des Menschen ist verantwortlich für die Überwachung und Steuerung unzähliger Vorgänge und Funktionen des Körpers. Bei einer Verletzung des Gehirns sind Funktionen der verletzten Hirnregion sowie mit dieser Region verknüpfte Funktionen beeinträchtigt (Fragile Suisse, 2007).

Arbeit: Arbeit beinhaltet die Mühe und Anstrengung «des Machens, Bauens, Herstellens, Bildens, Gestaltens oder Formens von Objekten sowie das Organisieren, Planen oder Evaluieren von Dienstleistungen, Prozessen des Lebens oder der Regierung» (AOTA, 2014, S. 20). Es handelt sich um eine verpflichtende Tätigkeit mit oder ohne finanzielle

Entschädigung (AOTA, 2014). Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen, im Gegensatz zum zweiten Arbeitsmarkt, Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse auf Basis der freien Wirtschaft, ohne Massnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Pollert, Kirchner, & Polzin, 2016).

Arbeitsreintegration: Laut der Weltgesundheitsorganisation [WHO] bildet die berufliche Eingliederung ein Bestandteil der ganzheitlichen Rehabilitation. Darin inbegriffen sind alle Massnahmen, die auf eine schnelle und erfolgreiche Rückkehr in die Arbeitswelt abzielen. Die (Wieder-) Eingliederung in der Schweiz ist primär Aufgabe der Invalidenversicherung [IV] [elektronische Version] ("Berufliche Wiedereingliederung," n.d.).

Peer: Der Begriff Peers beschreibt Menschen, welche gleiche Lebensumstände oder bestimmte Erfahrungen teilen (Habermann & Kolster, 2008, S. 193).

Peer Support: Mit Peer Support wird die Beratung durch Menschen mit ähnlichem Lebens- und Erfahrungshintergrund bezeichnet. Das Ziel ist, die Ratsuchenden zur Entwicklung von Perspektiven, Zielen und Strategien zu befähigen. Sie sollen Zugang zu ihren eigenen Persönlichkeitsstärken und Ressourcen bekommen und so ihr Leben selbstbestimmt gestalten (Habermann & Kolster, 2008, S. 193).

Peer Mentor/-in / Mentee: Eine erfahrene Person (Mentor/-in) gibt in ihrer Tätigkeit die eigenen Erfahrungen an eine unerfahrene oder Rat suchende Person (Mentee) weiter [elektronische Version] ("Peer Mentoring", n.d.).

1.7. Übersicht über das Model of Human Occupation

Das Model of Human Occupation [MOHO] wird in dieser Arbeit für die Datenanalyse sowie Auswertung verwendet, weshalb an dieser Stelle eine Übersicht über den Inhalt des Modells gegeben wird.

Das MOHO wurde von Gary Kielhofner für die Ergotherapie entwickelt. Im Mittelpunkt des Praxismodells steht der Mensch und seine Handlungen. Um die menschliche Betätigung* vollumfänglich zu erklären, unterteilt das Modell das System des Menschen in drei Subsysteme (siehe Abbildung 1) (Marotzki, 2002, S. 80):

1. **Die Volition:** Sie bezieht sich auf die Motivationsaspekte der Betätigung. Grundlegend wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch das Bedürfnis zum Handeln, jedoch mit unterschiedlichen Ausprägungen im Betätigungsverhalten aufgrund individueller Neigungen und Selbstbewusstsein, hat. Diese Motivation wird vom Selbstbild*, den Interessen, der individuellen Werte sowie der Erfahrung des Menschen mit Betätigungen beeinflusst. Alle diese Aspekte haben eine Auswirkung darauf, wie das Individuum sein eigenes Betätigungsverhalten vorausahnt, wählt, erlebt und interpretiert (Jerosch-Hold, Marotzki, Stubner, & Weber, 2009, S. 58-61).

2. **Die Habituation:** Sie meint die, von Gewohnheiten geleitete, tägliche Routine des Menschen sowie dessen Rollen und die damit verbundenen Rollenerwartungen. Dank der Habituation* befindet sich das Individuum in der vertrauten Zone des Alltags und kann ein sich wiederholendes Betätigungsverhalten zeigen (Jerosch-Hold et al., 2009, S. 62-64).

3. **Das Performanzvermögen:** Das Performanzvermögen* befähigt den Menschen zur Ausführung von Betätigungen. Es werden drei Fertigsbereiche unterschieden: motorische, prozesshafte sowie kommunikative und interaktive Fertigkeiten (Jerosch-Hold et al., 2009, S. 65-66).

Model of Human Occupation

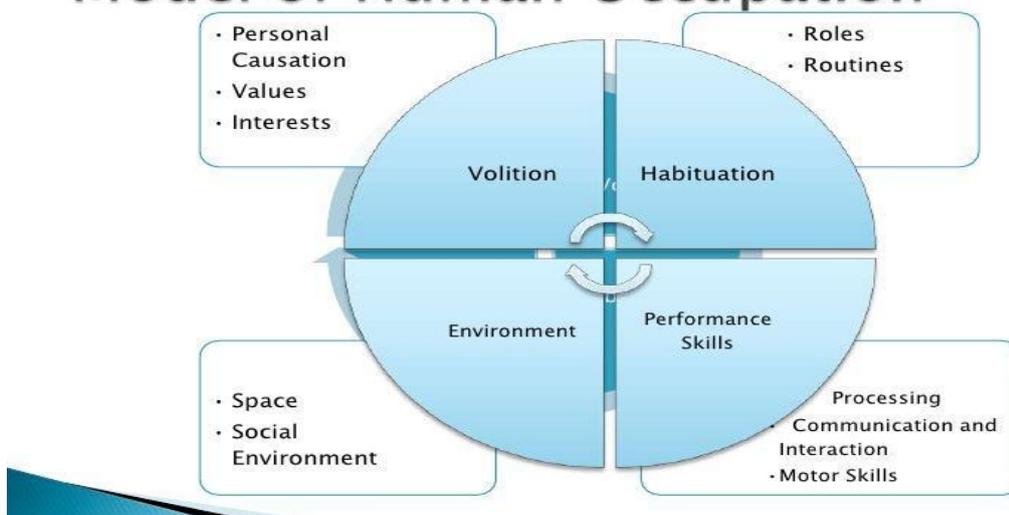


Abbildung 1: Model of Human Occupation [elektronische Version] (Balaba, 2010)

Nebst den drei Subsystemen des menschlichen Systems ist laut dem MOHO auch die Umwelt ein wichtiger Faktor zur Erklärung von Betätigung. Hierbei wird unterschieden zwischen der sozialen sowie der räumlichen Umwelt (Marotzki, 2002, S. 81).

Zur sozialen Umwelt zählen Personengruppen sowie von Menschen ausgeführte Betätigungsformen. Die räumliche Umwelt umfasst Räume und darin vorkommende Objekte. Es werden sowohl natürliche Räume als auch geschaffene Räume miteinbezogen (Jerosch-Hold et al., 2009, S. 66).

Die Volition, die Habituation und das Performanzvermögen beeinflussen im Wechselspiel mit der Umwelt die Ebene des Tuns. Die Ebene des Tuns setzt sich zusammen aus den Fertigkeiten, der Betätigungsperformanz* und der Betätigungspartizipation* eines Menschen. Sie sind hierarchisch aufeinander aufgebaut und bilden Voraussetzung für die Ausführung von Betätigung. Daraus resultieren Betätigungsidentität* und Betätigungskompetenz* (siehe Abbildung 2) (Kielhofner, 2008, S. 101-102,106).

Die **Betätigungsidentität** steht dafür, wie sich jemand als tätiger Mensch in der Gegenwart und Zukunft wahrnimmt und welche Erfahrungen er aus früheren Betätigungen gewonnen hat (Kielhofner, 2008, S. 106).

Kielhofner (2008) meint mit **Betätigungskompetenz**, die fortlaufende Umsetzung von Betätigungsidentität in Handlung. Also, inwiefern ein Mensch, mit Hilfe von Betätigungen, fähig ist zu partizipieren und ob diese seiner Identität entsprechen (S. 107).

Betätigungsadaptation ist die Konstruktion aus einer positiven Betätigungsidentität sowie dem Erreichen der Betätigungskompetenz im Kontext des eigenen Umfelds und über einen Zeitraum hinweg (Kielhofner, 2008, S. 107).

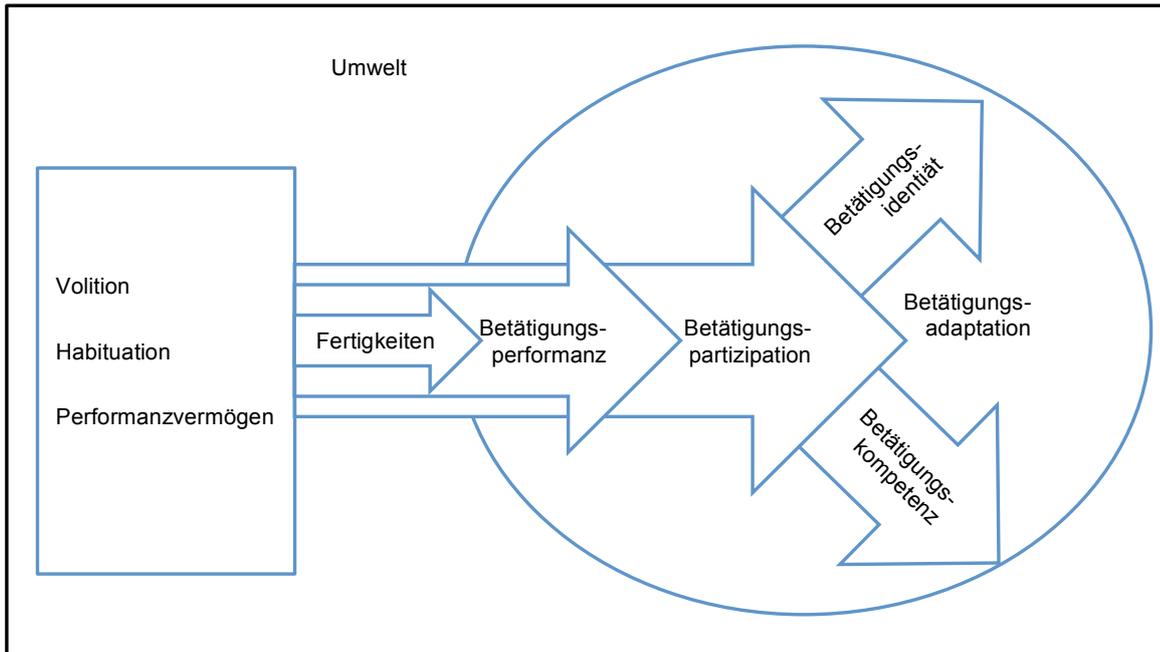


Abbildung 2: Prozess der Betätigungsadaptation (abgeändert nach Kielhofner, 2008, S. 108)

2. Methodisches Vorgehen

Im folgendem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung beschrieben und begründet.

2.1. Methodenauswahl

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf ein Phänomen, das noch unerforscht ist. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass ausgebildete Peers im Bereich Arbeitsreintegration bis anhin nur vereinzelt im Fachbereich Psychiatrie vorkommen und nur wenige Studien zu diesem Phänomen durchgeführt wurden. Es gibt Studien über das Erleben von Menschen nach erworbener Hirnschädigung, welche durch Peers unterstützt werden. Diese Studien beziehen sich allerdings nicht spezifisch auf die Arbeitsreintegration. Die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung sind dagegen ein relativ gut erforschtes Gebiet. Aufgrund der derzeitigen Datenlage haben die Verfasserinnen beschlossen, mit den gesammelten Daten der inkludierten Studien eine Template-Analyse durchzuführen. Dieses Vorgehen gehört zur Inhaltsanalyse und ist bekannt durch die Verwendung von hierarchischen Codierungen. Die Template-Analyse zeigt ein hohes Mass an Struktur im Analyseprozess von Textdaten bei gleichzeitiger

Flexibilität, die Struktur nach den Bedürfnissen der vorliegenden Arbeit zu adaptieren (Brooks, McCluskey, Turley, & King, 2015). Anhand dieser Methode ist es möglich, die Ergebnisse der bestehenden Literatur über den Peer Support auf die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration zu übertragen.

2.2. Datenbankrecherche

In einem ersten Schritt ist eine Datenbankrecherche durchgeführt worden. Anhand der Keywords und deren Synonyme (Tabelle 1) wurde in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL, AMED, Ovid MEDLINER sowie PsycInfo nach geeigneten Quellen gesucht. Um die Suche zu konkretisieren sind die Keywords mit Bool'schen Operatoren («AND», «OR», «NOT») und Trunkierungen kombiniert worden. Anhand der Keywords «brain injury» AND «work» AND «peer» haben sich die Verfasserinnen einen ersten Überblick über die vorhandene Literatur gemacht. Für die weitere Eingrenzung sind Keywords und Synonyme, wie «occupational therapy», «peer counseling», «peer specialist*», «support», «work performance», «vocational rehabilitation» und «reintegration», miteinander kombiniert worden. Es wird Primär- und Sekundärliteratur miteinbezogen. Die systematische Datenbankrecherche hat zwischen Juli 2017 und Februar 2018 stattgefunden. Bei 40 oder weniger Treffern sind Titel und Abstracts sorgfältig gelesen und bei mehr Treffern ist die Suche weiter eingegrenzt worden. Die Verfasserinnen haben Keywords laufend in die Keywordtabelle integriert und zur erweiterten Suche verwendet. Die gelesene Literatur ist in «potentielle Hauptstudien», «Restliteratur» oder «ungeeignet» kategorisiert worden. Die Restliteratur dient für die Einleitung, den theoretischen Hintergrund und die Diskussion. Die vollständige Suchmatrix steht auf einer CD als digitaler Anhang zur Verfügung.

2.2.1. Keywordtabelle

Basierend auf der Fragestellung und der Zielsetzung sind folgende Keywords definiert worden:

Tabelle 1: *Keywordtabelle*

Stichwort	Keyword	Synonyme und Schlagwörter
Wiedereingliederung	reintegration	vocational rehabilitation, socio-professional reintegration, participation, supported employment MeSH: (MH "Rehabilitation, Vocational+") CINAHL Headings: Rehabilitation, Vocational/
Hirnverletzung	acquired brain injury	traumatic brain injury, brain injury MeSH: (MH "Brain Injuries+") CINAHL Headings: Brain Injuries/
Ergotherapie	occupational therapy	therapy, OT, treatment MeSH: (MH "Occupational Therapy+") CINAHL Headings: Occupational Therapy/
Arbeit	Work	occupation, vocation, occupational identity work role, occupational performance, work ability, workaday life MeSH: (MH "Work") (MH "Job Performance") CINAHL Headings: Work/, Work Performance/
Peer	Peer	peer support, peer counseling, peer specialist*

Ergänzung: MeSH = die Schlagwörter der Datenbank MEDLINE (Medical Subject Headings);
CINAHL Headings = Die Schlagwörter der Datenbank CINAHL.

2.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Auswahl der Literatur sind folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt worden:

Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien*

Studiendesign	Qualitative und quantitative Studien oder systematische Reviews mit Methodenteil
Herkunft	Industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemographischen Hintergrund wie die Schweiz: z.B. Europa, Kanada, USA
Erscheinungsjahr	2000 -2017
Population	Menschen nach erworbener Hirnschädigung im erwerbsfähigen Alter mit Erfahrungen im Peer Support (keine Einschränkung bzgl. Ursache und Ausmass der Verletzung) Menschen mit Erfahrungen mit Peer Support in Zusammenhang mit Arbeitsreintegration (auch andere Fachbereiche)

Aufgrund der sprachlichen Voraussetzungen der Verfasserinnen werden nur deutsche und englische Studien inkludiert. Infolge der beschränkten Literatur werden auch Studien inkludiert, deren Erscheinungsjahr mehr als zehn Jahre zurückliegt.

2.2.3. Selektion der Hauptstudien

111 primäre und sekundäre Publikationen sind in der Datenbankrecherche aufgrund des Titels ausgewählt worden. Von allen Studien ist der Abstract sorgfältig durchgelesen worden. 63 Studien sind ausgeschlossen worden, weil sie den Einschlusskriterien nicht entsprechen. Übrig geblieben sind 48 Artikel, wobei weitere drei durch das Schneeballsystem inkludiert worden sind. 51 Studien sind vollständig gelesen und nach «potentielle Hauptliteratur», «Restliteratur» und «ungeeignete Literatur» sortiert worden. Zwölf Studien sind in die Kategorie «Restliteratur» eingeteilt worden, da sie interessante Informationen liefern, jedoch zu wenig konkret mit der Fragestellung zu tun haben. 27 Studien sind als ungeeignet erachtet worden, da sie entweder methodisch nicht ausreichend sind oder keine Phänomene der Fragestellung beinhalten. 13 Studien sind als potentielle Hauptstudien in Frage gekommen und anhand ihrer Forschungsqualität

beurteilt worden. Drei Publikationen sind im Verlauf der Würdigung exkludiert worden. Zwei Studien haben die Verfasserinnen aufgrund der methodischen Vorgehensweise ausgeschlossen. Ein Review ist exkludiert worden, da drei darin enthaltene Artikel bereits Hauptstudien dieser Arbeit sind. Schlussendlich sind zehn Hauptstudien festgelegt worden, die zur Beantwortung der Fragestellung verwendet werden.

