



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Wissenschaftliche Bewertung der Qualität in der
psychiatrischen Versorgung durch den Einsatz von
Genesungsbegleitern

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Helena Aurich

Betreuer: Prof. Bernhard Langer

Zweitbetreuer: Prof. Roman Oppermann

Tag der Einreichung: 30.04.2019

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0094-1

Zusammenfassung

In der Psychiatrie ist ein Wandel, hin zu einer patientenorientierten Versorgung festzustellen. In diesem Zusammenhang orientiert sich die Behandlung immer mehr an Recovery, Dialog und Empowerment. Diese Werte werden auch durch die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter vertreten. Mit ihren Genesungs- und Krankheitserfahrungen unterstützen Peers den Gesundungsprozess von psychisch Kranken. Mittlerweile hat sich eine eigens darauf spezialisierte Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter entwickelt, die ehemals Erkrankten die Möglichkeit gibt, aus den erlebten Erfahrungen zu profitieren. Die Einsatzmöglichkeiten dieser neuen Berufsgruppe reichen vom ambulanten zum stationären Setting, bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit in einer Institution. Der Einsatz von Genesungsbegleitern hat sich in vielen Studien bereits als erfolgreich erwiesen. Dennoch sind Schwierigkeiten in einer bundesweiten und einheitlichen Implementierung dieser Berufsgruppe zu verzeichnen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist herauszufinden, ob durch den Einsatz von Genesungsbegleitern und den damit einhergehenden Werten, die Qualität in der psychiatrischen Versorgung positiv beeinflusst werden kann. Um diese Frage zu beantworten, wurden Literaturrecherchen durchgeführt und drei Experten in Interviews befragt. Die Interviews wurden qualitativ und unter der zu Hilfenahme eines Leitfadens durchgeführt. Das Ergebnis ist, dass Genesungsbegleiter einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitativen, psychiatrischen Versorgung leisten, dies wurde sowohl in der Literatur als auch in den Experteninterviews ersichtlich. Dennoch wurde deutlich, dass sich die Versorgungseinrichtungen auf den Einsatz von Genesungsbegleitern vorbereiten müssen. Die Ängste und Haltungen einer Institution müssen thematisiert und priorisiert werden, um die Implementierung erfolgreich durchsetzen zu können. Außerdem bedarf es der Weiterentwicklung und Definition dieses neuen Berufes, sowie gesetzlicher Vorgaben, um eine einheitliche Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Abstract

In the psychiatry a turnaround can be noticed towards a patient centred treatment. Within this process, the care is more and more orientated at recovery, dialog and empowerment. These attitudes are supported in a new profession, the peer worker. Peers accompany the recovery process from mentally ill patients with their own experienced knowledge. Meanwhile, a special training, the „EX-IN-Genesungsbegleiter“ was developed, which gives previous mentally ill people the opportunity to share their experiences. The fields of applications for this new occupation group range from the ambulant to the inpatient setting, as well as to public relation work for an institution. The use of peer workers has been proved in several trials, however there are challenges to overcome implementing peer workers consistent and throughout Germany. The aim of this work is to find out whether the use of peer workers and the associated values influence the quality of psychiatric care. To investigate this question methodically, literature search was carried out and three experts were interviewed. The interviews were conducted qualitatively and with the help of a guideline. The outcome shows that peer workers provide an essential contribution to qualitative mental health care, as seen in the literature and through the interviews with the subject matter experts. Nevertheless, it became obvious that new employers must be prepared for the use of peer workers. The fears and attitudes of an institution have to be discussed and analysed for a successful implementation. Moreover, it requires the advancement and definition of this new profession as well as legal requirements to ensure a uniform quality of treatment.

Inhalt

1	Einleitung	2
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Psychische Krankheiten	4
2.2	Qualität in der psychiatrischen Versorgung	6
2.2.1	Trialog	8
2.2.2	Recovery	9
2.2.3	Empowerment	11
2.3	Entwicklung der Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung	12
2.4	Definition und Entwicklung der Genesungsbegleiter/Peers	13
2.5	Wirkung von Genesungsbegleitern	15
2.6	Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter	16
2.7	Berufsfeld von Genesungsbegleitern	17
2.8	Chancen bei der Arbeit mit Genesungsbegleitern	19
2.9	Risiken bei der Arbeit mit Genesungsbegleitern	21
3	Empirische Untersuchung	22
3.1	Methodik	22
3.2	Qualitative Forschung und Inhaltsanalyse	22
3.3	Experteninterviews	23
3.4	Feldzugang – Sampling	24
3.5	Leitfaden und Interviewdurchführung	24
3.6	Ergebnisse	26
3.6.1	Qualität in der Psychiatrischen Versorgung	26
3.6.2	Genesungsbegleiter	28

4	Diskussion	32
5	Fazit	34
6	Limitation	35
7	Literaturverzeichnis	37
8	Anhang	45
8.1	Leitfaden.....	45
8.2	Experte A	46
8.3	Experte B	53
8.4	Experte C	64