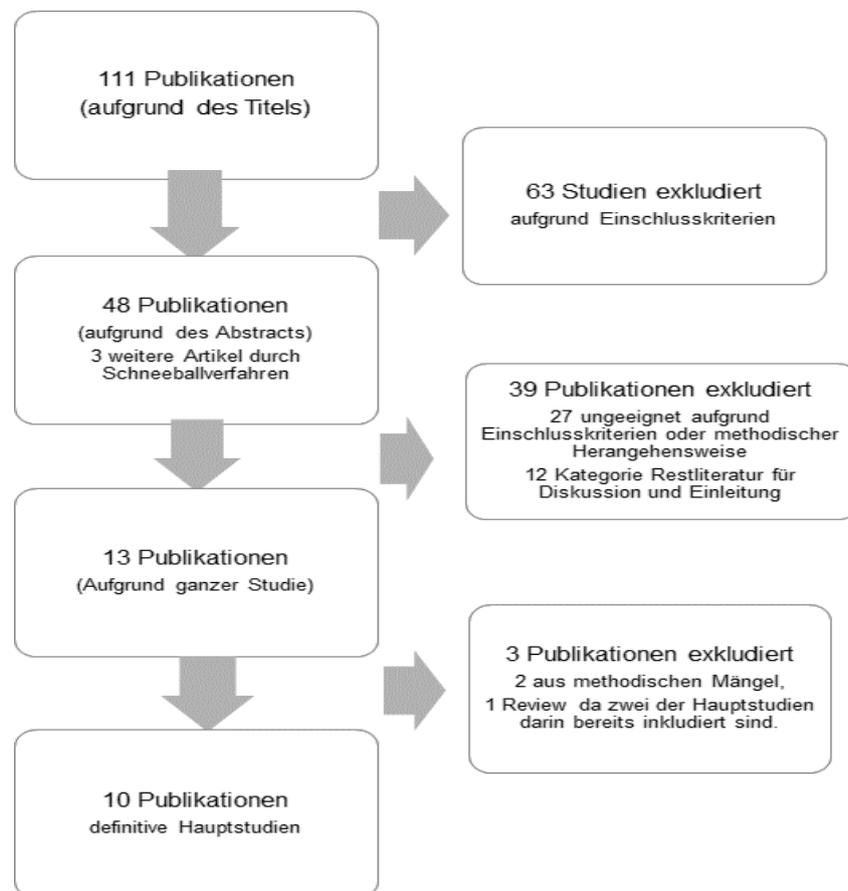


Abbildung 3: Selektionsprozess während der Literaturrecherche

2.3. Beurteilung der Forschungsqualität

Alle potentiellen Hauptstudien werden anhand ihrer Würde beurteilt. Qualitative Studien werden mit dem Arbeitsinstrument von Letts et al. (2007) zusammengefasst und beurteilt. Die Würdigung von quantitativen Studien erfolgt mittels Law, Stewart, Pollok, Bosch, und Westermorland (1998). Bei Mixed Method-Analysen wird eine Kombination der beiden Beurteilungsraster angewendet. Reviews werden ebenfalls in die Arbeit miteinbezogen

und anhand des Critical Appraisal Skill Programm [CASP] (2017) bewertet. Im Hauptteil folgt eine Übersicht sowie eine zusammenfassende Würdigung der Forschungsqualität der inkludierten Studien. Die vollständig ausgefüllten Formulare stehen auf einer CD als digitaler Anhang zur Verfügung.

2.4. Datenanalyse

Im Mittelpunkt der Template-Analyse steht die Entwicklung einer Codierungsvorlage, welche meist auf der Basis von erstgewonnenen Daten entsteht. Diese Vorlage wird anschliessend auf weitere Daten angewendet, überarbeitet und verfeinert (Brooks et al., 2015). In der vorliegenden Arbeit dient das Konzept nach dem MOHO als Codierungsvorlage (Kielhofner, 2008). Die Ergebnisse der Studien werden zusammengefasst und in kondensierter Form den jeweiligen Kategorien des menschlichen Systems des MOHO zugeordnet. Anschliessend erfolgt die weitere Organisation der Daten. Dieser Prozess beinhaltet das Codieren, das Kreieren von Kategorien und deren Abstraktion (Elo & Kyngäs, 2008). Die beiden Verfasserinnen analysieren die Resultate auf weitere Codierungen und definierten unabhängig voneinander Bedeutungseinheiten in den vier Hauptkategorien: Volition, Habituation, Performanzkapazität und Umwelt. Die Verfasserinnen diskutieren anschliessend ihre Codierungsergebnisse und suchen einen Konsens. Am Ende werden zehn Bedeutungseinheiten definiert, die als Subkategorien der Oberthemen dienen. Die Resultate der Hauptstudien werden als Inhalt der Subkategorien beschrieben.

In der Diskussion erfolgt schliesslich die Interpretation der Ergebnisse anhand des MOHO. Die Verfasserinnen beschreiben inwiefern die gewonnenen Erkenntnisse für die Betätigungsidentität sowie die Betätigungskompetenz von Menschen nach erworbener Hirnschädigung im Kontext Arbeit relevant sind. Anschliessend werden mittels der Erkenntnisse der inkludierten Studien Rückschlüsse auf potentielle Auswirkungen auf die Betätigungsadaptation* von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration gezogen. Im Praxistransfer überlegen die Verfasserinnen anhand des Canadian Model of Client-Centred Engagement [CMCE], welche Rolle die Ergotherapie bei der Implementierung von Peer Support in die Praxis übernehmen könnte.

3. Ergebnisse

Im dritten Kapitel werden die Hauptstudien präsentiert und die Ergebnisse derselben dargelegt.

3.1. Übersicht der Hauptstudien

Im Folgenden wird eine kurze Übersicht über die inkludierten Hauptstudien und deren Forschungsinhalt gegeben (siehe Tabelle 3). Des Weiteren werden die Hauptstudien verschiedenen Themenbereichen zugeordnet und in einer Mindmap dargestellt (siehe Abbildung 4).

Tabelle 3: Übersicht der Hauptstudien

Autoren	Titel	Land	Design	Studienziel	Stichprobe	Datensammlung
Klodnick, V., Sabella, K., Brenner, C., Krzos, I., Ellison, M., Kaiser, S. (2015)	Perspectives of Young Emerging Adults With Serious Mental Health Conditions on Vocational Peer Mentors	USA	Feasibility study (Pilotstudie)	Die Auswirkungen der Einbindung von Peer Mentorinnen und Mentoren im Wiedereingliederungsprozess von Menschen mit psychischer Einschränkung als Teil eines adaptierten IPS	N= 33 Alter: 17-20 Psychische Einschränkung, arbeitslos, Teilnehmende [TN] des YAP Programms für junge Erwachsene, min. noch 1 Jahr YAP vor sich.	Zufriedenheitsumfrage: 12 Monate nach Start des Projekts WAI-S: Adaptiert für die Beziehung zwischen Mentee und Peer Mentor/-in
Hanks, R., Rapport, L., Wertheimer, J., Koviak, C. (2012)	Randomized Controlled Trial of Peer Mentoring for Individuals with Traumatic Brain Injury and Their Significant Others.	USA	Randomized Controlled Trial	Effizienz von Peer Support-Programm von Menschen nach Schädelhirntrauma [SHT] und deren Angehörigen aufzeigen	N= 96 Betroffene Mindestalter: 16 Akute Behandlung und Rehabilitation eines SHT. Median GCS bei Ereignis: 9 N = 62 Angehörige Mindestalter: 18 kannten Betroffenen bereits vor dem Ereignis, aktive Hilfe/Betreuung des Betroffenen.	Glasgow Coma Scale Orientation Log [O-Log]. Community Integration Measure, Coping inventory for stressful Situations, Familiy Assessment Device [FAD], Physical functional Scale, Brief Symptom Inventory -18, Zufriedenheitsumfrage, The Short Michigan Alcoholism Screening Test
Stergio-Kita, M.; Rappolt, S.; Dawson, D. (2011)	Towards developing a guideline for vocational evaluation following traumatic brain injury: the qualitative synthesis of client's perspective.	Kanada	Systematisches Review – qualitative Themenanalyse	Qualitative Zusammenfassung von wichtigen Aspekten bei der Arbeitsreintegration von Menschen nach Schädelhirntrauma aus Sicht der Betroffenen	5 Studien: 4 qualitative Studien, 1 deskriptives Editorial Stichprobe insgesamt: N= 50	Datenbankrecherche

Kolakowsky-Hayner, S., Whright, J., Shem, K., Medel, R., Duong, T. (2012)	An effective community-based mentoring program for return to work and school after brain and spinal cord injury.	USA	Vorher-Nachher Design	2 Ziele der Studie: 1. Aufzeigen einer Steigerung hinsichtlich der Gesellschaftsintegration von TN bei Programmstart bis Ende. 2. Verbesserung vom Anteil junger Erwachsener und Jugendlicher mit Behinderung welche eine Möglichkeit zur Arbeit oder Bildung haben.	N=89 57 TN mit SHT, 25 mit Querschnittlähmung und 7 andere z.B. CP, CVI Alter: Durchschnittlich 20.5 (SD 3.2) 61 männlich, 28 weiblich	Disability Rating Scale [DRS], Participation Index of Mayo-Portland Adaptability Inventory – Version 4 [M2PI], Supervision Rating Scale [SRS], Craig Hanicap Assessment and Reporting Technique [CHART-SF], Satisfaction Life Scale [SWLS]
MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. (2007)	Unexpected barriers in return to work: Lessons learned from injured worker peer support groups	Kanada	Grounded Theory	Aufzeigen von Schwierigkeiten in der Wiedereingliederung von verletzten Arbeitnehmenden und wie Selbsthilfegruppen den Prozess positiv sowie negative beeinflussen können.	N = 37 verletzte Arbeitnehmenden (durch Unfälle) aus 3 verschiedenen Selbsthilfegruppen, welche zur Arbeit zurückgekehrt sind.	Semistrukturierte Interviews
Hooson, M., Coetzer, R., Stew, G., Moore, A. (2013)	Patients experience of return to work rehabilitation following traumatic brain injury: A phenomenological study.	United Kingdom	Phänomenologisches Design	Das Verständnis erhöhen bezüglich hilfreicher Faktoren beim Arbeitsreintegrationsprozess bei Menschen nach SHT mit multiplen Langzeitfolgen.	N= 10 TN Alter: 18-65 Jahre Betroffene nach SHT, bezahlte Arbeit vor Ereignis, Teilnahme an einem Arbeitsreintegrationsprogramm, urteilsfähig	Semistrukturierte Interviews basierend auf 5 Kerngebieten

Matérne, M., Luqvist, L. O., Strandberg, T. (2017)	Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective.	Schwe- den	Qualitative Inhalts- analyse	Verbesserung des Wissens hinsichtlich Barrieren Möglichkeiten für Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung.	N= 10 TN Alter: 18-65 Jahre 5 Männer, 5 Frauen nach erworbener Hirnschädigung, erfolgreiche Teilnahme an einem Arbeits- rehabilitationsprogramm, Arbeitspensum: min. 20h/Woche	Interviews anhand eines Interviewleitfadens
Vestling, M., Ramel, E., Iwarsson, S. (2013)	Thoughts and experiences from returning to work after stroke	Schwe- den	Qualitative Inhalts- analyse	Gedanken von Schlaganfallbetroffenen hinsichtlich dem Wieder- eingliederungsprozess zu evaluieren, um die zu- künftige Arbeitsreintegration zu vereinfachen.	N = 12 TN Alter: < 65 Jahre (durchschnittlich 52.5) Schlaganfallüberlebende, rückgekehrt zur Arbeit, lebend in Scania	Semistrukturierte Interviews nach Arbeitsrückkehr. Interviewleitfaden entwickelt in Zusammenarbeit mit Rehabilitationspersonal
Balogun- Mwangi, O., Rogers, S., Maru, M., Magee, C. (2017)	Vocational Peer Support: Results of a qualitative Study	USA	Qualitative Substudie (eines grösseren RCT, noch unveröffent- licht).	Diese Studie wollte aufzeigen, ob Peer Support beim Erreichen von beruflichen Zielen nützlich ist und durch welche Mechanismen es bei der Erreichung beiträgt.	N = 13 TN, mit psy- chischer Erkrankung, Interesse zur beruflichen Reintegration, aus 2 verschiedenen Insti- tutionen, Alter: 44.92, 6 Frauen, 6 Männer	Interviews anhand Interviewleitfaden
Hibbard, M. R., Cantor, J., Charatz, H., Rosenthal, R., Ashman, T., Gundersen, N. ... & Gartner, A. (2002)	Peer support in the community: initial findings of a mentoring program for individuals with traumatic brain injury and their families.	USA	Mixed Method: 1 qualitative und 1 quantitative Synthese	Einfluss von einem community-based peer- support Programm (TBI- MPP) für Klientinnen und Klienten und ihre Familienangehörigen nach einer traumatischen Hirnverletzung (TBI) evaluieren.	Qualitative Synthese: N=20 Qualitative Synthese: N = 7 (Nur Familienmitglieder) 11 Betroffene mit SHT und 9 Bezugspersonen	Quantitatives Interview: Retrospektives struktu- riertes Interview. Inkludiert Multiple Choice mit 4 Auswahl- möglichkeiten sowie Delighted-Terrible Scale 39, Qualitatives Interview halbstruk- turiert, mit offenen Fragen