Gendererklärung

Zur besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt. Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

1 Einleitung

Als Anlass der vorliegenden Arbeit ist das praktische Studiensemester anzuführen. Dieses wurde im Wintersemester 2018 beim GKV-Spitzenverband absolviert. Hauptaugenmerk dieses Praxiseinsatzes lag in der AG Personalausstattung zur Psychiatrie und Psychosomatik im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Selbstverwaltung der Bundesrepublik Deutschland wurde damit beauftragt, die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik neu zu gestalten und Mindestvorgaben in der Personalausstattung zu definieren. Anders als in anderen EU-Ländern, organisieren sich die Versicherten, Beitragszahler und Leistungserbringern in Verbänden, um Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu übernehmen. Dies nennt sich Selbstverwaltung (vgl. BMG 2018).

In dem Zusammenhang der Richtlinienerstellung wurden die Berufsgruppen und deren Tätigkeiten diskutiert. Neben Psychotherapeuten, Psychologen, Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegepersonal und weiteren, wurde auch die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter thematisiert. Ehemals psychisch Erkrankte werden zum EX-IN Genesungsbegleiter ausgebildet, um als Arbeitnehmer in der psychiatrischen Versorgung zu arbeiten. Der Begriff EX-IN ist die Abkürzung für „Experience – Involvement“ und wird als die Einbeziehung von Erfahrenen übersetzt (vgl. Jahnke 2012). Die Entstehung dieses neuen Berufsfeldes lässt sich auf eine Betroffeneninitiative von vor ungefähr 20 Jahren zurückführen, die unabhängig von der psychiatrischen Versorgung, entstand. Die Arbeit der Genesungsbegleiter ist vor allem durch zwischenmenschliche Beziehungen und geteilte Erfahrungen gekennzeichnet (vgl. Jahnke 2012).

Mit dieser Bewegung wurde der Genesungsweg breiter gefasst und Recovery, Trialog und Empowerment haben an Bedeutung gewonnen (vgl. Mahlke et al. 2015). Diese Ansätze sind in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland noch nicht standardisiert. Anders ist es zum Beispiel in Kanada, Australien und anderen englischsprachigen Ländern. Hier haben sich der Recovery-Ansatz und die Peer-Beteiligung bereits fest implementiert.

Weiterhin können in den Vereinigten Staaten sich Versicherte der medicaid und medicare die Kosten für eine Peer-Recovery-Behandlung zurück erstatten lassen (vgl. Mahlke et al. 2015), hier lassen sich über 10 Tausend Peer-Supporter in der psychiatrischen Versorgung zählen (vgl. Larry Davidson et al. 2012).

Die vorliegende Bachelorarbeit thematisiert die Frage, wie Genesungsbegleiter die Qualität in der psychiatrischen Versorgung beeinflussen. Um dies beantworten zu können, teilt sich diese Bachelorarbeit in zwei Teile. Anschließend an die Einleitung, wird unter Punkt zwei der theoretische Hintergrund vorgestellt. Anhand von Literaturrecherchen soll zunächst die psychiatrische Versorgung in Deutschland genauer betrachtet werden und anschließend das Thema Qualität im Fokus stehen und darauffolgend die Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung und deren Entwicklung. Dieser Teil diene außerdem dazu, die Fragen für den Leitfaden der Experteninterviews zu erstellen. Im Teil drei steht die methodische Untersuchung im Vordergrund. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden Experteninterviews durchgeführt. Die Vorgehensweise und Ergebnisse werden in diesem Teil der Arbeit vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse aus der Literatur und der qualitativen Forschung zusammengetragen, um die Themafrage zu beantworten. Zum Schluss der Arbeit wird ein Fazit gezogen und auf die Limitation eingegangen.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird zunächst auf psychische Krankheiten, die psychiatrische Versorgung, sowie die damit einhergehende Qualität eingegangen. Weiterhin werden die Werte Trialog, Recovery und Empowerment thematisiert, die für eine qualitative Versorgung stehen und dabei unterstützen, den Genesungsprozess mehr am Patienten zu orientieren. Anschließend wird dem Leser die Entwicklung der psychiatrischen Berufe und der Beruf des Genesungsbegleiters sowie die Ausbildung und mit der Einbeziehung von Peers einhergehenden Chancen und Risiken vorgestellt.