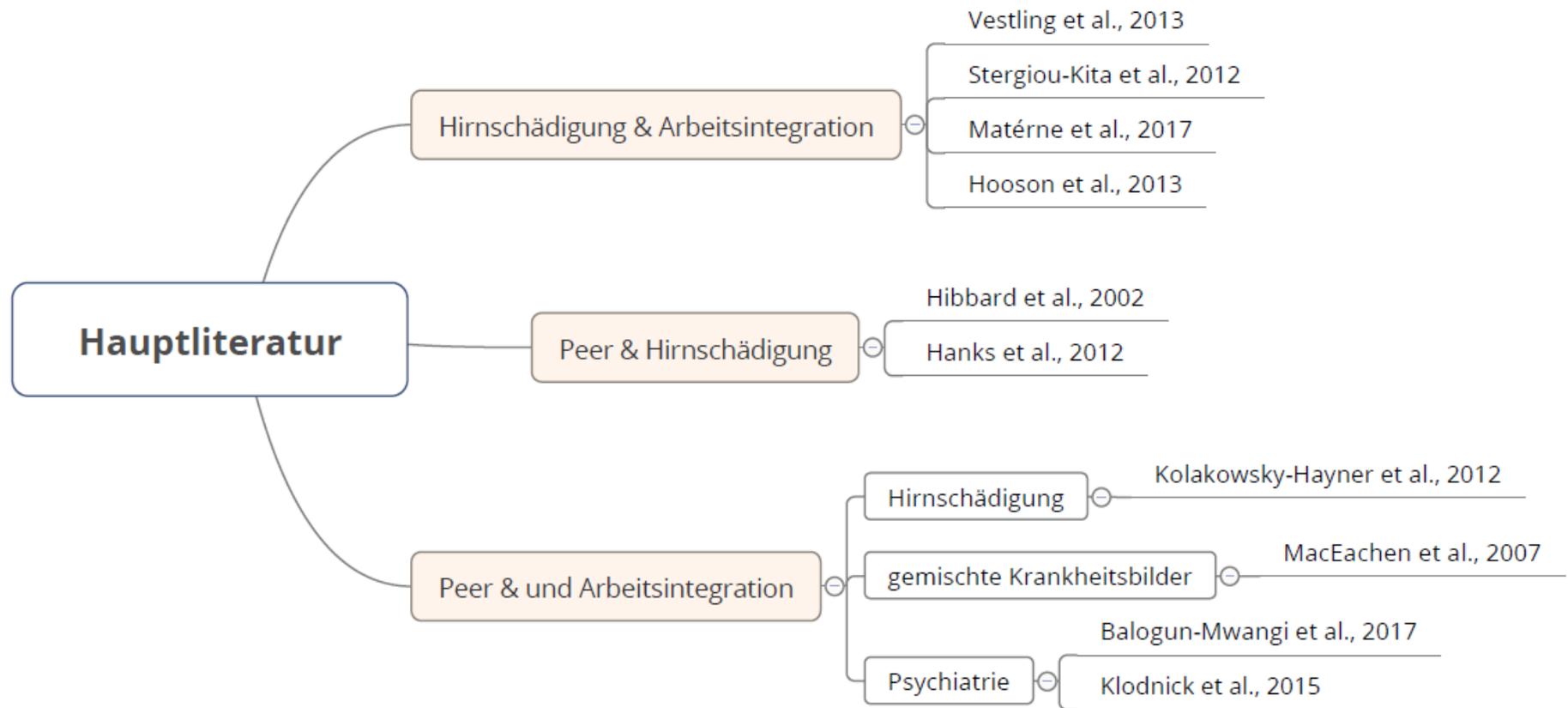


Abbildung 4: Die Themenzweige der Hauptliteratur

3.2. Methodische Vorgehensweisen der Hauptstudien

3.2.1. Studien Hirnverletzung und Arbeitsreintegration

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen derjenigen Artikel beschrieben, welche sich mit den Bedürfnissen von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration beschäftigen. Bei den vier inkludierten Studien handelt es sich um zwei phänomenologische Verfahren (Hooson, Coetzer, Stew, & Moore, 2013; Matérne, Lundqvist, & Strandberg, 2017), eine qualitative Inhaltsanalyse (Vestling, Ramel, & Iwarsson, 2013) und ein systematischer Review (Stergiou-Kita, Rappolt, & Dawson, 2012). Alle Artikel enthalten die Genehmigung eines Ethikkomitees. Die Stichprobengrösse umfasst zehn bis 50 Teilnehmende. Alle Studienteilnehmende sind Betroffene einer erworbenen Hirnschädigung im erwerbsfähigen Alter (18-65 Jahre). Alle Teilnehmende sind zum Zeitpunkt der Befragung erfolgreich reintegriert worden. Die Art und der Schweregrad der Hirnschädigung variiert allerdings zwischen den Studien. Stergiou-Kita et al. (2012) und Hooson et al. (2013) haben Menschen mit mildem bis schwerem Schädelhirntrauma befragt. Vestling et al. (2013) haben Teilnehmende nach einem Schlaganfall mit gut erhaltenen bis schwer beeinträchtigten, kognitiven Fähigkeiten inkludiert. Die Teilnehmenden der Studie von Matérne et al. (2017) haben verschiedene Arten von Hirnschädigungen wie Schlaganfall, Schädelhirntrauma oder Hirntumor. Das Rekrutierungsverfahren ist in allen Studien - ausser in derjenigen von Hooson et al. (2013) - ausreichend beschrieben. Für drei Artikel sind zur Datensammlung semistrukturierte Interviews anhand eines studienspezifischen Interviewleitfadens durchgeführt worden. Alle Interviews sind aufgenommen und transkribiert worden (Hooson et al., 2013; Matérne et al., 2017; Vestling et al., 2013). In den Studien von Vestling et al. (2013) und Matérne et al. (2017) sind alle Interviews vom gleichen Autor durchgeführt und die Kontextfaktoren ausreichend beschrieben worden. Bei Vestling et al. (2013) kannte der Interviewende die Teilnehmenden bereits aus der Rehabilitation, wenn auch nicht als behandelnder Ergotherapeut. Das hat allenfalls einen Einfluss auf die Beziehung zwischen dem Interviewer und den Teilnehmenden. In der Studie von Hooson et al. (2013) wird weder beschrieben wer die Interviews durchgeführt hat, noch die Kontextfaktoren, in welchen die Interviews stattgefunden haben. Die Datensammlung von Stergiou-Kita et al. (2012) ist durch eine umfassende Datenbankrecherche erfolgt, wobei von 79 Artikel und vier

Praxisleitfäden elf den Kriterien für eine qualitative Synthese entsprochen haben. Schlussendlich sind fünf Studien inkludiert worden, die bei der Würdigung nach dem CASP eine Bewertung von sieben oder mehr von maximal zehn Punkten erreicht haben. Vestling et al. (2013) und Matérne et al. (2017) haben eine qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman durchgeführt. Hooson et al. (2013) haben die Daten anhand einer interpretativen phänomenologischen Analyse [IPA] analysiert und Stergiou-Kita et al. (2011) haben eine Themenanalyse durchgeführt. Der Prozess der Datenanalyse ist in allen inkludierten Artikeln nachvollziehbar beschrieben und die Kategorien sind mit Zitaten belegt. In den Studien von Vestling et al. (2013), Matérne et al. (2017) und Stergiou-Kita et al. (2011) sind mehrere Forschende bei der Datenanalyse beteiligt gewesen, um einen Verlust oder eine Missinterpretation der Daten zu verhindern. In der Studie von Hooson et al. (2013) erhält man keine Information darüber, wer an der Datenanalyse beteiligt gewesen ist. Die Ergebnisse aller Artikel sind anhand von Kategorien und Unterthemen dargestellt.

Tabelle 4: *Methodologische Beurteilung qualitativer Studie nach Law et al. (1998)*

		Hooson et al. (2013)	Matérne et al. (2017)	Vestling et al. (2013)
Einleitung	Klare Formulierung des Ziels bzw. der Fragestellung			
	Beschreibung relevanter Hintergrundinformation			
	Rechtfertigung der Notwendigkeit der Studie			
Methodisches Vorgehen	Auswahl geeignetes Studiendesign begründet			
	Darlegung theoretische Perspektive			
	Geeignete Methodenauswahl hinsichtlich Ziel und Design			
	Angemessene Beschreibung des Rekrutierungsprozesses			
	Ausreichende Beschreibung der Studienteilnehmenden			

	Ethische Genehmigung eingeholt			
	Umfassende Beschreibung der Datensammlung			
	Diskussion der Datensättigung			
	Deklarierung von Vorwissen und Voreingenommenheit der Forschenden			
	Deklarierung der Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden			
	Methoden der Datenanalyse geeignet			
	Ausreichende Beschreibung der Datenanalyse			
Ergebnisse	Ergebnisse stimmen mit reflektierten Daten überein			
	Glaubwürdigkeit			
	Übertragbarkeit			
	Zuverlässigkeit			
	Nachvollziehbarkeit			
Diskussion und	Theoretische Verknüpfungen der Ergebnisse			
	Schlussfolgerung passend zu den Ergebnissen			
	Die Ergebnisse tragen zur zukünftigen Entwicklung von Theorien und Praxis der Ergotherapie bei			

Legende: = Erfüllt = Teilweise Erfüllt = Nicht Erfüllt

Tabelle 5: Beurteilung des systematischen Reviews anhand des CASP (2017)

	Stergio-Kita et al. (2011)
Klare Formulierung der Fragestellung	
Inkludierung geeigneter Studien	

Inkludierung aller relevanten Studien	
Beurteilung der Qualität der Studien	
Kombination der Ergebnisse sinnvoll	
Darstellung der Resultate	
Genauigkeit der Resultate	
Übertragbarkeit der Resultate auf die lokale Bevölkerung	
Vollständigkeit der Ergebnisse	
Ergebnisse geben Praxisimplikationen	

Legende: = Erfüllt = Teilweise Erfüllt = Nicht Erfüllt

3.2.2. Studien Peer und Arbeitsreintegration

In diesem Abschnitt werden diejenigen Studien zusammenfassend gewürdigt, die sich mit dem Thema Peer Support und Arbeitsreintegration auseinandergesetzt haben. Bei den vier inkludierten Artikeln handelt es sich um eine qualitative Unterstudie eines grösseren Randomized Controlled Trial [RCT] (Balogun-Mwangi, Rogers, Maru, & Magee, 2017), einer Projektstudie (Klodnick et al., 2015), einem phänomenologischen Verfahren (MacEachen, Kosny, & Ferrier, 2007) und einer quantitativen Studie mit Vorher-Nachher Design (Kolakowsky-Hayner, Wright, Shem, Medel, & Duong, 2012). Das Sample in den Studien umfasst zwischen 13 und 89 Teilnehmenden. Balogun-Mwangi et al. (2017) und Klodnick et al. (2015) haben Betroffene mit einer psychiatrischen Erkrankung inkludiert, die ein berufs- oder ausbildungsbezogenes Ziel erreichen möchten. Die 89 Teilnehmenden der Studie von Kolakowsky-Hayner et al. (2012) haben ein Schädelhirntrauma, eine Rückenmarksverletzung oder eine andere neurologische Erkrankung erlitten. Die Forschenden haben eine Reintegration der Teilnehmenden an einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz erreichen wollen. MacEachen et al. (2007) haben Erwerbstätige von drei Selbsthilfegruppen untersucht: Diese Erwerbstätigen leiden an Einschränkungen wie chronische Rückenschmerzen, Weichteil- und Knochenverletzungen, Kopfverletzungen oder Krebs. In den Artikeln von Klodnick et al. (2015) und Kolakowsky-Hayner et al. (2012) sind junge Erwachsene im Alter zwischen 17

und 24 Jahre untersucht worden. Bei Balogun-Mwangi et al. (2017) sowie MacEachen et al. (2007) liegt das Durchschnittsalter deutlich höher und reicht von 30 bis 69 Jahre. Alle Studienteilnehmenden leben in den USA oder in Kanada. Balogun-Mwangi et al. (2017), Klodnick et al. (2015) und Kolakowsky-Hayner et al. (2012) haben Peer Mentorinnen und Mentoren anhand eines Trainingsprogramms ausgebildet, das in keiner der Studien ausführlich beschrieben wird. Anschliessend ist den Studienteilnehmenden eine Mentorin oder ein Mentor unter Rücksichtnahme auf Alter, Geschlecht, Erfahrungen und Interessen der Betroffenen zugeteilt worden. Die Kontakthäufigkeit und Dauer der Beziehung variiert stark zwischen, aber auch innerhalb, der einzelnen Studien. Dieser Aspekt ist in keiner der drei Studien näher untersucht worden, obwohl die Kontakthäufigkeit und Dauer der Beziehung einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte (Balogun-Mwangi et al., 2017; Klodnick et al., 2015; Kolakowsky-Hayner et al., 2012). In den Studien von Balogun-Mwangi et al. (2017) und MacEachen et al. (2007) sind die Teilnehmenden mittels semistrukturierten Interviews befragt worden, welche aufgenommen und transkribiert worden sind. Klodnick et al. (2015) haben eine Zufriedenheitsumfrage mit offenen Fragen durchgeführt, welche die Teilnehmenden schriftlich oder mündlich beantwortet haben. In allen drei Artikeln haben mehrere Forscher die Daten unabhängig voneinander codiert, haben über gemeinsame Oberthemen diskutiert und anschliessend Subkategorien gebildet. Alle Studien belegen ihre Ergebnisse anhand von Zitaten. Eine Verifizierung der Daten ist nur in der Studie von Balogun-Mwangi et al. (2017) erfolgt, in welcher ein Peer Mentor als Überprüfer diente. Dies ist aber nur beschränkt passend, da sich der Peer Mentor in einer anderen Rolle befindet als die Teilnehmenden (Balogun-Mwangi et al., 2017; Klodnick et al., 2015; MacEachen et al., 2007). Zur Untersuchung der subjektiv empfundenen Arbeitsbeziehung zwischen Mentorin/Mentor und Mentee ist in der Studie von Klodnick et al. (2015) zusätzlich der WAI-S durchgeführt und anhand des Mann-Whitney U Tests analysiert worden, was insofern passend ist, da es sich um ein nonparametrisches Verfahren handelt. Die quantitative Studie von Kolakowsky-Hayner et al. (2012) unterscheidet sich in der methodischen Vorgehensweise stark von den anderen Artikeln. Zur Datensammlung ist die Disability Rating Scale [DRS], das Participation Index of Mayo-Portland Adaptability Inventory – Version 4 [M2PI], die Supervision Rating Scale [SRS], die Craig Hanicap Assessment und Reporting Technique [CHART-SF] sowie die Satisfaction Life Scale [SWLS] benutzt worden. Die standardisierten Assessments sind zu

vier verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt worden: Beim Programmstart, drei Monate nach Programmstart, bei Stellen- bzw. Ausbildungsantritt und vier Monate nach Stellen- bzw. Ausbildungsantritt. Zur Datenanalyse haben Kolakowsky-Hayner et al. (2012) für alle Variablen die deskriptiven Statistiken berechnet und auf allfällige Ausreisser und Muster untersucht. Gepaarte T-Tests sind zum Vergleich von Prä- und Postprogramm-Scores durchgeführt worden. Für mehrere Analysen ist eine Bonferroni-Korrektur angewendet worden. Es wird nichts bezüglich einer Normalverteilung erwähnt, was aufgrund der Datenanalyse nötig wäre (Kolakowsky-Hayner et al., 2012). Die Genehmigung durch das Ethikkomitee ist in allen Studien erwähnt mit Ausnahme derjenigen von Kolakowsky-Hayner et al. (2012), obwohl sie indiziert wäre.

Tabelle 6: *Methodologische Beurteilung qualitativer Studie nach Law et al. (1998)*

		Balogun-Mwangi et al. (2017)	Klodnick et al. (2015)	MacEachen et al. (2007)
Einleitung	Klare Formulierung des Ziels bzw. der Fragestellung	Green	Green	Green
	Beschreibung relevanter Hintergrundinformation	Green	Green	Green
	Rechtfertigung der Notwendigkeit der Studie	Green	Green	Yellow
Methodisches Vorgehen	Auswahl geeignetes Studiendesign begründet	Orange	Green	Green
	Darlegung theoretische Perspektive	Orange	Orange	Green
	Geeignete Methodenauswahl hinsichtlich Ziel und Design	Green	Green	Green
	Angemessene Beschreibung des Rekrutierungsprozesses	Yellow	Orange	Yellow
	Ausreichende Beschreibung der Studienteilnehmenden	Green	Orange	Light Green
	Ethische Genehmigung deklariert	Green	Orange	Green
	Umfassende Beschreibung der Datensammlung	Yellow	Green	Yellow

	Diskussion der Datensättigung			
	Deklaration von Vorwissen und Voreingenommenheit der Forschenden			
	Deklaration der Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden			
	Methoden der Datenanalyse geeignet			
	Ausreichende Beschreibung der Datenanalyse			
Ergebnisse	Ergebnisse stimmen mit reflektierten Daten überein			
	Glaubwürdigkeit			
	Übertragbarkeit			
	Zuverlässigkeit			
	Nachvollziehbarkeit			
Diskussion und Schlussfolgerung	Theoretische Verknüpfungen der Ergebnisse			
	Schlussfolgerung passend zu den Ergebnissen			
	Die Ergebnisse tragen zur zukünftigen Entwicklung von Theorien und Praxis der Ergotherapie bei			

Legende: = Erfüllt = Teilweise Erfüllt = Nicht Erfüllt

Tabelle 7 Methodologische Beurteilung quantitativer Studien nach Letts et al. (2007)

		Kolakowsky-Hayner et al. (2012)
Einleitung	Klare Formulierung des Ziels bzw. der Fragestellung	
	Beschreibung relevanter Hintergrundinformation	
	Rechtfertigung der Notwendigkeit der Studie	

Methodisches Vorgehen	Auswahl geeignetes Studiendesign begründet	Teilweise Erfüllt
	Stichprobenauswahl detailliert beschrieben	Erfüllt
	Stichprobengrösse begründet (Sample Size Calculation)	Nicht Erfüllt
	Angemessene Beschreibung des Rekrutierungsprozesses	Teilweise Erfüllt
	Ethische Genehmigung eingeholt	Nicht Erfüllt
	Outcome Messungen sind reliabel	Erfüllt
	Outcome Messungen sind valide	Erfüllt
	Detaillierte Beschreibung der Massnahmen	Teilweise Erfüllt
	Vermeidung von Kontaminierung	Teilweise Erfüllt
	Vermeidung von Ko-Interventionen	Teilweise Erfüllt
	Geeignete Analysemethoden	Erfüllt
Ergebnisse	Ausreichende Beschreibung des Samples	Erfüllt
	Ausscheiden der Teilnehmenden begründet	Erfüllt
	Statistische Signifikanz deklariert	Erfüllt
	Klinische Bedeutung der Ergebnisse angegeben	Erfüllt
	Schlussfolgerung angemessen zur Methode und Ergebnisse	Erfüllt

Legende:  = Erfüllt  = Teilweise Erfüllt  = Nicht Erfüllt

3.2.3. Studien Peer und Hirnverletzung

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen derjenigen Artikel beschrieben, welche sich mit dem Peer Support für Menschen nach erworbener Hirnschädigung auseinandersetzen. Bei den zwei inkludierten Artikeln handelt es sich um ein Mixed Method Verfahren (Hibbard et al., 2002) und einen Randomized Controlled Trial (Hanks, Rapport, Wertheimer, & Koviak, 2012). Im Gegensatz zu Hanks et al. (2012) fehlt bei der Studie von Hibbard et al. (2002) die Erläuterung einer Genehmigung des Ethikkomitees, obwohl diese nötig wäre. Bezüglich des Samplings unterscheiden sich die beiden Studien stark. Hanks

et al. (2012) haben für ihre Untersuchung 96 Betroffene mit Schädelhirntrauma sowie 62 Angehörige aus dem Southeastern Michigan Traumatic Brain Injury System rekrutiert. Allerdings gibt es in der Studie keine Angaben einer Sample Size Calculation. Hibbard et al. (2002) haben für ihre Studie lediglich 20 Teilnehmende gewinnen können. Da die Forschenden zu wenig Teilnehmende für den quantitativen Teil gehabt haben, haben sie nur den qualitativen Teil durchgeführt. Viele Teilnehmende (N=32) wollten am Peer Support-Programm, jedoch nicht an der Studie teilnehmen. Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden nicht ausreichend informiert geworden sind. Bei den 20 Teilnehmenden handelt es sich um elf Betroffene eines Schädelhirntraumas und neun Angehörige (Hibbard et al., 2002). Für den qualitativen Teil der Studie sind sieben Angehörige mittels eines semistrukturierten Interviews befragt worden (Hibbard et al., 2002). Das Durchschnittsalter liegt bei beiden Studien im mittleren Erwachsenenalter zwischen 30 und 40 Jahren. Im Gegensatz zu Hanks et al. (2012) haben Hibbard et al. (2002) mehr Frauen (70%) untersucht. Die Angaben zum Schweregrad der Hirnverletzung sind beschränkt. In der Studie von Hibbard et al. (2002) werden hierzu keinerlei Angaben gemacht. Hanks et al. (2002) beschreiben die Teilnehmenden anhand von objektiven Messungen zur Zeit des Ereignisses mittels Glasgow Coma Scale und Orientation Log [O-Log]. Weder Hanks et al. (2012) noch Hibbard et al. (2002) beschreiben jedoch die gegenwärtigen Einschränkungen der Betroffenen. In beiden Studien haben die Forschenden ein Trainingsprogramm für die Peer Mentorinnen und Mentoren durchgeführt. Bei Hanks et al. (2012) hat das Trainingscurriculum für die Mentorinnen und Mentoren insgesamt 20 Stunden gedauert, während bei Hibbard et al. (2002) das Training aus acht ganztägigen Workshops bestanden hat. In beiden Programmen haben die Peer Mentorinnen und Mentoren Techniken gelernt bezüglich Gesprächsführung, Kommunikation, aktivem Zuhören und Fürsprache einlegen. Im Training von Hibbard et al. (2002) sind die Peer Mentorinnen und Mentoren zusätzlich über Schädelhirntraumata und Ressourcen der Gesellschaft aufgeklärt worden. In beiden Studien ist den Mentorinnen und Mentoren im Anschluss an das Training eine teilnehmende Person als Mentee zugeordnet worden. Die Zuordnung ist unter Berücksichtigung von demographischen Variablen, Alter, Krankheitsbild und Interessen erfolgt (Hanks et al., 2012; Hibbard et al., 2002). Im Gegensatz zu Hibbard et al. (2002) gibt es in der Untersuchung von Hanks et al. (2012) zwei Kontrollgruppen – eine für die Betroffenen und eine für die Angehörigen.

Allerdings wird der Prozess der Randomisierung unzureichend beschrieben. Die Kontakthäufigkeit und Länge der Partnerschaft variiert in beiden Untersuchungen stark (Hanks et al., 2012; Hibbard et al., 2002). Dies müsste aus Sicht der Verfasserinnen klarer geregelt sein, da es allenfalls einen Effekt auf das Ergebnis hat. In der Datensammlung und Auswertung unterscheiden sich die beiden Artikel. Hibbard et al. (2002) haben im quantitativen Teil retrospektive, strukturierte Telefoninterviews mit Multiple Choice Antworten durchgeführt. Die Teilnehmenden sind in den Bereichen Empowerment, Stimmung, Fähigkeiten, Wissen und soziale Unterstützung befragt worden, wobei ihnen jeweils vier Antworten zur Verfügung gestanden sind. Während des Interviews ist zweimal die Lebensqualität anhand der Delighted Terrible Scale³⁹ erörtert worden. Zusätzlich sind die Teilnehmenden in einem zweiten Teil bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Mentorin oder dem Mentor, der Kontakthäufigkeit und Länge der Peerbeziehung, befragt worden, indem sie wiederum aus vier Antwortmöglichkeiten wählen können. Die Reliabilität sowie die Validität ist laut der Autoren und Autorinnen aufgrund von Problemen bei der Datenerhebung und des Umstands, dass das Programm nur während der Studie angewendet worden ist, zurückgestellt worden (Hibbard et al., 2002). In der Studie von Hanks et al. (2012) ist die Datensammlung nach 12 Monaten mittels einer Vielzahl von validen und reliablen subjektiven Messinstrumenten erfolgt. Zusätzlich haben sie eine studienspezifische Zufriedenheitsumfrage zum Programm anhand einer Likert Skala durchgeführt (Hanks et al., 2012). In der Studie von Hibbard et al. (2002) sind die Angaben der Datenanalyse unklar. Ergebnisse sind in Prozentzahlen angegeben und man erfährt nichts zur Signifikanzgrösse. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass dies auf die kleine Stichprobengrösse zurückzuführen ist. Hingegen sind die Analyseverfahren von Hanks et al. (2012) mittels Chi-Square Test und T-Test angemessen und die Signifikanzgrösse ist ebenfalls beschrieben. Zusätzlich ist die Effektgrösse mittels Cohen d ermittelt worden, um den Einfluss des Programms auf Emotionen, Lebensqualität und Gesellschaftsintegration zu reflektieren (Hanks et al., 2012). Allerdings fehlen Angaben bezüglich Normalverteilung, was in Anbetracht der Durchführung von t-Test und Cohen d nötig wäre. Hibbard et al. (2002) haben zusätzlich zu den quantitativen Interviews mit sieben Angehörigen halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Anschliessend ist eine Inhaltsanalyse durchgeführt worden. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, wie die Kategorien entstanden sind und wer diese gemacht hat (Hibbard et al., 2002).

Tabelle 8: Methodologische Beurteilung quantitativer Studien nach Letts et al. (2007)

		Hanks et al. (2012)	Hibbard et al. (2002)
Einleitung	Klare Formulierung des Ziels bzw. der Fragestellung	Erfüllt	Erfüllt
	Beschreibung relevanter Hintergrundinformation	Erfüllt	Erfüllt
	Rechtfertigung der Notwendigkeit der Studie	Erfüllt	Erfüllt
Methodisches Vorgehen	Auswahl geeignetes Studiendesign begründet	Erfüllt	Nicht Erfüllt
	Stichprobenauswahl detailliert beschrieben	Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Stichprobengrösse begründet (Sample Size Calculation)	Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Angemessene Beschreibung des Rekrutierungsprozesses	Nicht Erfüllt	Nicht Erfüllt
	Ethische Genehmigung eingeholt	Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Outcome Messungen sind reliabel	Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Outcome Messungen sind valide	Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Detaillierte Beschreibung der Massnahmen	Erfüllt	Erfüllt
	Vermeidung von Kontaminierung	Nicht Erfüllt	Teilweise Erfüllt
	Vermeidung von Ko-Interventionen	Nicht Erfüllt	Nicht Erfüllt
	Geeignete Analysemethoden	Nicht Erfüllt	Erfüllt
	Ergebnisse	Ausreichende Beschreibung des Samples	Erfüllt
Ausscheiden der Teilnehmenden begründet		Nicht Erfüllt	Erfüllt
Statistische Signifikanz deklariert		Erfüllt	Teilweise Erfüllt
Klinische Bedeutung der Ergebnisse angegeben		Erfüllt	Teilweise Erfüllt
Schlussfolgerung angemessen zur Methode und Ergebnisse		Erfüllt	Erfüllt

Legende: = Erfüllt = Teilweise Erfüllt = Nicht Erfüllt

3.3. Ergebnisse dargestellt im Model of Human Occupation

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand des Subsystems des MOHO dargestellt.

3.3.1. Volition

Bedeutung von Arbeit

Laut Hooson et al. (2013) sehen Menschen nach erworbener Hirnschädigung den primären Nutzen von Arbeit darin, sich als Person entfalten zu können und die persönliche Identität zu festigen. Auch in der Studie von Vestling et al. (2013) wird Arbeit mit persönlicher Entwicklung verbunden und ist zugleich ein priorisiertes Ziel der Betroffenen. Finanzielle Gründe sind eher sekundär (Vestling et al., 2013). Vielmehr wird Arbeit als bedeutungsvoll angesehen und ruft bei Menschen nach erworbener Hirnschädigung ein Gefühl der Normalität hervor. Für die Betroffenen ist sie eine treibende Kraft und erhöht die Zufriedenheit (Matérne et al., 2017; Stergiou-Kita et al., 2012).

Emotionen bezüglich Arbeitsreintegration

Die Ergebnisse von Vestling et al. (2013) zeigen, dass eine Arbeitswiedereingliederung gemischte Gefühle hervorrufen kann. Zum einen Zufriedenheit und Vorfriede und zum anderen gleichzeitige Frustration und Besorgnis. Eine Teilnehmende von Vestling et al. (2013) beschreibt das folgendermassen: «It was both happy in a way and grateful that I had come back, but incredibility afraid too, an insecure. You could say that one does not go through this unaffected» (S. 207). Betroffene leiden unter Versagensängsten und der Angst vor Stigmatisierung (Stergiou-Kita et al., 2012).

Eingeschränkte physische Mobilität ist mit Scham verbunden und der Angst von Mitarbeitenden als «abnormal» abgestempelt zu werden (Hooson et al., 2013). Zudem sorgen sich einige Betroffene, dass sie trotz erfolgreicher Arbeitswiedereingliederung entlassen werden, falls der Arbeitgebende keine Unterstützungsgelder mehr erhält (Matérne et al., 2017). Während sich einige Menschen nach einer erworbenen Hirnschädigung frühpensionieren lassen, haben andere Angst, dadurch eine Belastung für Familie und Gesellschaft zu werden (Vestling et al., 2013).

Menschen aus dem psychiatrischen Setting berichten, dass ihnen ihre Peer Mentorinnen und Mentoren ein Gefühl der Akzeptanz vermitteln, was sie in früheren Erfahrungen wenig erlebt haben. Teilnehmende können offen über ihre Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit der Arbeitsreintegration sprechen. Das Verständnis der Peer Mentorinnen und Mentoren über die Ängste in Zusammenhang mit Arbeit hat einen schnellen Aufbau einer persönlichen und starken Beziehung zu ihren Mentees ermöglicht. Das fördert eine gute, offene und freundliche Zusammenarbeit, bei der sie ihr «wahres Ich» zeigen können (Balogun-Mwangi et al., 2017).

Identitätskrise

Menschen berichten nach einer erworbenen Hirnschädigung, dass sie seit dem Ereignis weniger Selbstbewusstsein haben als zuvor (Matérne et al., 2017). Nicht mehr über die gleichen beruflichen Fähigkeiten zu verfügen wie vor dem Ereignis, verbinden die Betroffenen mit einem Verlust der eigenen Identität (Hooson et al., 2013). Sie müssen ihre Identität neu definieren, ihre Fähigkeiten und Grenzen austesten, diese evaluieren und schliesslich akzeptieren. Erst nach der Akzeptanz können Strategien und Hilfsmittel gesucht werden, um die Arbeitsreintegration zu unterstützen (Stergiou-Kita et al., 2012). Ein übereifriger Arbeitswiedereinstieg, bei dem der Arbeitsumfang zu schnell erweitert wird, kann ein Rückschlag sein und zu einer erneuten Krise führen (Hooson et al., 2013; Matérne et al., 2017). Viele Betroffene berichten, dass sie sich erst während des Wiedereingliederungsprogramms ihrer verminderten Arbeitskapazität bewusstgeworden sind und sich als «nicht normal» wahrgenommen haben (Hooson et al., 2013). Die Mehrheit der Betroffenen hat Mühe, den aktuellen beruflichen Status zu akzeptieren. Die veränderten beruflichen Kapazitäten wirken sich insbesondere auf den Stolz der Männer aus, da sie oft weniger Verdienstmöglichkeiten haben als früher (Hooson et al., 2013). Matérne et al. (2017) beschreiben, dass Betroffene zwar gewillt sind, sich beruflich weiterzuentwickeln, jedoch an ihren Fähigkeiten zweifeln. Das Setzen von beruflichen Zielen ist darum für die Arbeitsreintegration hilfreich. Eine erfolgreiche Arbeitsreintegration kann das Gefühl hervorrufen, gebraucht zu werden und die Freude an Herausforderungen steigern (Matérne et al., 2017).

Laut Hibbard et al. (2002) ist Peer Support ein vielversprechender Ansatz für die Bewältigung der Folgen einer erworbenen Hirnschädigung. Peer Support hilft Betroffenen sich bessere Kenntnisse über die Folgen eines Schädelhirntraumas anzueignen (Hanks et al., 2012). So hat er positive Auswirkungen auf die Zukunftsperspektiven und Betroffene können sich effizienter an das Leben mit Einschränkungen anpassen (Hibbard et al., 2002; Kolakowsky-Hayner et al., 2012). Ebenso wird von einer besseren subjektiven Lebensqualität berichtet. In der Studie von Hibbard et al. (2002) zeigen die Teilnehmenden zudem einen besseren Umgang mit Depressionen.

Im psychiatrischen Setting bekommen Betroffene in der Arbeitsreintegration durch den Peer Support optimistische Anregungen und Hilfestellungen für die Bewältigung von Herausforderungen. Der Austausch vermindert das Gefühl der Entfremdung und die emotionale Isolation (Balogun-Mwangi et al., 2017). In der Studie von Klodnick et al. (2015) berichten mehrere Teilnehmende von einem gesteigerten Selbst- und Verantwortungsbewusstsein. Peers vermittelten Hoffnung, indem sie die Betroffenen bestärken, wenn sie an den eigenen Fähigkeiten zweifeln. Sie ermutigen und unterstützen ihre Mentees bei der Entwicklung von beruflichen Zielen und geben ihnen eine Zukunftsperspektive (Balogun-Mwangi et al., 2017; Klodnick et al., 2015). Dies wird in den Erläuterungen einer Teilnehmenden der Studie von Balogun-Mwangi et al. (2017) deutlich: «She [vocational peer support specialist] gave me a lot of hope, and helped me look to the future, where it was very bleak. I didn't see a future for me» (S. 10).

3.3.2. Habituation

Veränderte Routinen und Gewohnheiten

Viele Betroffene haben, nach einer traumatischen Hirnverletzung ihren Lebensstil geändert, wie beispielsweise durch mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung (Vestling et al., 2013). Die Ergebnisse von Hanks et al. (2012) zeigen, dass Mentees nach erworbener Hirnschädigung gegenüber der Kontrollgruppe deutlich weniger Alkohol konsumieren seit sie Peer Support in Anspruch nehmen. Zudem erleben sie weniger Chaos in der häuslichen Umgebung. Laut Matérne et al. (2017) haben Menschen nach

erworbener Hirnschädigung grössere Schwierigkeiten, Dinge zu bewältigen. MacEachen et al. (2007) haben zudem herausgefunden, dass Sorgen während des Reintegrationsprozesses bei Menschen mit einer Hirnverletzung zu mehr Medikamenteneinnahme und Antriebslosigkeit führt. Durch Peersupport wenden Betroffene gesündere, aufgabenorientierte Bewältigungsstrategien an. Sie handeln weniger emotionsfokussiert oder vermeidend, wie beispielsweise mit Wut oder Alkoholkonsum (Hanks et al., 2012). In der Studie von Hanks et al. (2012) ist eine signifikante Verbesserung im Bereich der Verhaltenskontrolle nachgewiesen worden. Arbeit stellt bei Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung einen wichtigen Punkt in der Tagesstruktur dar. Die Betroffene werden zum Verlassen des Hauses veranlasst und haben wieder ein Ziel im Alltag (Stergiou-Kita et al., 2012; Vestling et al., 2013). Ein Zitat aus der Studie von Stergiou-Kita et al. (2012) verdeutlicht diesen Aspekt: «Working, having a purpose. Right now, I feel like I don't have a purpose. I just get up, watch a little TV and that's about it» (S. 5).

Rollentransition

Die Rolle als Arbeitnehmer und Arbeitnehmerin verändert sich nach einer erworbenen Hirnschädigung häufig, da Betroffene nicht mehr Vollzeit arbeiten können (Matérne et al., 2017). In der Studie von Hooson et al. (2013) berichten die Teilnehmenden von der Angst gegenüber der Gesellschaft, weil sie Aufgaben und Arbeiten nicht mehr wie vor dem Ereignis ausführen können. Die Veränderung vom «Brötchenverdienenden» oder der «Hausfrau» zu jemand «Unnützem» geht mit dem Gefühl einher, eine Belastung für Familie und Gemeinschaft zu sein (MacEachen et al., 2007). Dafür rücken durch die reduzierten Arbeitszeiten und die dadurch gewonnene Zeit andere bedeutungsvolle Rollen wie zum Beispiel die des Familienvaters in den Vordergrund (Matérne et al., 2017; Stergiou-Kita et al., 2012; Vestling et al., 2013).

Peer Mentorinnen und Mentoren stellen für Betroffene im psychiatrischen Setting ein Vorbild in der Rollentransition dar. Im Gegensatz zu Angehörigen, welche oft die Erwartung haben, dass Betroffene direkt ohne Vorbereitung wiedereinsteigen können, kennen Peers die Herausforderungen, welche die Arbeitsreintegration mit sich bringt

(Balogun-Mwangi et al., 2017). Eine Teilnehmende der Studie von Balogun-Mwangi et al. (2017) berichtet:

I have a lot of patience, but she had a lot more patience and positive affirmations. I would like to be as kind as her. I would like to know her outside of work, but we haven't had that opportunity. She was a role model. She was professional and you can tell she takes a great interest in her job, which is, you know, it's real important to her too, like it is to me (S. 10).