2.1 Psychische Krankheiten

Psychische Krankheiten haben nicht nur eine enorme gesellschaftliche, sozialmedizinische und ökonomische Bedeutung, sondern folgern auch einen außergewöhnlich langen Genesungsweg des Betroffenen (vgl. Trost und Schwarzer 2013). Die stetige Präsenz von psychischen Erkrankungen wird vom Robert Koch Institut im Gesundheitssurvey (2015) belegt. Demnach wird zum Beispiel fast jeder zehnte Deutsche in seinem Leben von einer Depression betroffen sein (vgl. Robert-Koch-Institut 2015), weltweit leiden ungefähr 300 Millionen Menschen daran. Diese Krankheit gehört somit zu den drei häufigsten Krankheiten der Weltbevölkerung (vgl. WHO 2018). Weiterhin ist aus einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zu entnehmen, dass 2013 13,4 Prozent der betrieblichen Fehltag in Deutschland auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Im Jahr 2000 waren es noch sieben Prozent (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die psychiatrischen Krankheiten in den letzten Jahren zugenommen haben. Dem ist allerdings nicht so, denn lediglich die dokumentierten Ausfalltage auf Grund dieser Krankheiten nahmen zu (vgl. Robert-Koch-Institut 2015). Ein weiteres Indiz für die Bedeutung dieser Krankheit ist, dass Betroffene überdurchschnittlich lange als arbeitsunfähig gelten. Gemäß der BPTK Studie fehlten die gesetzlich Versicherten im Durchschnitt 34,5 Tage, wenn als Grund eine psychische Erkrankung vorlag, während zum Beispiel Krankschreibungen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung 21,3 Tage dauerten. Auf Grund der langen Ausfallzeiten, beziehen psychisch Erkrankte meist Krankengeld (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2015).

Faktoren wie persönliche Belastungen, hohes Tempo im Alltag, Überforderungen, hohe Erwartungen des Umfeldes oder des Betroffenen an sich selbst und großer gesellschaftlichen Druck schwächen die inneren Ressourcen. Diese Stressfaktoren können dazu führen, dass sich Betroffene in ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden eingeschränkt fühlen. Ein wesentlicher Faktor für die psychische Gesundheit ist Wohlbefinden, ein Baustein für hohe Lebensqualität (vgl. Robert-Koch-Institut 2015). Wenn das Wohlbefinden eingeschränkt ist, können ein verringertes

Selbstwertgefühl, die Abnahme sozialer Kontakte, Isolation und Vereinsamung die Folgen sein (vgl. Clausen und Eichenbrenner 2010). Durch solche Folgen können psychische Krankheiten, wie zum Beispiel eine Depression resultieren (vgl. Robert-Koch-Institut 2015). Aaron Antonovsky stellte sich der Frage, was den Menschen gesund bleiben lässt. Er beschreibt in seinem Modell ein Krankheitskontinuum, auf dem sich jedes Individuum befindet. Er geht von Einflussfaktoren und Bewältigungsstrategien aus, die das Wohlbefinden steigern und den Menschen gesund sein lassen. Einen vollständigen Zustand des Gesund- oder Krankseins gibt es gemäß diesem Modell nicht (vgl. Blättner und Waller 2011). Antonovsky's Salutogenesemodell beschreibt Faktoren, die bei der Bewältigung von inneren und äußeren Spannungen eine Rolle spielen. Weiterhin geht er davon aus, dass Verstehbarkeit (Comprehensibility), Handhabbarkeit (Manageability) und Bedeutsamkeit (Meaningfulness) einen wesentlichen Einfluss auf den Genesungsprozess haben, da so das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) entsteht. Dieses Kohärenzgefühl ist die Selbsteinstellung jedes Individuums, um Widerstandsressourcen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Clausen und Eichenbrenner 2010).

Mit der stationären Aufnahme in der Psychiatrie geht ein Verlust an Selbstbestimmung und des Rechts auf eigene Persönlichkeitsentfaltung sowie ein automatisches Reglement und Anpassung an den Stationsalltag einher. Das herkömmliche Leben mit eigenen Strukturen, Freunden, Familien, Interessen und Alltag wird während des Klinikaufenthalts ausgeschlossen, so dass die Gefahr besteht, Bewältigungsstrategien zu verlieren. Sie sind jedoch eine substanzielle Ressource, um einer psychischen Erkrankung (präventiv) zu begegnen. Weitere Folgen eines stationären Klinikaufenthalts sind zum Beispiel die Anpassung an den Klinikalltag, der zu einer Parallelidentität führen kann und der Verlust an Eigenverantwortung. Dieser Verlust kann sich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Einerseits werden die Patienten mit Mahlzeiten, zwischenmenschlichen Kontakten und Unterkunft versorgt und können „nicht so viel falsch machen“ (Schulz 2014), andererseits fällt es Patienten, die auf ihre Eigenheiten bestehen und ihre frühere Lebensgewohnheit verteidigen schwer, sich in die neue Umgebung einzuleben (vgl. Schulz 2014). Folglich muss der Patient

Bewältigungsstrategien erlernen und Ressourcen mobilisieren, um sich an die neue Situation anzupassen.

Psychische Erkrankungen sind meist multifaktoriell bedingt und erfordern eine multimodale und interdisziplinäre Behandlungsstrategie, aus einem Mix von medizinischen, pflegerischen, sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen. In der Behandlung spielen intrapsychische und soziale Faktoren und Belastungen sowie die genetische und neurobiologische Disposition eine wichtige Rolle (vgl. Schwarzer und Trost 2002). Die Herausforderung besteht in der Kombination dieser Behandlungsmöglichkeiten und darin, die Patienten mit in diese Entscheidung einzubeziehen, denn Betroffene wollen nicht behandelt oder betreut werden, sondern gleichberechtigt sein und anerkannt werden (vgl. Trost und Schwarzer 2013).