Peer Mentorinnen und Mentoren können spezifische Bewältigungsstrategien aus eigener Erfahrung aufzeigen. Beispielsweise wie man berufliche und persönliche Konflikte positiv beeinflussen kann. Durch den Peer Support erkennen Betroffene, dass es möglich ist, eigene berufliche Ziele zu erreichen (Balogun-Mwangi et al., 2017).

3.3.3. Performanzvermögen

Multidimensionale Einschränkungen

Eine erworbene Hirnschädigung kann verschiedene Einschränkungen zur Folge haben. Dazu gehören auch kognitive Einschränkungen, wie beispielsweise Gedächtnisprobleme. Betroffene berichten von Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken, und erleben das Erlernen von neuen Fertigkeiten als herausfordernd (Matérne et al., 2017; Vestling et al., 2013). Nach Matérne et al. (2017) wirken sich die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten auf die Kommunikation aus und somit auf eine erfolgreiche Arbeitsreintegration. Zudem kämpfen viele Betroffene bei der Arbeitsreintegration mit dem Fatigue-Syndrom. Dieses wirkt sich negativ auf die Konzentration und die Aufmerksamkeit während der Arbeit aus (Matérne et al., 2017). Nach erworbener Hirnschädigung berichten Menschen in Zusammenhang mit Fatigue von Kontrollverlust, da die Müdigkeit unvorhergesehen kommt und jederzeit auftreten kann (Vestling et al., 2013). Dies erschwert es, einem Vollzeitjob nachzugehen (Matérne et al., 2017).

Aufgrund von physischen Einschränkungen ist die Mobilität bei einigen Betroffenen erschwert. Sie haben auf dem Arbeitsweg oder am Arbeitsplatz Herausforderungen zu bewältigen (Hooson et al., 2013). Dies bereitet den Betroffenen Sorgen, da es ihnen schwerer erscheint, sich zu sozialisieren. Zudem können anspruchsvolle, handwerkliche

Tätigkeiten nicht selbständig durchgeführt werden (Vestling et al., 2013). Die Studie von Hibbard et al. (2002) zeigt, dass Peer Support-Programme positive Auswirkungen auf der Ebene des Glücks haben können und zu einer besseren Bewältigung von Gefühlen wie Wut und Angst führt. Zudem berichten Studienteilnehmende über verbesserte Kommunikation mit Fachpersonen und erleben eine gesteigerte Kontrolle über ihr Leben (Hibbard et al., 2002). Betroffene mit Peer Support erleben weniger somatische Stresssymptome (Hanks et al., 2012). Ergebnisse der Studie von Kolakowsky-Hayner et al. (2012) zeigen, dass Peer Support bei Menschen nach erworbener Hirnschädigung zu einer Verbesserung in den Bereichen Arbeitsfähigkeit, Funktionsniveau, Gesellschaftspartizipation, Mobilität und kognitiver Selbständigkeit führen kann. Im psychiatrischen Setting erleben es Betroffene mit Peer Support als hilfreich, dass Peers mit ihnen berufliche Ziele erarbeiten, die trotz ihrer Einschränkungen erreichbar sind (Balogun-Mwangi et al., 2017). Eine Teilnehmende der Studie von Balogun-Mwangi et al. (2017) sagt in diesem Zusammenhang: «Every time we met, we talked about some experiences we were going through in our lives, and then we referred back to our job experiences, and then the things that I was doing on my own» (S. 8).

Ein wichtiger Aspekt hinsichtlich der Arbeitswiedereingliederung ist das Lernen von Kompensationsstrategien, beispielsweise das Gelingen der Aufrechterhaltung der Kommunikation mit Fachpersonen und die Beschaffung von Informationen zu diversen Themen (MacEachen et al., 2007).

Überforderung

Die Arbeitsreintegration kann für Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung überfordernd sein. Gründe dafür können sein, dass sie sehr viel Eigeninitiative zeigen müssen oder der Reintegrationsprozess zu schnell geht und deshalb Arbeitsstunden reduziert werden müssen (Matérne et al., 2017). Stergiou-Kita et al. (2012) zeigen auf, dass Arbeitsaufgaben von einigen Betroffenen als schwierig, unangenehm und stressig erlebt werden. Durch Peer Support kann bei Menschen nach erworbener Hirnschädigung eine Verbesserung in der Selbständigkeit erreicht werden (Kolakowsky-Hayner et al., 2012).

Die Angst vor Meinungsverschiedenheiten mit den Arbeitgebenden wird in der Studie von MacEachen et al. (2007) von den Teilnehmenden häufig genannt. Peer Mentorinnen und Mentoren können dabei Unterstützung bieten, indem sie beispielsweise die betroffene Person zu einem Gespräch begleiten, um deren Präsenz und Meinung zu stärken. Ergebnisse von Peer Support in der Arbeitsreintegration von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zeigen, dass Peers die Betroffenen häufig bei der Krisenbewältigung unterstützen. Durch eine persönliche Krise sind die beruflichen Ziele gefährdet (Balogun-Mwangi et al., 2017). Für die Peers steht laut Balogun-Mwangi et al. (2017) in einem solchen Fall das Wohlergehen der Betroffenen im Vordergrund, weshalb sie die Priorität auf die Krisenbewältigung setzten. In solch einem Fall ist der Fokus auf die Arbeitsreintegration bis zur Überwindung der Krise oft zurückgestellt worden (Balogun-Mwangi et al., 2017). Klodnick et al. (2015) beschreiben, dass Peersupport im psychiatrischen Setting bei der Jobsuche sowie der Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch Unterstützung bietet. Peer Mentorinnen und Mentoren können jedoch Fachpersonen nicht ersetzen, da es auch komplexere Bedürfnisse von Betroffenen gibt, welche die Kompetenzen der Peer Mentorinnen und Mentoren übersteigen (Balogun-Mwangi et al., 2017).

3.3.4. Umwelt

Soziale Partizipation

Für Menschen nach erworbener Hirnschädigung bedeutet Arbeit, Mitglied eines Teams zu sein und soziale Kontakte zu pflegen. Nicht mehr Teil dieser Gemeinschaft zu sein, fördert soziale Exklusion (Hooson et al., 2013). Die soziale Dimension der Arbeit wird nach einem hirnschädigenden Ereignis wichtiger. Sie befriedigt soziale Bedürfnisse ausserhalb des engen Familienlebens und hilft, sich wieder zu sozialisieren und Leute zu treffen (Stergiou-Kita et al., 2012; Vestling et al., 2013). Indem das Team über die Einschränkungen informiert wird, kann mehr Verständnis für die Situation geschaffen werden und die Mitarbeitenden können den Betroffenen besser unterstützen (Matérne et al., 2017; Stergiou-Kita et al., 2012).

Viele der Betroffenen fühlen sich durch ihre Situation stigmatisiert. Im Austausch mit anderen Betroffenen, die ihre Situation verstehen, bekommen sie das Gefühl, mehr als eine Nummer im Arbeitsreintegrationsprozess zu sein. Durch den Peer Support erleben sie gegenseitiges Vertrauen und sprechen mit Peers auch über Themen, die sie sonst niemandem anvertrauen. Dadurch werden Schamgefühle der Betroffenen abgebaut. Ausserdem erhalten sie von Peers Informationen, welche Hilfsangebote es zu entsprechenden Themen gibt (MacEachen et al., 2007).

Soziale Unterstützung in der Arbeitsreintegration

Teilweise erfahren Menschen nach erworbener Hirnschädigung zu wenig Unterstützung, fühlen sich bei der Reintegration blossgestellt und schlecht behandelt (Vestling et al., 2013). Unterstützung und Ermutigung durch Arbeitgebende, Mitarbeitende, Familie, Freunde, Peers und Fachpersonal empfinden sie bei der Reintegration als hilfreich (Stergiou-Kita et al., 2012; Vestling et al., 2013). Nur wenige der Betroffenen haben bei ihrer Reintegration eine fixe Ansprechperson. Dies empfinden sie aber als hilfreich (Vestling et al., 2013). Eine Betroffene der Studie von Vestling et al. (2013) sagt diesbezüglich: «It would have been nice to have somebody who sort of came along on his own accord to ask if he could take over: Can I help you, Can I get you anything? » (S. 205).

MacEachen et al. (2007) berichten, dass den Betroffenen häufig der Eins-zu-eins-Kontakt mit einer Fachperson, beispielsweise einem Casemanager, fehlt. Zudem haben sie teilweise das Gefühl, dass die Fachpersonen ihre aktuelle Situation falsch einschätzen oder nicht ernstnehmen, wodurch sie massgeblichen Belastungen ausgesetzt werden. Menschen nach erworbener Hirnschädigung empfinden Transparenz und einen guten Informationsfluss als essentiell für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Engagement von Seiten der Arbeitgebenden und ein wertschätzender Kontakt mit denselben ist ebenfalls ein positiver Einflussfaktor. Eine Teilnehmerin, die erfolgreich integriert wurde berichtet, dass sie durch den Support einer Arbeitskollegin, die bereits Erfahrung mit der Reintegration hatte, im Prozess bestärkt worden ist (Matérne et al., 2017).

Menschen mit einer psychischen Erkrankung fühlen sich durch die Peer Mentorinnen und Mentoren verstanden. Es hilft ihnen mit jemandem reden zu können, der ähnliche Erfahrungen gemacht hat (Klodnick et al., 2015). Eine wichtige Eigenschaft der Peerbeziehung ist ihr nicht hierarchischer und vorurteilsfreier Charakter. Eine Teilnehmende der Studie von Balogun-Mwangi et al. (2017) beschreibt dies folgendermassen: «You don't feel like you're a client or the consumer or whatever they want to call people. You just feel like who you are. And it feels good to feel like who you are » (S. 6).

Betroffene suchen Selbsthilfegruppen auf, wenn sie sich missverstanden und unfair behandelt fühlen oder Hürden im System erleben. Betroffene erzählen, dass sie sich teilweise gezwungen gefühlt haben, an Programmen teilzunehmen, welche unangemessen in Bezug auf ihre Fähigkeiten gewesen sind. Dadurch haben sie sich nicht ausreichend auf einen Job vorbereitet gefühlt. Sie suchen nach Verständnis und Bestärkung (MacEachen et al., 2007). Peer Mentorinnen und Mentoren können in der Kontaktaufnahme mit Fachpersonen, wie beispielsweise der Integrationsfachperson, Unterstützung bieten (Klodnick et al., 2015).

Instrumenteller Support

Matérne et al. (2017) beschreiben, dass Menschen nach erworbener Hirnschädigung, die erfolgreich reintegriert worden sind, eine bedeutungsvolle, respektvolle und offene Interaktion mit den Behörden des Sozialversicherungssystems als hilfreich empfinden. Betroffene sind häufig über die finanzielle Absicherung während der Arbeitsreintegration besorgt (MacEachen et al., 2007). Unterstützungsgelder können den Druck nehmen, trotz reduzierter Leistung an einer Arbeitsstelle zu arbeiten. Ebenso kann instrumenteller Support, wie beispielsweise ein Transportdienst, unterstützend sein (Stergiou-Kita et al., 2012).

Betroffene schätzen Peer Mentorinnen und Mentoren nicht nur aufgrund gemeinsamer Erfahrungen, sondern auch weil sie mit Arbeitskompensationsstrategien sowie dem Gesundheitssystem vertraut sind. Sie verstehen die missliche Lage während der Wiedereingliederung und verfügen über das Wissen, wie man mit dem System

kommunizieren und somit Probleme lösen kann (MacEachen et al., 2007). Sie können greifbare Unterstützung bieten, zum Beispiel durch Transport und Begleitung zu Terminen. Betroffene fühlen sich dadurch mit ihren Krisen weniger allein gelassen (Balogun-Mwangi et al., 2017).

4. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit machen deutlich, dass die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration vielfältig und komplex sind. Weiterführende Literatur von Smith, Atmatzidis, Capogreco, Lloyd-Randolfi, und Seman (2017) bekräftigen diese Aussage, indem sie die Notwendigkeit einer engmaschigen Unterstützung während der Arbeitsreintegration in ihrer Studie betonen. Die inkludierten Studien geben Hinweise, dass Peer Support in unterschiedlichen Settings positive Auswirkungen haben kann und von den Mentees als bereichernd erlebt wird. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen von Struchen et al. (2011), wonach alle teilnehmenden Mentees das Peer Support-Programm weiterempfehlen würden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen aber darauf hin, dass die Implementierung von Peer Support mit vielen Herausforderungen verbunden und ausreichende Supervision zwingend notwendig ist. Diese Aussage wird bestärkt durch die Ergebnisse von Kern et al. (2013), wonach es bei der Anwendung von Peer Support eine hohe Toleranz von Seiten der Fachpersonen braucht. Allerdings sind wiederum die spezifische Arbeitseinstellung, die persönlichen Werte und das Engagement als Stärke der Peers identifiziert worden (Kern et al., 2013).

4.1. Diskussion der Ergebnisse anhand des MOHO

Im Folgenden diskutieren die Verfasserinnen, welche Auswirkungen Menschen nach erworbener Hirnschädigung auf ihre Betätigungsidentität sowie Betätigungskompetenz erleben und inwiefern Peer Support bei der Betätigungsadaptation unterstützend sein kann.

4.1.1. Betätigungsidentität

Die Ergebnisse der Subkategorie «Bedeutung von Arbeit» zeigen deutlich auf, dass Arbeit für Menschen nach erworbener Hirnschädigung als bedeutend für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung und die Festigung der Identität angesehen wird. Wie in der Einleitung beschrieben, hat Arbeit einen hohen Stellenwert in der westlichen Bevölkerung (Debrunner, 2017). Häufig werden sich Menschen nach erworbener Hirnschädigung erst während der Wiedereingliederung über die begrenzte Arbeitskapazität bewusst und haben Schwierigkeiten ihre Einschränkungen zu akzeptieren. Nicht mehr über die gleichen beruflichen Fähigkeiten zu verfügen, verknüpfen Betroffene mit einem tieferen Selbstbewusstsein und dem Verlust der eigenen Identität (Matérne et al., 2017; Stergiou-Kita et al., 2012). Menschen nach erworbener Hirnschädigung erleben Selbstzweifel und sehen eine eingeschränkte Zukunftsperspektive (Matérne et al., 2017). Die Rolle des Arbeitnehmenden verändert sich nach einer erworbenen Hirnschädigung entscheidend, wie in der Subkategorie «Rollentransition» beschrieben wird. Anstelle der Rolle als Arbeitnehmende, nehmen bei Betroffenen andere bedeutungsvolle Rollen im Alltag mehr Platz ein. So verbringen sie mehr Zeit in der Rolle als Elternteil oder entdecken neue Freizeitbeschäftigungen (Matérne et al., 2017; Stergiou-Kita et al., 2012).

4.1.2. Betätigungskompetenz

Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeit ein wichtiger Indikator für soziale Partizipation darstellt (Hooson et al., 2013; Stergiou-Kita et al., 2012; Vestling et al., 2013). Den früheren Rollenerwartungen nicht mehr gerecht zu werden, ruft bei den Betroffenen das Gefühl hervor, eine Belastung für die Gesellschaft zu sein (MacEachen et al., 2007). Menschen nach erworbener Hirnschädigung müssen für eine erfolgreiche Arbeitsreintegration laut Stergiou-Kita et al. (2012) ihre Identität neu definieren, ihre Fähigkeiten und Grenzen austesten, diese evaluieren und anschliessend akzeptieren. Erst nach deren Akzeptanz können Strategien und Hilfsmittel gesucht werden, welche die Arbeitsreintegration unterstützen.

Die Ergebnisse der Subkategorie «Soziale Unterstützung in der Arbeitsreintegration» zeigen, dass sich Menschen nach erworbener Hirnschädigung teilweise zu wenig unterstützt fühlen. Betroffene haben während des Reintegrationsprozesses oft keine fixe

Ansprechperson und wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Anliegen wenden können (Vestling et al., 2013). Die Literatur weist deutlich darauf hin, dass eine engmaschige Unterstützung während der Arbeitswiedereingliederung essentiell ist (Smith et al., 2017). In den inkludierten Studien werden vielfältige Symptome beschrieben, die Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Betätigungskompetenz einschränken. Kognitive Einschränkungen, wie beispielsweise Schwierigkeiten in der Merkfähigkeit oder im Aneignen von neuen Kenntnissen, haben negative Auswirkungen auf die Kommunikation und somit auf eine erfolgreiche Arbeitsreintegration. Das von Betroffenen häufig beschriebene Fatigue-Syndrom wirkt sich negativ auf die Konzentration und die Aufmerksamkeit während der Arbeit aus und ist ein Grund weshalb Betroffene keinen Vollzeitjob ausführen können (Matérne et al., 2017; Vestling et al., 2013). Die physischen Einschränkungen bringen Herausforderungen in der Mobilität mit sich, beispielsweise auf dem Arbeitsweg. Weiterführende Literatur weist darauf hin, dass die beschriebenen Einschränkungen zu einem reduzierten Aktivitätsniveau führen können (Morris et al., 2017), was durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigt wird (Matérne et al., 2017).

Es darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch Peer Mentorinnen und Mentoren von den oben genannten Einschränkungen betroffen sein können. Die Literatur weist darauf hin, dass Peer Mentorinnen und Mentoren aufgrund eigener kognitiver Einschränkungen ebenso Unterstützung brauchen. So können kognitive Einschränkungen die Koordination von Terminen sowie deren Einhaltung erschweren. Peers brauchen eine qualifizierte Fachperson, welche die nötige Struktur und Supervision bietet (Kern et al., 2013; Struchen et al., 2011). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit machen deutlich, dass Peer Mentorinnen und Mentoren herkömmliche Fachpersonen nicht ersetzen können: Es fehlt ihnen an Fachwissen, wenn es um komplexere Bedürfnisse der Betroffenen geht. Peer Support alleine ist nicht ausreichend für eine erfolgreiche Arbeitsreintegration (Balogun-Mwangi et al., 2017).

4.1.3. Betätigungsadaptation

Die Ergebnisse geben Hinweise, wie Peer Support Menschen nach erworbener Hirnschädigung, bei der Betätigungsadaptation in der Arbeitsreintegration unterstützen

kann. Teilnehmende von Peer Support-Programmen berichten über ihre verbesserten Kenntnisse der Folgen eines Schädelhirntraumas (Hanks et al., 2012). Nach der Beurteilung der Verfasserinnen könnte sich dies auch bei Menschen mit anderen Formen von Hirnschädigungen bewähren. Dadurch könnten sich Betroffene bereits vor der Wiedereingliederung über ihre veränderte Arbeitskapazität bewusstwerden und Frustrationsgefühle reduzieren.

Peers vermitteln Hoffnung, indem sie Betroffene bestärken, wenn diese an den eigenen Fähigkeiten zweifeln. Weiter helfen sie bei der Entwicklung von beruflichen Zielen (Balogun-Mwangi et al., 2017), was gemäss Matérne et al. (2017) für die erfolgreiche Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung hilfreich ist. Sie kennen und verstehen die Herausforderungen, denen Betroffenen bei der Arbeitsreintegration begegnen. Mentees erleben durch ihre Peer Mentorinnen und Mentoren ein Gefühl der Akzeptanz und bauen eine starke persönliche Beziehung auf. Dadurch können Betroffene offen über ihre Ängste sprechen und ihr «wahres Ich» zeigen (Balogun-Mwangi et al., 2017). Ergebnisse im psychiatrischen Setting zeigen, dass Peer Mentorinnen und Mentoren bei der Rollentransition unterstützend sein können, indem sie eine Vorbildfunktion übernehmen (Balogun-Mwangi et al., 2017). MacEachen et al. (2007) beschreiben zudem, dass Peer Support, Unterstützung im Umgang mit Gefühlen der Stigmatisierung bietet. Nach Meinung der Verfasserinnen können Mentees, aufgrund der oben genannten Faktoren, durch Peer Support bei der Rekonstruktion einer positiven Betätigungsidentität unterstützt werden. Allerdings wird auch die Gefahr gesehen, dass die Beendigung der Peer Arbeit bei den Mentees negative Gefühle hervorrufen und allenfalls zu einer erneuten Krise führen könnte. Ausserdem erschwert eine zu starke, persönliche Beziehung die emotionale Abgrenzung der Peer Mentorinnen und Mentoren.

Die Ergebnisse von Vestling et al. (2013) zeigen, dass viele Menschen nach erworbener Hirnschädigung ihren Lebensstil zum Positiven verändert haben. Allerdings machen MacEachen et al. (2007) auch deutlich, dass Sorgen im Reintegrationsprozess bei den Betroffenen zu mehr Medikamenteneinnahme und Antriebslosigkeit führt. Peer Support führt dazu, dass Menschen nach erworbener Hirnschädigung gegenüber der Kontrollgruppe deutlich weniger Alkohol konsumieren und weniger Unruhe in der

häuslichen Umgebung erleben. Ausserdem wenden Betroffene gesündere Bewältigungsstrategien an und handeln weniger emotionsfokussiert oder vermeidend (Hanks et al., 2012). Peers können Mentees aus eigener Erfahrung spezifische Bewältigungsstrategien für berufliche und persönliche Konflikte aufzeigen (Balogun-Mwangi et al., 2017). Aus Sicht der Verfasserinnen könnten Menschen nach erworbener Hirnschädigung ebenfalls von der Vermittlung effizienter Bewältigungsmechanismen profitieren. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass nicht für jede betroffene Person die gleichen Strategien passend sind. Darauf müssen Peer Mentorinnen und Mentoren vorgängig sensibilisiert werden.

In weiterführender Literatur wird bereits aufgezeigt, dass Peerspezialisten über einzigartige Erfahrungen und Wissen bezüglich Hirnschädigung verfügen (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010). Sie erscheinen den Klientinnen und Klienten oft glaubwürdiger als Fachpersonen und können direkt Bezug auf eigene Herausforderungen in der Arbeitsreintegration nehmen (Kern et al., 2013). Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit veranschaulichen, dass Peers Mentees bei der Krisenbewältigung unterstützen können. Häufig legen Peer Mentorinnen und Mentoren allerdings die Priorität auf die Krisenbewältigung anstelle der spezifischen Arbeitsreintegration (Balogun-Mwangi et al., 2017). Die Verfasserinnen sehen diesen Aspekt kritisch. Es besteht die Gefahr, dass der eigentliche Fokus, der Arbeitsreintegration, in Vergessenheit gerät.

Wie in der Einleitung erörtert, kann die Unfähigkeit, gewünschte Aufgaben auszuführen, Stress und Frust generieren (Turner et al., 2009). Diesem kann laut Hibbard et al. (2002) mittels Peer Support positiv entgegengewirkt werden. So hilft Peer Support, Kompensations- und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und umzusetzen (Balogun-Mwangi et al., 2017; MacEachen et al., 2007). Zudem fördert Peer Support eine bessere Kommunikation mit Schlüsselpersonen in der Arbeitsreintegration (Hibbard et al., 2002; Klodnick et al., 2015; MacEachen et al., 2007). Nach Interpretation der Verfasserinnen führen die oben genannten positiven Aspekte zu mehr Handlungsfähigkeit* im Arbeitsleben. Diese Aussage wird durch die Ergebnisse von Kolakowsky-Hayner et al. (2012) bestärkt: Peer Support erreicht eine Verbesserung von Arbeitsfähigkeit, Funktionsniveau, Gesellschaftspartizipation, Mobilität und kognitive Selbständigkeit bei

Menschen mit einer psychiatrischen Einschränkung. Diese erleben häufig ähnliche Schwierigkeiten in der Kognition wie Menschen nach erworbener Hirnschädigung (Kubny-Lüke, 2009, S. 25). Dieser Fakt zeigt eine deutliche Parallele zwischen dem psychiatrischen und neurologischen Setting und wird von den Verfasserinnen als essentiell angesehen: Peer Support kann auch im neurologischen Setting erfolgreich angewendet werden.

Aus den Ergebnissen wird geschlossen, dass die Anwendung von Peer Support, Menschen nach erworbener Hirnschädigung bei der Erreichung ihrer Betätigungskompetenz im Kontext Arbeit, entscheidend unterstützen kann.

Die Betroffenen können sich im Rahmen einer nicht hierarchischen und vorurteilsfreien Beziehung mit allen Fragen und Anliegen an ihre Peer Mentorin oder ihren Mentor wenden. Peer Mentorinnen und Mentoren agieren dabei als Bindeglied zwischen den involvierten Schlüsselpersonen der Arbeitsreintegration (Balogun-Mwangi et al., 2017). Sie sind vertraut mit dem Gesundheitssystem und kennen die wichtigen Anlaufstellen. So können Peer Mentorinnen und Mentoren ihre Mentees beispielsweise betreffend Finanzierung und möglicher Anlaufstellen beraten (MacEachen et al., 2007). Peer Support kann auch direkte Unterstützung bieten, wie beispielsweise durch Begleitung ihrer Mentees zu einem Arbeitsgespräch (Balogun-Mwangi et al., 2017). Diese Aspekte sollten ein Fokus der Peerausbildung sein, damit Peer Mentorinnen und Mentoren ihr vorhandenes Wissen diesbezüglich vertiefen können.

4.2. Limitationen der Arbeit

Im Folgenden werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit beschrieben. Auf die Limitationen der inkludierten Studien wurde bereits im Ergebnisteil hingewiesen.

Beim Peer Support handelt es sich um ein neues Phänomen. Die Forschung zur Implementierung von Peer Support steckt demnach noch in den Kinderschuhen. Insbesondere zur Auswirkung von Peer Support im Bereich Arbeitsreintegration gibt es nur sehr wenig Literatur. Dies führt dazu, dass in der Arbeit auch Literatur berücksichtigt wird, welche methodische Mängel aufweist.

Aufgrund der Neuartigkeit der Thematik ist meist explizit für die Untersuchung ein Trainingscurriculum entwickelt worden. Das führt dazu, dass die Studien sich teilweise stark in der Ausbildung von Peer Mentorinnen und Mentoren sowie in der Durchführung des Peer Support-Programms unterscheiden, weshalb die Ergebnisse nur beschränkt miteinander vergleichbar sind. Zudem gibt es keine Angaben, inwiefern die Kontakthäufigkeit, Kontaktart und Kontaktdauer einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Innerhalb der Studien variieren diese Einflüsse zwischen den Peer Mentorinnen und Mentoren mit ihren Mentees teilweise stark.

Die bestehende Literatur kommt vorwiegend aus dem psychiatrischen Setting. Anhand des menschlichen Subsystems vom Model of Human Occupation wird in der vorliegenden Arbeit ein Übertrag in die Neurologie gemacht. Es hat sich gezeigt, dass Menschen im psychiatrischen Setting von Peer Support-Programmen in der Arbeitsreintegration in vielen Aspekten profitieren, welche auch den Bedürfnissen von Menschen nach erworbener Hirnschädigung entsprechen. Allerdings handelt es sich um zwei unterschiedliche Fachbereiche, die nur beschränkt miteinander vergleichbar sind. Beim Übertrag muss berücksichtigt werden, dass Menschen nach erworbener Hirnschädigung allenfalls nicht die gleichen Auswirkungen erleben wie Menschen mit einer psychiatrischen Einschränkung.

Aufgrund der Sprachkenntnisse der Verfasserinnen ist nur deutsche und englische Literatur in die Arbeit miteinbezogen worden. Die inkludierten Hauptstudien sind alle in englischer Sprache, weswegen kleine Übersetzungsfehler nicht ausgeschlossen werden können.

In der Schweiz ist das Phänomen des Peer Supports in der Arbeitsreintegration nach Wissen der Verfasserinnen, noch unerforscht. Die inkludierte Hauptliteratur stammt aus den USA, Kanada, Grossbritannien sowie Schweden; industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemographischen Hintergrund wie die Schweiz. Allerdings muss bei einem Übertrag berücksichtigt werden, dass sich die Gesundheitssysteme sowie die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt zwischen den Ländern unterscheiden.

Die Verfasserinnen haben lediglich Grundkenntnisse in der Würdigung von Studien und der Anwendung von Instrumenten, was zu minimalen Fehlern bei der Beurteilung der Forschungsqualität führen kann.

Die methodische Vorgehensweise der Template-Analyse beinhaltet auch die Interpretation der Ergebnisse. Obwohl die Verfasserinnen unabhängig voneinander codiert haben und anschliessend eine diskursive Konsensfindung erfolgte, kann es immer auch zu Fehlinterpretationen der Ergebnisse kommen.

4.3. Beantwortung der Fragestellung

In diesem Kapitel wird Bezug zur Fragestellung der Arbeit genommen:

«Inwiefern können die bisherigen Erfahrungen mit Peer Support auf die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung bei der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt übertragen werden?»

Die Fragestellung kann aus Sicht der Verfasserinnen nicht vollumfänglich beantwortet werden. Besonders in Bezug auf die Arbeitsreintegration gibt es noch wenig hochqualitative Forschung zum Phänomen des Peer Supports. Allerdings gibt die bestehende Forschung wichtige Hinweise dafür, dass Menschen mit verschiedensten Einschränkungen einen Profit im Peer Support sehen. Anhand des Model of Human Occupation haben die Verfasserinnen versucht, einen Übertrag von anderen Fachbereichen beziehungsweise anderen Kontexten auf die Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung zu machen.

Allerdings bleibt die Frage offen, ob Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration die gleichen positiven Auswirkungen erleben würden, wie Teilnehmende aus anderen Settings. Es muss berücksichtigt werden, dass die Folgeerscheinungen nach einer Hirnverletzung sehr individuell sind. Je nach Ausmass und Art der Schädigung können die Bedürfnisse innerhalb der Klientengruppe sehr unterschiedlich sein. Daher ist der Peer Support nicht für alle Menschen nach erworbener Hirnschädigung im selben Mass geeignet. Aufgrund dieser Aspekte sowie den oben erwähnten Limitationen der Arbeit, können die bisherigen Erfahrungen mit Peer Support

nicht eins zu eins auf die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung übertragen werden. Allerdings geben sie ein Indiz dafür, dass Forschung in diesem Bereich wichtige Erkenntnisse in der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung generieren könnte.

4.4. Zukünftige Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass sich ein Peer Support-Programm in der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung auf verschiedene Aspekte des menschlichen Subsystems positiv auswirken könnte. Allerdings ist das Phänomen von Peer Support-Programmen in der neurologischen Arbeitsrehabilitation nahezu unerforscht. Es ist in jedem Fall weitere Forschung nötig.

Es braucht die Entwicklung eines Peer Support-Programms, dass spezifisch auf die Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung sowie auf das Arbeitsreintegrationssystem der Schweiz zugeschnitten ist. Dieses Programm sollte zum einen ein ganzheitliches Trainingscurriculum für die Ausbildung von Peer Mentorinnen und Mentoren und zum anderen eine klare Struktur für die Durchführung von Peer Support bieten. Zudem ist eine klare Stellenbeschreibung nötig, um die Aufgaben von Peer Mentorinnen und Mentoren einzugrenzen. Es sollten ausserdem klare Vorgaben zu Kontakthäufigkeit und Kontaktdauer entwickelt werden. Anhand einer Kontrollgruppe sollen anschliessend die Auswirkungen des Peer Support-Programms überprüft werden. Es muss ausserdem untersucht werden, für welche Menschen mit welcher Art und Ausmass von Hirnschädigung der Peer Support geeignet wäre.

Des Weiteren wird empfohlen, dass sich zukünftige Forschung darauf konzentriert, wie Fachpersonen (zum Beispiel Ergotherapeutinnen und -therapeuten) Betroffene in der Rolle als Peer Mentorinnen und Mentoren optimal unterstützen und wie sie diese ins Fachteam integrieren können. In der Arbeitsreintegration sind zudem noch viele weitere Schlüsselpersonen involviert wie IV-Eingliederungsberatende, Arbeitgebende, Mitarbeitende und Angehörige. Zukünftige Forschung sollte die Implementierung von Peer Support-Programmen auch in Bezug auf diese Schlüsselpersonen untersuchen wie auch die Gestaltung deren Zusammenarbeit.

5. Praxistransfer anhand des CMCE

Im Folgenden werden die gewonnenen Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit mit der Profession der Ergotherapie verknüpfen.

Die Teilhabe* an der Gesellschaft und die Ausführung von bedeutungsvollen Aktivitäten beeinflusst aus Sicht der Ergotherapie entscheidend die Gesundheit und das Wohlbefinden (Rebeiro Gruhl, 2009). Zudem wird Arbeit von Menschen nach erworbener Hirnschädigung als bedeutungsvoll angesehen und mit dem Gefühl der Normalität verbunden (Matérne et al., 2017). Deshalb liegt es im Interesse der Ergotherapie, Menschen bei der Erreichung ihrer beruflichen Ziele zu unterstützen. Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind immer häufiger in den Prozess der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung eingebunden und bringen diesbezüglich vielfältige Fähigkeiten mit (Philips et al., 2010). Viele Massnahmen, um die Partizipation von Betroffenen bei der Arbeit zu fördern, sind ergotherapeutische Interventionen (Smith et al., 2017). Die Ergotherapie könnte in der Implementierung von Peer Support-Programmen in der neurologischen Berufsrehabilitation eine entscheidende Rolle spielen. Im Folgenden werden potentielle Einsatzgebiete der Ergotherapie bei der Anwendung von Peer Support-Programmen erläutert. Diese Verknüpfung wird anhand des Canadian Model of Client-Centred Enabling [CMCE] von Townsend und Polatajko (2013) erläutert.

Die wesentliche Kernkompetenz der Ergotherapie besteht darin, die Klientinnen und Klienten zur Ausführung von Betätigungen im Alltag zu befähigen. Das CMCE beschreibt anhand von zehn Enablement Skills die Fertigkeiten, die von Ergotherapeutinnen und -therapeuten angewendet werden, um das Klientel in ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen:

Enabling and enablement, focused on occupation, is the core competency of occupational therapy, drawing in an interwoven spectrum of key and related enablement skills which are value-based, collaborative, attentive to power inequities and diversity, and charged with visions of possibility for individual and/or social change (Townsend & Polatajko, 2013, S. 112).