2.2 Qualität in der psychiatrischen Versorgung

Eine gute psychiatrische Versorgung ist personalintensiv und hängt in hohem Maße von den Fähigkeiten und der Ausbildung der Mitarbeiter ab. Die wesentlichen therapeutischen Mittel sind das psychotherapeutische Gespräch und die psychotherapeutische Beziehung (vgl. Richter und Wessels 2015). Folglich sind die zwischenmenschlichen Beziehungen und ausreichend Zeit für Gespräche wesentliche Bestandteile für das Gelingen des Genesungsprozesses. In einer Studie von Little et al. konnte festgestellt werden, dass die Komponenten Kommunikation, Gesundheitsförderung und Partnerschaft die wichtigsten Elemente in der Arzt-Patienten-Beziehung darstellen (vgl. Little et al. 2001). Patienten wünschen sich meist eine „shared decision making“ Kommunikation. Diese ist der Mittelweg aus dem paternalistischen Modell und dem informativen Modell. Bei dem paternalistischen Modell handelt es sich um eine Einwegkommunikation, in der der Arzt allein die Entscheidung über den Behandlungsprozess trifft. Der passive Patient fügt sich diesen Entscheidungen. Anders funktioniert das informative Modell. Der Arzt informiert den Patient über alle Möglichkeiten, Chancen, Risiken und Wissensstände über dessen

Gesundheitszustand. Auf dieser Grundlage entscheidet allein der Patient über den Behandlungsweg und der Arzt unterstützt diese Entscheidung. Eine Mischung aus diesen beiden Modellen ist die Methode des „shared decision making“. Dabei entscheiden Patient und Arzt gemeinsam über den Ablauf der Behandlung. Der Arzt hat die Aufgabe, eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient seine Sichtweise zur Behandlung gern äußert. Der Patient ist angehalten, sich bei dem Entscheidungsfindungsprozess aktiv zu beteiligen, Präferenzen mitzuteilen und Verantwortung zu übernehmen. So werden vor allem die individuellen Informationen über den Patient (zum Beispiel Hoffnungen und Befürchtungen) erfasst. Ziel ist, dass beide sich auf eine Behandlungsoption einigen (vgl. Emanuel und Emanuel 1992).

Diesen Kommunikationsstil wünschen sich nach Rosen et al. 94 Prozent der Befragten (vgl. Rosén et al. 2001). Besonders depressiven Patienten ist ein hohes Maß an Partizipation im Behandlungsprozess wichtig (vgl. McKinstry 2000). Der Mangel an Partizipation, Zeit, Zuwendung und Information sind die häufigsten Klagen von Patienten im Bereich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (vgl. Stewart et al. 2000). Die Art der Beziehungsgestaltung und Kommunikation schlägt sich folglich in der erlebten Qualität der Behandlung nieder. Um dieses Qualitätsverständnis prüf- und messbar zu machen und Qualitätsstandards definieren zu können hat sich zum Beispiel ein zertifizierbares System entwickelt. Das dialogische Qualitätsmanagementsystem (Pro Psychiatrie Qualität - PPQ) ist ein Qualitätssiegel für Kostenträger, welches über die klassische DIN ISO 9001 hinausgeht (vgl. Monheimius 2016). Bei der Zertifizierung nach ISO 9001 handelt es sich um einen Nachweis bestimmter Anforderungen, die für ein anerkanntes Qualitätsmanagement nötig sind und die Grundlage für weitere Zertifizierungen darstellen (vgl. Pfitzinger 2010). Durch das dialogische Qualitätsmanagementsystem wird die Prozessqualität prüfbar und die Beteiligungskultur vom Personal bezüglich der Genesungsförderung (Recovery, Empowerment) ersichtlich und messbar (vgl. Monheimius 2016).

Im Folgenden soll auf die Werte und Haltungen Dialog, Recovery und Empowerment eingegangen werden, die einen Beitrag in der qualitativen Behandlung leisten können (vgl. Mahlke et al. 2019).

2.2.1 Trialog

Vor knapp 30 Jahren entwickelten Dorothea Buck und Thomas Bock das trialogische Arbeiten und den Begriff Trialog. Dabei begegnen sich Psychose-Erfahrene (Betroffene), Angehörige und Professionelle im Trialog auf Augenhöhe und respektvoller Basis (vgl. Bock et al. 2012).