Grundlage für diese Fertigkeiten sind die Klientenzentrierung* sowie die Betätigungsbasierung. Die Enablement Skills werden in der Praxis oft dynamisch miteinander kombiniert (siehe Abbildung 5) (Townsend & Polatajko, 2013).

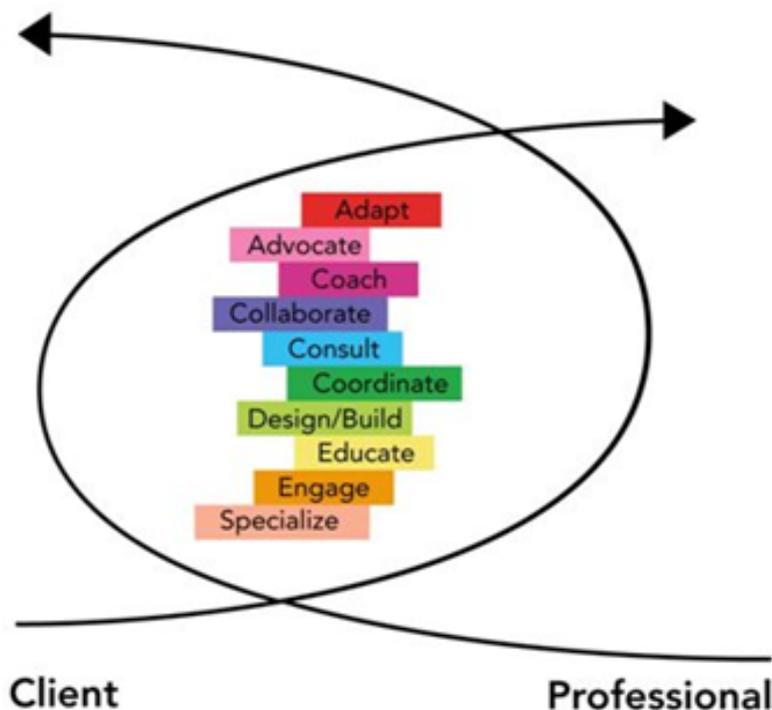


Abbildung 5: *Enablement Skills* (Townsend & Polatajko, 2013, S. 110)

Die zwei asymmetrisch gekrümmten Linien repräsentieren die dynamische, veränderbare und variable Klienten-Therapeuten-Beziehung. Die Überschneidungspunkte stehen für den Anfang und das Ende der therapeutischen Beziehung (Townsend & Polatajko, 2013).

Adapt (Anpassen):

Damit ist die Fähigkeit gemeint, Betätigungen für einen bestimmten Gebrauch oder eine spezifische Situation so anzupassen, dass sie den physischen, mentalen, sozialen, psychischen und ökonomischen Ansprüchen der Klientel gerecht werden. Mit Adaption soll eine Balance zwischen Unter- und Überforderung geschaffen werden (Townsend & Polatajko, 2013).

Es darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass Peer Mentorinnen und Mentoren Mitarbeitende mit speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten sind. Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind darin geübt, Arbeitsplätze und Aufgaben auf die individuellen Ansprüche anzupassen. Zum Beispiel durch Anpassungen von Arbeitszeiten, Organisationshilfen oder die Vereinfachung von Aufgaben.

Advocate (Fürsprechen):

Mit Hilfe von Advocate setzen sich Ergotherapeutinnen und -therapeuten für die Rechte von Menschen ein, nehmen kritische Perspektiven ein, veranlassen neue Formen von Powersharing* und regen Schlüsselpersonen zu neuen Optionen und Entscheidungen an. Das Bewusstsein zu einer bestimmten Thematik soll gesteigert oder neue Sichtweisen eingenommen werden (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten können sich bei den Schlüsselpersonen in der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung für die Rechte der Betroffenen einsetzen. So könnten sie sich bei Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung für die Finanzierung solcher Peer Support-Programme stark machen, indem sie die Bedeutung von Arbeit für die Betroffenen sowie mögliche Effekte von Peer Support sachlich darlegen. Weiter können sie Fürsprache bei weiteren Schlüsselpersonen wie Arbeitgebenden, Mitarbeitenden, Angehörigen sowie gegenüber dem interdisziplinären Fachteam einlegen.

Coach (Coachen):

Ergotherapeutinnen und -therapeuten supervisieren Klientinnen und Klienten in ihren Betätigungen, basierend auf einer klientenzentrierten Partnerschaft, damit diese ihre persönlichen sowie professionellen Ziele erreichen und ihre Performanz* und Lebensqualität verbessert wird. Durch Feedback zur Betätigungsperformanz soll zudem die Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich der Ausführung einer Aktivität verbessert werden (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten könnten den Peer Mentorinnen und Mentoren die benötigte Supervision bieten. So könnte die Ergotherapie die Peer Mentorinnen und

Mentoren, vor allem am Anfang, zu Gesprächen begleiten, sie anleiten und ihnen spezifisches Feedback zu ihrer Arbeit geben. Dadurch wird ihre Performanz als Peer Mentorin und Mentor erhöht und sie können Mentees optimal in der Arbeitsreintegration begleiten.

Collaborate (Zusammenarbeiten):

Ergotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten mit ihrem Klientel zusammen und treffen Entscheidungen gemeinsam. Die Zusammenarbeit basiert auf Empathie, Vertrauen und kreativer Kommunikation. Mit dem Gedanken von Powersharing werden Talente, Wissen und Fähigkeiten zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient miteinander geteilt (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen/-therapeuten und Peers ergänzen sich bezüglich ihres Wissensschatzes und ihren spezifischen Fertigkeiten. Ergotherapeutinnen und -therapeuten profitieren von den gelebten Erfahrungen der Peer Mentorinnen und Mentoren und erweitern somit ihr Wissen bezüglich der Bedürfnisse von Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration. Umgekehrt geben sie ihr theoretisches und praktisches Wissen an die Peers weiter. In einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit können Planungen und Entscheidungen gemeinsam erfolgen, so dass die Peers als aktive Mitwirkende miteinbezogen werden und die Betroffenen optimal profitieren.

Consult (Beraten):

Damit ist die Fähigkeit von Ergotherapeutinnen und -therapeuten gemeint, verschiedene Sichtweisen zu berücksichtigen und anschliessend Empfehlungen für mögliche Veränderungen und/oder Adaptionen abzugeben. Die Beratung kann für eine einzelne Klientin oder einen einzelnen Klienten sein. Es kann sich hierbei auch um Gruppen, Organisationen oder eine ganze Gesellschaft handeln (Townsend & Polatajko, 2013).

Peer Mentorinnen und Mentoren brauchen eine Ansprechperson für spezifische Fragen und Anliegen. Ergotherapeutinnen und -therapeuten würden den Schilderungen der Peers aktiv zuhören und sie bei der Problemlösung beraten.

Coordinate (Koordinieren):

Zur Aufgabe der Ergotherapie gehört es, die Zusammenarbeit verschiedener Stellen und Personen zu organisieren und koordinieren. Damit ist ebenfalls die integrative Fähigkeit gemeint, eine breite Palette von Informationen über Betätigungen sowie persönliche und umweltbezogene Einflüsse zu analysieren, synthetisieren und darauf zu reagieren. Ergotherapeutinnen und -therapeuten müssen multiple Perspektiven, Pläne, Aufgaben und Dokumentationen miteinander verknüpfen können (Townsend & Polatajko, 2013).

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Peer Mentorinnen und Mentoren häufig Schwierigkeiten bei der Terminplanung und Organisation von Treffen mit den Betroffenen haben. Die Ergotherapie könnte die Treffen zwischen Peer Mentorin/Mentor und Mentee koordinieren sowie die Zusammenarbeit zwischen Mentees, Peer Mentorinnen und Mentoren Arbeitsstelle und Fachperson organisieren.

Design/Built (Entwerfen/Konstruieren):

Das beschreibt die Fertigkeit von Ergotherapeutinnen und -therapeuten für das Entwerfen und Konstruieren von Produkten (z.B. Schienen), das Anpassen von räumlicher und sozialer Umwelt (z.B. Sturzprophylaxe) sowie das Entwerfen und Implementieren von Programmen und Dienstleistungen (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten könnten basierend auf ihrem Wissen ein Trainingsprogramm für die Ausbildung von Peer Mentorinnen und Mentoren entwickeln. Ausserdem könnten sie eine spezifische Prozess-Struktur für den Einsatz von Peer Support in der Arbeitsreintegration entwerfen, welche den Peers ein Hilfsmittel bezüglich der Planung, Durchführung und Evaluation von Peer Gesprächen bietet.

Educate (Informieren):

Ergotherapeutinnen und -therapeuten lehren Menschen, Gemeinschaften und Organisationen, wie sie sich aktiv am Alltag beteiligen und diesen mitgestalten. Nebst dem didaktischen Vermitteln von Wissen ist hierbei auch das Instruieren und Simulieren von gewissen Aktivitäten gemeint, beispielsweise dem Jobtraining in der Arbeitsreintegration (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten könnten somit die Ausbildung von Peer Mentorinnen und Mentoren übernehmen, indem sie spezifische Trainingsprogramme zu verschiedenen Themen wie Wissen über Hirnverletzungen, Kommunikation, Empowerment, Systeme der Arbeitsreintegration, Konfliktmanagement etc. durchführen. Dabei könnten Ergotherapeutinnen und -therapeuten didaktische Sequenzen etablieren sowie spezifischen Fähigkeiten mittels Rollenspielen trainieren.

Engage (Beteiligen):

Engage meint, dass Klientinnen und Klienten sowohl in die Aktivität als auch in die Kommunikation miteinbezogen werden. Ergotherapeutinnen und -therapeuten ermutigen ihr Klientel und sehen sie als Experten ihrer Betätigung. Sie führen an Tätigkeiten heran und ermöglichen Partizipation (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten stärken das Selbstwirksamkeitsgefühl der Peers und ermutigen sie zur Durchführung von neuen Aktivitäten. Sie führen sie langsam an neue Tätigkeiten heran, indem sie neue Aktivitäten gemeinsam mit ihnen ausführen. Ergotherapeutinnen und -therapeuten binden die Peers aktiv in das Team ein und ermöglichen dadurch soziale Teilhabe, beispielsweise durch die Teilnahme an Teamsitzungen, Klientenrapporte, Mitarbeiterausflüge etc.

Specialize (Spezialisieren):

Damit ist die Anwendung spezifischer Fertigkeiten in bestimmten Situationen, basierend auf theoretischem Wissen oder Konzepten der Ergotherapie, gemeint. Das kann die Behandlung von einzelnen Klientinnen und Klienten betreffen (z.B. Gelenkmobilisation, Validation, kognitive Verhaltenstherapie) oder auch auf Bevölkerungsniveau praktiziert

werden (z.B. Sturzprävention, Ergonomie oder Supported Employment) (Townsend & Polatajko, 2013).

Ergotherapeutinnen und -therapeuten wenden weiterhin ihre spezifischen Fähigkeiten in der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung an. Sie führen Assessments mit Betroffenen durch und evaluieren deren Betätigungsperformanz. Die Erfassung dient als Grundlage für den Peer Support. Es wird ersichtlich, welche Bedürfnisse das Individuum hat und wo Unterstützungsbedarf besteht.

6. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Menschen nach erworbener Hirnschädigung vielfältige Herausforderungen bei der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt erleben. Eine erworbene Hirnschädigung kann zu einer Identitätskrise führen und mit einem negativen Selbstbild einhergehen. Betroffenen fällt es schwer, die veränderten Fähigkeiten zu akzeptieren und ein Gefühl der Normalität zu entwickeln. Rollen können häufig nicht mehr gleich wie vor dem Ereignis ausgeführt werden und es fehlt an einer zufriedenstellenden Zukunftsperspektive. Menschen nach erworbener Hirnschädigung erleben Ängste im Zusammenhang mit der Arbeitsreintegration und haben das Gefühl, den Anforderungen der Gesellschaft nicht gerecht zu werden. Bei der Arbeit erleben sie Schwierigkeiten aufgrund multidimensionaler Einschränkungen, was mit Gefühlen der Scham und Überforderung verbunden wird. Bisherige Erfahrungen mit Peer Support-Programmen aus unterschiedlichen Settings haben gezeigt, dass Peers einen Mehrwert für Betroffene sein können. Die geteilte Erfahrung sowie der nicht hierarchische Charakter der Peer Beziehung ruft bei den Betroffenen das Gefühl der Akzeptanz hervor. Peers können eine Vorbildfunktion haben und spezifische Bewältigungsstrategien weitergeben. Mentees erleben durch Peer Support Empowerment und Unterstützung bei der Entwicklung von beruflichen Zielen. Allerdings ist die Anwendung von Peer Support auch mit einigen logistischen Herausforderungen verbunden, wie beispielsweise die Terminkoordination. Im Übrigen hat sich gezeigt, dass Peers in ihrer Arbeit ausreichende Supervision und Struktur benötigen. Die Ausbildung und Supervision von Peer Mentorinnen und Mentoren würde womöglich erhebliche Kosten generieren. Allerdings hat die Arbeit auch verdeutlicht, dass die Mehrheit der Peer Mentorinnen und Mentoren

Vollzeit arbeitet und demnach keine Sozialleistungen mehr bezieht. Die Finanzierung von Peer Support-Programmen in der Schweiz müsste in jedem Fall geklärt werden.

Der Praxistransfer zeigt, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten durch ihre vielfältigen Fähigkeiten eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von solchen Programmen spielen könnten. Die bisherigen Erfahrungen von Peer Support können allerdings nicht eins zu eins auf Menschen nach erworbener Hirnschädigung in der Arbeitsreintegration übertragen werden. Sie geben jedoch wichtige Hinweise, welche Vorteile Peer Support in diesem Kontext haben könnte und was bei der Etablierung von Peer Support-Programmen berücksichtigt werden müsste. Eine engmaschige Betreuung während der Arbeitsreintegration ist essentiell. Allerdings haben Fachpersonen begrenzte zeitliche Ressourcen und sind teuer. Die Implementierung von Peer Mentorinnen und Mentoren erscheint demnach eine sinnvolle, kostengünstige Ergänzung zu herkömmlichen Fachpersonen, um eine ausreichende Betreuung von Betroffenen zu gewährleisten. Weitere Forschung sollte sich mit der praktischen Umsetzung von Peer Support-Programmen bei der Arbeitsreintegration von Menschen nach erworbener Hirnschädigung beschäftigen und die Auswirkungen untersuchen, die Betroffene dadurch erleben.