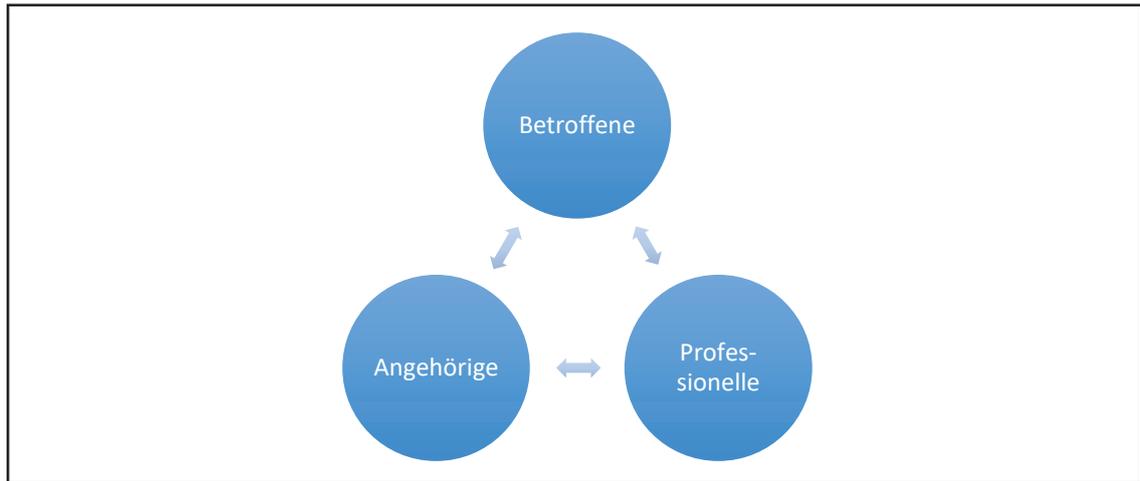


Abbildung 1 Trialog- eigene Darstellung (vgl. Bock et al. 2012)

Anstöße für den Trialog kommen aus den Psychose-Seminaren, in denen „das Interesse im gleichberechtigtem Austausch subjektiver Perspektiven“ (Bock et al. 2012) liegt.

Durch diese Triangulierung wird die psychiatrische Versorgung von Unterwerfungsritualen, einseitig definierten Voraussetzungen, sowie Compliance und Krankheitseinsichten befreit. An diese Stelle tritt eine kooperative Behandlung, in der gegenseitiges Verstehen und Einnehmen anderer Perspektiven möglich ist (vgl. Bock 2015). Die trialogische Zusammenarbeit ist folglich die Voraussetzung für eine „offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten“ (Bock 2015). Durch „das gemeinsame Entwickeln und umsetzen von ambulanter Versorgung durch Professionelle, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als Protagonisten auf Augenhöhe“ (Falkai 2013) entsteht eine leitliniengerechte Behandlung. Der gemeinsame Austausch und die gegenseitige Wechselwirkung bewirken, dass Vorurteile abgebaut und gemeinsame Ziele priorisiert werden (vgl. Falkai 2013). Mit dieser Bewegung können individuelle Bewältigungsstrategien erkannt werden, die einen großen Nutzen für den

Genesungsprozess darstellen (vgl. Bock und Sielaff 2016). Floeth und Majewsky untersuchten die Auswirkung des Trialogs und kamen zu dem Ergebnis, dass dieser ein entscheidendes Qualitätskriterium bei der Arbeit mit psychisch Kranken ist. Anders als bei herkömmlichen Qualitätsmanagementstrategien liegt der Fokus tatsächlich auf dem gemeinsamen Entwickeln und Umsetzen von Behandlungsstrategien und dem Aufbau von Betreuungsbeziehungen und nicht auf Verwaltungsarbeiten und Berichterstattungen (vgl. Floeth und Majewsky 2010). Nach Floeth und Majewsky wünschen sich einige Betroffene alternative Versorgungsformen zum Krankenhausaufenthalt (vgl. Floeth und Majewsky 2010).

Durch die Bewegung von Trialog und EX-IN konnte festgestellt werden, dass „subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien für Genesung wertvoll und wichtig sind, also die Basis aller weiteren Interventionen sein sollten“ (Bock 2015). Durch den Einbezug von Genesungsbegleitern wird der Behandlungsprozess entstigmatisiert und der Trialog gestärkt, um den Blick in der psychiatrischen Versorgung zu erweitern und die Ressourcen der Beteiligten in der psychosozialen Versorgung zu stärken (vgl. Bock 2015).

2.2.2 Recovery

Der Trialog ist die Grundlage für eine Recovery-orientierte Psychiatrie (vgl. Amering 2010). Um eine leitliniengereiche Versorgung psychosozialer Therapien zu gewährleisten, sollen gemäß der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, diese Grundlagen angestrebt werden. Leitlinien sind systematische, evidenzbasierte, von Experten entwickelte Aussagen, die Empfehlungen für qualitative Behandlungen und Versorgungsformen bestimmter Personengruppen, vorgeben (vgl. DGPPN 2013). Die Werte Recovery und Empowerment sind aus einer Betroffenenbewegung von Personen entstanden, die als auserfahren und chronisch oder psychisch krank diagnostiziert wurden. Um auf den demoralisierenden Pessimismus aufmerksam zu machen, haben sich die Betroffenen zusammengeschlossen und nach Bedingungen gesucht, durch die Langzeitkranke ein