Literaturverzeichnis

- AOTA. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain&Process (3th ed.).
American Journal of Occupational Therapy, 68, 1-48.
- Balaba, C. (2010). Writing – A Powerful Tool Enabling Occupational Participation.
Heruntergeladen von <https://www.slideshare.net/baotcot/writing-a-powerful-tool-enabling-occupational-participation> am 24.03.2018
- Balogun-Mwangi, O., Rogers, E. S., Maru, M., & Magee, C. (2017). Vocational Peer Support: Results of a Qualitative Study. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1–14.
- Berufliche Wiedereingliederung. (n.d.). Heruntergeladen von <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=90> am 24.09.2017
- Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., & King, N. (2015). The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research. *Qualitative Research in Psychology*, 12(2), 202–222.
- Bundesamt für Statistik. (2017). Arbeitsmarktstatus von Menschen mit und ohne Behinderung, 2015. Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/erwerbstaetigkeit/erwerbsbeteiligung.html> am 19.04.2018
- Couchman, G., McMahon, G., Kelly, A., & Ponsford, J. (2014). A new kind of normal: Qualitative accounts of Multifamily Group Therapy for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(6), 809-832.
- Critical Appraisal Skill Programm (CASP). (2017). Heruntergeladen von http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_7e983a320087439e94533f4697aa109c.pdf am 21.09.2017
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., Harrington, S., & Swarbrick, M. (2016). The Peer Support Workforce: A National Survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211–221.
- Debrunner, A. (2017). *Soziales Engagement gehört dazu. Arbeitsintegration in Schweizer Unternehmen. Versus.*

- Eidgenössisches Department des Inneren. (n.d.). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Heruntergeladen von <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html> am 21.09.2017
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Foy, C. (2014). Long Term Efficacy of an Integrated Neurological and Vocational Rehabilitation Programme for Young Adults with Acquired Brain Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 533–542.
- Fragile Suisse. (2007). *Leben mit einer Hirnverletzung. Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige*. baag-Druck und Verlag AG Arlesheim. Heruntergeladen von http://www.fragile.ch/uploads/tx_pdforder/Fachinformationsschrift_Nr1.pdf am 20.04.2018
- Fragile Suisse. (n.d.). Was ist eine Hirnverletzung?. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/hirnverletzung/> am 21.09.2017
- Fragile Suisse. (n.d.). Zahlen und Fakten Hirnverletzung. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/hirnverletzung/zahlen-und-fakten/> am 21.09.2017
- Habermann, C., & Kolster, F. (2008). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Georg Thieme Verlag.
- Hanks, R. A., Rapport, L. J., Wertheimer, J., & Koviak, C. (2012). Randomized controlled trial of peer mentoring for individuals with traumatic brain injury and their significant others. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), 1297–1304.
- Hegedüs, A., Bachnick, S., & Steinauer, R. (2014). *Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs DAS Experienced Involvement (Evaluationsbericht)*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). Heruntergeladen von https://www.ex-in-bern.ch/wp-content/uploads/2017/06/Evaluationsbericht-DAS-Ex-In_2012-2014.pdf am 20.04.2018
- Hibbard, M. R., Cantor, J., Charatz, H., Rosenthal, R., Ashman, T., Gundersen, N., ... Gartner, A. (2002). Peer support in the community: initial findings of a mentoring

- program for individuals with traumatic brain injury and their families. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(2), 112–131.
- Hooson, J., Coetzer, R., Stew, G., & Moore, A. (2013). Patients' experience of return to work rehabilitation following traumatic brain injury: A phenomenological study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(1), 19–44.
- IVB Behindertenselbsthilfe beider Basel. (2008). *Arbeit und Behinderung. Das Handbuch für Arbeitgeber und Beratende* (1st ed.). Basel: IVB Behindertenselbsthilfe beider Basel.
- Jerosch-Hold, C., Marotzki, U., Stubner, B., & Weber, P. (2009). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3th ed.). Heidelberg: Springer.
- Kern, R. S., Zarate, R., Glynn, S. M., Turner, L. R., Smith, K. M., Becker, D. R., ... Liberman, R. P. (2013). A Demonstration Project Involving Peers as Providers of Evidence -Baed Supported Employment Service. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 99–107.
- Kessler, D., Egan, M., & Kubina, L.-A. (2014). Peer Support for stroke survivors: a case study. *BMC Health Servies Research*, 14(256).
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application* (4th ed). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klodnick, V. V., Sabella, K., Brenner, C. J., Krzos, I. M., Ellison, M. L., Kaiser, S. M., ... Fagan, M. A. (2015). Perspectives of Young Emerging Adults With Serious Mental Health Conditions on Vocational Peer Mentors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(4), 226–237.
- Kolakowsky-Hayner, S. A., Wright, J., Shem, K., Medel, R., & Duong, T. (2012). An effective community-based mentoring program for return to work and school after brain and spinal cord injury. *NeuroRehabilitation*, 31(1), 63–73.
- Kubny-Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollok, N., Bosch, J., & Westermorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien. McMaster Universität.
Heruntergeladen von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf> am 20.04.2018

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0). McMaster Universität.
Heruntergeladen von https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_qualreview_version2%200.pdf am 20.04.2018
- Lorenz, H. (2010). *Fatigue-Management-Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung: ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute des Gesundheitswesens* (1st ed.). Schulz-Kirchner.
- MacEachen, E., Kosny, A., & Ferrier, S. (2007). Unexpected barriers in return to work: lessons learned from injured worker peer support groups. *Work (Reading, Mass.)*, 29(2), 155–164.
- Marotzki, U. (2002). *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte-vier Betrachtungsweisen*. Heidelberg: Springer.
- Matérne, M., Lundqvist, L. O., & Strandberg, T. (2017). Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*, 56, 125–134.
- Morris, R. P., Fletcher-Smith, J. C., & Radford, K. A. (2017). A systematic review of peer mentoring interventions for people with traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 1030–1038.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M. T., & Somazzi, M. (2010). *Handlungsorientierte Ergotherapie. Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis*. Bern: Huber.
- Peer Mentoring. (n.d.). Heruntergeladen von <https://www.uni-goettingen.de/de/peer-mentoring/489742.html> am 16.03.2018
- Peer Support | Selbsthilfe Schweiz. (n.d.). Heruntergeladen von <http://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/was-ist-selbsthilfe/Gemeinschaftliche-Selbsthilfe/Peer-Support.html> am 21.09.2017
- Peiffer, A., George, S., Higman, P., & Meiling, C. (2013). Leitlinien - Wir sind dabei! *Ergotherapie Und Rehabilitation*, 52(9), 17–21.
- Philips, J., Drummond, A., Raford, K., & Tyerman, A. (2010). return to work after traumatic brain injury: recording, measuring and describing occupational therapy intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(9), 422–430.

- Pollert, A., Kirchner, B., & Polzin, J. M. (2016). *Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag*. (6.). Mannheim: Bibliographisches Institut. Heruntergeladen von <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/19238/erster-arbeitsmarkt> am 24.09.2017
- Rebeiro Gruhl, K. L. (2009). The Politics of Practice: Strategies to Secure Our Occupational Claim and to Address Occupational Injustice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 56(1), 19–26.
- Rubenson, C., Svensson, E., Linddahl, I., & Björklund, A. (2007). Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(4), 205–214.
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified Peer Specialist Role and Activities: Results from a National Survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520–523.
- Schlossberg, N. (1994). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2–18.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316–323.
- Smith, D. L., Atmatzidis, K., Capogreco, M., Lloyd-Randolfi, D., & Seman, V. (2017). Evidence-Based Interventions for Increasing Work Participation for Persons With Various Disabilities. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2_suppl), 3S-13S.
- Stergiou-Kita, M., Rappolt, S., & Dawson, D. (2012). Towards developing a guideline for vocational evaluation following traumatic brain injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 34(3), 179–188.
- Struchen, M. A., Cole Davis, L., Bogaards, J. A., Hudler-Hull, T., Clark, A. N., Mazzei, D. M., ... Caroselli, J. S. (2011). Making Connections After Brain Injury: Development and Evaluation of a Social Peer-Mentoring Program for Persons With Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26(1), 4–19.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). Enablement skills and leadership. In *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2nd ed., pp. 112–132). Ottawa: Caot Publications ACE.

- Turner, B., Ownsworth, T., Cornwell, P., & Fleming, J. (2009). Reengagement in Meaningful Occupations During the Transition From Hospital to Home for People With Acquired Brain Injury and Their Family Caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, (63), 609–620.
- Turner-Stokes, L., Pick, A., Nair, A., Disler, P. B., & Wade, D. T. (2011). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2013). Thoughts and experience from returning to work after stroke. *Work*, (45), 201–211.
- Weiterbildung EX-IN Bern – EX-IN Bern. (n.d.). Heruntergeladen von <https://www.ex-in-bern.ch/weiterbildung-ex-in-bern/> am 21.09.2017
- Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *BJOT*, 63(5), 200–204.

Weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Model of Human Occupation (Balaba, 2010)	7
Abbildung 2: Prozess der Betätigungsadaptation (abgeändert nach Kielhofner, 2008, S. 108)	9
Abbildung 3: Selektionsprozess während der Literaturrecherche	13
Abbildung 4 Die Themenzweige der Hauptliteratur	19
Abbildung 5: Enablement Skills (Townsend & Polatajko, 2013, S. 110)	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywordtabelle	11
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	12
Tabelle 3: Übersicht der Hauptstudien	16
Tabelle 4: Methodologische Beurteilung qualitativer Studie nach Law et al. (1998)	21
Tabelle 5: Beurteilung des systematischen Reviews anhand des CASP (2017)	22
Tabelle 6: Methodologische Beurteilung qualitativer Studie nach Law et al. (1998)	25
Tabelle 7 Methodologische Beurteilung quantitativer Studien nach Letts et al. (2007)	26
Tabelle 8: Methodologische Beurteilung quantitativer Studien nach Letts et al. (2007)	30

Wortzahl

Abstract:	197 Wörter
Einleitung:	2008 Wörter
Methode:	936 Wörter
Ergebnisse:	4735 Wörter
Diskussion:	2466 Wörter
Praxistransfer:	1350 Wörter
Schlussfolgerung:	<u>394 Wörter</u>
Bachelorarbeit insgesamt:	<u>11889 Wörter</u>

Danksagung

Das Verfassen einer Bachelorarbeit ist vieles, aber bestimmt kein Zuckerschlecken. Deshalb möchten wir uns an dieser Stelle bei all denjenigen Personen bedanken, die durch ihre Unterstützung und ihr Verständnis, zum Endprodukt beigetragen haben.

Einen besonderen Dank gilt Frau Nicole Markwalder, die uns während des gesamten Prozess der Bachelorarbeit verständnisvoll und kompetent begleitet hat. Das kritische Hinterfragen und das Vermitteln von Denkanstössen, war stets hilfreich.

Ebenfalls bedanken wir uns herzlich bei Frau Marion Huber, die uns durch ihre Expertise, in der methodischen Vorgehensweise und der Beurteilung von Studien sehr unterstützt hat. Wir sind froh, konnten wir auf Ihr Knowhow zurückgreifen.

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe aus Winterthur für Menschen mit einer Hirnverletzung von Fragile Suisse haben uns durch ihre Wünsche und Erzählungen die Idee für das Thema gegeben. Ihnen möchten wir herzlich für ihre Offenheit danken und ihnen alles Gute wünschen.

Im Weiteren gilt unser Dank Daniela Huber, Cornelia Huber, Andy Lauber, Maja Zehnder und Luc Baumgartner. Sie alle haben viel Zeit investiert, um unsere Bachelorarbeit gegenzulesen, uns konstruktive Rückmeldungen zu geben und die Tücken unseres Deutschs zu korrigieren.

Zum Schluss möchten wir einen grossen Dank an Familie und Freunde aussprechen, für die mentale Unterstützung, die sie uns durch ihre enorme Geduld und das fortlaufende Ermutigen, gegeben haben.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir, Tamara Huber und Anna Zehnder erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

4. Mai 2018

Tamara Huber

Handwritten signature of Tamara Huber in black ink.

Anna Zehnder

Handwritten signature of Anna Zehnder in black ink.

Glossar

Arbeit: Arbeit beinhaltet die Mühe und Anstrengung «des Machens, Bauens, Herstellens, Bildens, Gestaltens oder Formens von Objekten sowie das Organisieren, Planen oder Evaluieren von Dienstleistungen, Prozessen des Lebens oder der Regierung» (AOTA, 2014, S. 20). Es handelt sich um eine verpflichtete Tätigkeit mit oder ohne finanzielle Entschädigung (AOTA, 2014). Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen, im Gegensatz zum zweiten Arbeitsmarkt, Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse auf Basis der freien Wirtschaft, ohne Massnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Pollert et al., 2016).

Arbeitsreintegration: Laut der Weltgesundheitsorganisation [WHO] bildet die berufliche Eingliederung ein Bestandteil der ganzheitlichen Rehabilitation. Darin inbegriffen sind alle Massnahmen, welche auf eine schnelle und erfolgreiche Rückkehr in die Arbeitswelt abzielen. Die (Wieder-) Eingliederung in der Schweiz ist primär Aufgabe der Invalidenversicherung (IV) [elektronische Version] ("Berufliche Wiedereingliederung," n.d.).

Betätigung: beschreibt in der Ergotherapie eine für die Klientin oder den Klienten sinnvolle Aktivität (Townsend & Polatajko, 2013).

Betätigungsadaptation: ist die Konstruktion aus einer positiven Betätigungsidentität sowie dem Erreichen der Betätigungskompetenz im Kontext des eigenen Umfelds und über einen Zeitraum hinweg (Kielhofner, 2008, S. 107).

Betätigungsidentität: beschreibt, wie sich jemand als tätiger Mensch in Gegenwart und Zukunft wahrnimmt und welche Erfahrungen er aus früheren Betätigungen gewonnen hat (Kielhofner, 2008, S. 106).

Betätigungskompetenz: meint die fortlaufende Umsetzung von Betätigungsidentität in Handlung. Damit ist gemeint, inwiefern ein Mensch mit Hilfe von Betätigungen fähig ist zu partizipieren und ob diese seiner Identität entsprechen (Kielhofner, 2008, S. 107).

Fatigue-Syndrom: meint die krankhafte Ausprägung von Müdigkeit und Erschöpfung, mit massiven Auswirkungen auf alle alltäglichen Aktivitäten, das psychosoziale Wohlbefinden sowie die subjektive Lebensqualität (Lorenz, 2010).

Habituation: Damit ist die von Gewohnheiten geleitete tägliche Routine des Menschen sowie dessen Rollen und die damit verbundenen Rollenerwartungen gemeint. Dank der Habituation befindet sich das Individuum in der vertrauten Zone des Alltags und kann ein sich wiederholendes Betätigungsverhalten zeigen (Jerosch-Hold et al., 2009).

Handlungsfähigkeit: «bezeichnet die Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen alleine und /oder in Kooperation mit Mitmenschen zu planen, auszuführen und kriterienorientiert bewerten zu können» (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010, S. 12).

Hirnschädigung: Das Gehirn des Menschen ist verantwortlich für die Überwachung und Steuerung unzähliger Vorgänge und Funktionen unseres Körpers. Bei einer Verletzung des Gehirns sind Funktionen der verletzten Hirnregion beeinträchtigt sowie die mit dieser Region verknüpften Funktionen (Fragile Suisse, 2007).

Klientenzentrierung: bedeutet mit den Klientinnen und Klienten zusammenarbeiten, um deren Ziele zu erreichen. Der Fokus richtet sich auf ihre Bedürfnisse und Wünsche. Die Klientel ist aktiv in der Gestaltung der Therapie und seiner Zielsetzung involviert. Es bedeutet auch gesetzliche, institutionelle, ethische und berufsethische Grenzen einhalten (Fisher, 2014, S. 16-19).

Occupational Deprivation: beschreibt einen Zustand, bei dem Personen ausgeschlossen sind, an bedeutungsvollen Aktivitäten teilzunehmen, aus Gründen die vom Individuum nicht beeinflussbar sind (Whiteford, 2000).

Partizipation (Teilhabe): bezeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation (Fragile Suisse, n.d.).

Performanz: meint die Ausführung der Handlungen, welche für eine Betätigung nötig sind, basierend auf einem komplexen Zusammenspiel von skelettmuskulärer, neurologischer, perzeptiver und kognitiver Phänomene (Jerosch-Hold et al., 2009).

Peer: Der Begriff Peers meint Menschen, welche die gleichen Lebensumstände oder bestimmte Erfahrungen teilen (Habermann & Kolster, 2008, S. 193).

Peer Mentor/-in und Mentee: Eine erfahrene Person (Mentor/-in) gibt in ihrer Tätigkeit die eigenen Erfahrungen an eine unerfahrene oder ratsuchende Person (Mentee) weiter ("Peer Mentoring," n.d.).

Peer Support: Mit Peer Support wird die Beratung durch Menschen mit ähnlichen Lebens- und Erfahrungshintergrund bezeichnet. Das Ziel ist es, die Ratsuchenden in der Entwicklung von Perspektiven, Zielen und Strategien zu befähigen (Empowerment). Sie sollen Zugang zu ihren eigenen Persönlichkeitsstärken und Ressourcen bekommen und so ihr Leben selbstbestimmt gestalten können (Habermann & Kolster, 2008, S. 193).

Performanzvermögen: Befähigt den Menschen zur Ausführung von Betätigungen. Es werden drei Fertigungsbereiche unterschieden: motorische, prozesshafte sowie kommunikative und interaktive Fertigkeiten (Jerosch-Hold et al., 2009).

Powersharing: meint Wissen und Fähigkeiten zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient werden miteinander geteilt (Townsend & Polatajko, 2013).

Selbstbild: meint die Erfahrungen eines Individuums über seine Fähigkeiten und die damit zusammenhängende Wirksamkeit innerhalb einer Betätigung (Jerosch-Hold et al., 2009).

Stigmaresistenz: meint die Fähigkeit eines Individuum, sich dem Stigma entgegenzustellen (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek, & Amering, 2011).

Supported Employment: ist ein Ansatz der beruflichen Rehabilitation, bei dem der Rehabilitand nach einer kurzen Vorbereitungsphase mit Leistungserprobung direkt an

einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder wieder an seinem alten Arbeitsplatz einsteigt und vor Ort durch Therapeuten unterstützt wird. Die Hilfe wird nach und nach abgebaut (Peiffer, George, Higman, & Meiling, 2013).

Transition: bezeichnet die Veränderung gegenüber dem Selbst, der Welt, des eigenen Verhaltens und der Beziehung zu anderen (Schlossberg, 1994).

Volition: Sie bezieht sich auf die Motivationsaspekte der Betätigung. Grundlegend wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch das Bedürfnis zum Handeln hat, jedoch mit unterschiedlichen Ausprägungen im Betätigungsverhalten aufgrund individueller Neigungen und Selbstbewusstsein. Diese Motivation wird vom Selbstbild, den Interessen, der individuellen Werte sowie der Erfahrung des Menschen mit Betätigungen beeinflusst. Alle diese Aspekte haben eine Auswirkung darauf, wie das Individuum sein eigenes Betätigungsverhalten vorausahnt, wählt, erlebt und interpretiert (Jerosch-Hold et al., 2009).

Werte: bezeichnen innere Überzeugungen eines Menschen, an welchen er in Bezug auf Bedeutsamkeit und Ausführungsnorm festhält (Jerosch-Hold et al., 2009).