zufriedenstellendes Leben führen können. So wurden neue Behandlungsstrukturen geschaffen (vgl. Knuf 2016). Eine deutsche Übersetzung für den Begriff, ist nach Knuf 2016 „Genesung“ oder „Wiedererlangung von Gesundheit“ (Knuf 2016). Weiterhin kann Recovery als „Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen“ (Anthony 1993), aus dem sich die Möglichkeit bietet, trotz Krankheit ein „befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ (Anthony 1993) definiert werden. Betroffene lernen ihre individuellen Fähigkeiten anzuerkennen, selbstbestimmt zu agieren und Rückschläge anzunehmen. Weiterhin kann durch Recovery das Verschwinden von Symptomen und Überwinden von Stagnation resultieren. Für Betroffene ist der Prozess der Selbstfindung auf Grund der Medikation, des Verlusts an Persönlichkeit, der sozialen Isolation und der Verarmung von sozialen Kontakten besonders herausfordernd. Eine Recovery-orientierte Behandlung hilft Patienten dabei, sich von der dichotomisierten Wahrnehmung von Gesundheit zu befreien und das Salutogenesemodell zu verstehen (vgl. Watkins et al. 2009).

Marianne Farkas und William Anthony beschreiben in ihrer Publikation vier Schlüsselwerte zur Recovery-orientierten Arbeitsweise: Zum einen die „Personenorientierung“, in der der Betroffene als Person mit all seinen Fähigkeiten wahrgenommen und nicht als Patient stigmatisiert wird. Der zweite Schlüsselwert ist die „Betroffenen Beziehung“. Der Fokus liegt hier auf einem partnerschaftlichen Umgang, in dem beide Parteien gleichwertig planen, organisieren und bestimmen. „Selbstbestimmung/Wahlfreiheit“ legt den Schwerpunkt auf das Recht, dass alle Beteiligten individuelle Entscheidungen treffen können. Der vierte Schlüsselwert ist das „Wachstumspotential“. Die Versorgung fokussiert sich auf das Potential jedes einzelnen Patienten und Fortschritte werden im individuellen Tempo wertgeschätzt (vgl. Farkas et al. 2005). Grundsätze, die durch eine Recovery-Haltung vermittelt werden, sind unter anderem Hoffnung, der Umgang mit Stillstand und Rückschritten und die Akzeptanz, dass jeder Genesungsweg anders ist und Zeit bedarf (vgl. Knuf 2016). Genesungsbegleiter können in diesem Prozess unterstützend zur Seite stehen und vor allem mit ihren eigens erlebten Erfahrungen als Hilfestellung dienen. Studien zeigen, dass durch ihre Hilfe das Verständnis für Recovery gefördert, Depressionen verringert

und dafür das eigene Wohlfühl und die Hoffnung der Patienten gestärkt werden (vgl. Larry Davidson et al. 2012). Anders als in der klassischen Psychiatrie, stehen nicht Symptomreduktion, Rückfallprofilaxe und berufliche Wiedereingliederung an oberster Stelle, sondern ein zufriedenes, erfülltes Leben mit gesellschaftlicher Integration. Weiterhin liegt der Fokus nicht mehr auf der Medikation, sondern auf Hilfen, die das Wohlbefinden fördern (vgl. Knuf 2016). Um Recovery und psychiatrie-spezifische Fragestellungen beantworten zu können, eignet sich am besten der Dialog (siehe Kapitel 2.2.1). Die Bündelung dieser Ansätze birgt großes Potential, Änderungen in der psychiatrischen Behandlung zu verwirklichen (vgl. Farkas et al. 2005).

2.2.3 Empowerment

Um eine Recovery-Beziehung ermöglichen zu können, bedarf es einer Empowerment Kultur, die es dem Patienten ermöglicht, gravierende Belastungen zu überwinden und in Krisensituation das Potential eines Lern- und Entwicklungsprozesses zu erkennen (vgl. Watkins et al. 2009). Knuf übersetzt den Begriff Empowerment mit „Selbstbefähigung“/„Selbstbemächtigung“ (Knuf 2016) und stammt aus einer Emanzipationsbewegung, in der gesellschaftlich unterlegenen Gruppen sich nicht länger der Diskriminierung aussetzen wollten. „Zu Empowerment gehören Elemente wie Selbstbestimmung, Selbsthilfe und gesellschaftliche Teilhabe“ (Knuf 2016). Auch Emanzipation stellt einen wesentlichen Kernpunkt dar. Es geht darum, das Recht auf Gleichbehandlung einer sozial benachteiligten Gruppe zurück zu gewinnen (vgl. Clausen und Eichenbrenner 2010). Das Ziel dabei ist, eine vollständige Integration beziehungsweise Inklusion psychisch Kranker zu ermöglichen, sodass der Betroffene vom Objekt zum Subjekt wird (vgl. Clausen und Eichenbrenner 2010).

Durch Empowerment können Spannungen zwischen zwei Parteien resultieren. Zum einen zwischen der Beziehung von Betroffenenem und Angehörigen, zum anderen in der Beziehung zwischen Professionellem und Patient. Außerdem bleibt zu berücksichtigen, dass der Professionelle nicht aus seiner Verpflichtung genommen wird. Seine Aufgabe

besteht vor allem darin, Hilfe und Kontrolle zu gewährleisten. Empowerment wird durch Ressourcenorientierung, Informationsfluss, Selbstbestimmung, Mitsprache in der Behandlung, Selbsthilfe, Mitbestimmung, Engagement und Partizipation durchgesetzt (vgl. Clausen und Eichenbrenner 2010).

2.3 Entwicklung der Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung

Nach dem zweiten Weltkrieg war die psychiatrische Versorgung weitaus erstarrt. Schwer psychisch Kranke wurden gemeinsam mit Behinderten untergebracht, wobei deren Versorgung mehr aus Verwahrung, als aus Behandlung bestand. 1971 veränderte die Psych-Enquete die Versorgungsstruktur in Deutschland. Ein zentraler Aspekt war die Enthospitalisierung und die daraus resultierende ambulante Versorgung. Aus dieser Entwicklung entstanden die ersten Institutsambulanzen (PIA), in denen chronisch und schwer kranke Menschen (SMI-Patienten = „severe mental illness“) behandelt wurden (vgl. Koch-Stoecker und Driessen 2017). Aufgabe der PIAs ist es, nach wie vor, stationsvermeidend zu arbeiten und das Risiko eines Rückfalls der Patienten einzudämmen. PIAs richten sich vor allem an Patienten, die auf eine multiprofessionelle Komplexbehandlung angewiesen sind (vgl. Spengler 2012). Im Jahr 1994 entwickelte sich die Ausbildung des Facharztes für Psychiatrie und Psychosomatik und 1999 das Psychotherapeutengesetz. Seit diesem Jahr sind die Leistungen für Psychotherapie abrechenbar. In den darauf folgenden Jahren haben sich Tageskliniken für psychisch Kranke entwickelt, Maßnahmen zur Entstigmatisierung haben an Bedeutung erlangt und schwer psychisch Kranke haben die Möglichkeit, über den Zweig des SGB XII Rehabilitation entsprechende Maßnahmen und Frühberentung zu beantragen. Seit 2000 entfernt sich die psychiatrische Versorgung immer weiter von einem paternalistischen Modell (siehe Kapitel 2.2), indem der Arzt der besser Wissende ist und Entscheidung über den Patienten allein trifft. Heutzutage wird eine gleichberechtigte Beziehung von Arzt und Patient angestrebt. Auf dieser Ebene hat sich der Patient zu einem selbstbestimmenden Partner entwickelt. Diese Ansätze sind auch in

Beratungsangeboten (peer-consulting) und der Ausbildung zum EX-IN zu finden (vgl. Trost und Schwarzer 2013).

Durch die Resolution der WHO Konferenz im Jahr 2005 und die UN-Konvention 2006 zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung wurden erste Impulse gesetzt, Genesungsbegleiter in die psychiatrische Versorgung zu integrieren (vgl. Kieser und Kieser 2015). Gefördert wurde die Einbeziehung von Erfahrenen letzten Endes durch Konzepte des Dialogs (vgl. Mahlke et al. 2017). Das Berufsfeld der Genesungsbegleiter/Peers soll dazu beitragen, Psychiatrie als „ein Ort der Stärkung, Orientierung, des Zu-sich-Findens werden“ (Schulz 2014) gelten zu lassen. Um das zu erreichen, müssen die bisherigen Lebensstrategien der Erkrankten verstanden und akzeptiert werden (vgl. Schulz 2014).

Die professionelle Versorgung in der Psychiatrie ist mittlerweile breitgefächert, sodass sich ein breites Band an Berufsgruppen etabliert hat. Neben Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten, rechtlichen Betreuern und Pflegekräften, sind Angehörige und ehrenamtliche Helfer beschäftigt. Das Modell der Psychiatrie ist multiprofessionell geworden und erfordert ein hohes Maß an Informationsaustausch und kritischem Diskurs zwischen den einzelnen Berufsgruppen (vgl. Trost und Schwarzer 2013). Probleme die mit einer multiprofessionellen Behandlung einhergehen können, sind unter anderem mehrfache Absprachen, wenig Transparenz, Verlust von Teamressourcen, mangelnde Integration der einzelnen Elemente in ein Gesamtkonzept und das unterschiedliche Erleben der Patienten. Ein hoher Bedarf von Optimierung ist in dieser Form der Zusammenarbeit essentiell (vgl. Mahler et al. 2014).

2.4 Definition und Entwicklung der Genesungsbegleiter/Peers

Zum besseren Verständnis werden in diesem Abschnitt der Arbeit die Begriffe Genesungsbegleiter, Peer und EX-IN erklärt. Für die Peer Arbeit gibt es keine allgemeingültige, akzeptierte Definition. Nach Mahlke et al. werden mit diesem Terminus Menschen betitelt, die „von einer psychischen Erkrankung betroffen waren/sind“

(Mahlke et al. 2015) und sich an der psychiatrischen Behandlung oder Forschung beteiligen. Peer-Arbeiter können dazu beitragen, „das therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen zu verbessern und den Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener zu unterstützen“ (Mahlke et al. 2015). Peer, Peer Support oder Peer Counseling, kann auch „die Unterstützung durch gleichrangige Menschen“ (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2016) bedeuten. Weitere geläufige Übersetzungen sind „Unterstützung von Betroffenen durch Betroffenen“ oder „Unterstützung durch Gleiche“ (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2016) und finden in vielen Bereichen Anwendung. In diesem Kontext soll Peer als die Begleitung psychisch Kranker von Personen, die selbst psychische Krisen erlebt haben, verstanden werden. In der Beratung steht vor allem der Austausch von Erfahrungen im Mittelpunkt, um von Mitbetroffenen Unterstützung zu erhalten. Die Arbeit mit Genesungsbegleitern wird als Unterstützung bei der Gesundung beschrieben, indem Peers Impulse für eine Genesung geben und helfen Ängste zu entschärfen (vgl. Neuhaus 2012). Peerbegleiter ist der englische Begriff für Genesungsbegleiter und ist daher synonym zum verstehen (vgl. Utschakowski 2016b). In der Ausbildung wird der Psychiatrie Erfahrene zu einem EX-IN-Genesungsbegleiter qualifiziert und stellt somit einen eigenständigen Begriff dar (vgl. Jahnke 2012).

Die klassische Versorgung in der Psychiatrie ist durch eine klare Rollen- und Machtverteilung von Patient und Arzt bekannt. Die Idee hinter dem Peer-Ansatz ist, psychiatrie-erfahrene Menschen die Seiten wechseln zu lassen, um die Behandlung an die Lebenswelten und Bedürfnissen des Patienten anzupassen (vgl. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2016). So können Erfahrene ihre Erlebnisse auf der Behandlungsebene implementieren. In der herkömmlichen Rollengestaltung gelten offene und subtile Stigmatisierungen und die Vormachtstellung des medizinischen Krankheitsbegriffs als Belastung im Behandlungsprozess. Der Bezug zu biografischen und sozialen Erlebnissen, Verlust und Erfahrungswissen, stellt für den Genesungsprozess eine wichtige Rolle dar und sollte an erster Stelle stehen (vgl. Mahlke et al. 2015).

Das Verständnis von Empowerment, Recovery, Dialog, Partizipation und gleichberechtigte Kooperation hat sich immer mehr durchgesetzt und wird auch von der

EX-IN Bewegung vertreten (vgl. Sielaff 2016). Die Einbeziehung von Erfahrenen ist demnach Bestandteil für eine zeitgemäße und Recovery-orientierte Behandlung (vgl. Slade et al. 2014). Das Erfahrungswissen stellt den Anspruch an die Ausbildung zum EX-IN Genesungsbegleiter dar, denn das Anliegen liegt darin „aus Krisen und Genesungserfahrungen ein Erfahrungswissen zu generieren und Handlungskompetenzen als Genesungsbegleiter zu entwickeln“ (Mahlke et al. 2019). Experten aus Erfahrung können hier in einer doppelten Funktion auftreten. Nicht nur von Erfahrenen für Erfahrene sondern auch von Angehörigen für Angehörige (vgl. Mahlke et al. 2017).

2.5 Wirkung von Genesungsbegleitern

Gillard et al. haben die Wirksamkeit von Genesungsbegleitern bei Patienten in dem sogenannten „Change Modell“ untersucht. Mit einer qualitativen Studie und unter der Verwendung der „Grounded Theory“ konnten sie drei wesentliche Punkte herausarbeiten, die bei der Behandlung mit Genesungsbegleitern positiv auffallen. Zum einen fällt es Patienten, die mit Genesungsbegleitern therapiert wurden leichter, vertrauensvolle Beziehungen auf Basis geteilter Erfahrungen zu schließen. Weiterhin werden sie an den Umgang und das Leben mit der Krankheit herangeführt und sehen, wie trotz der Krankheit ein qualitatives Leben in der Gesellschaft möglich ist. Um die Aussagen zu bekräftigen greifen Gillard et al. auf die „Social Comparison Theory“ von Leon Festinger (1954) und auf die „Social Learning Theorie“ von Bandura (1977) zurück (vgl. Gillard et al. 2015).

Festingers Theorie des Sozialen Vergleichs nimmt an, dass es für Menschen wichtig ist sich zu vergleichen, um eine eigene Identität entwickeln zu können (vgl. Festinger 1954). Für den Patienten wird so eine normale Situation dargestellt, da er sich mit dem Genesungsbegleiter vergleichen und selbst einschätzen kann. Das Gefühl der Stigmatisierung nimmt dadurch ab und der Patient entwickelt durch das Gespräch mit dem Genesungsbegleiter ein Gefühl von Normalität. Weiterhin wird der Patient bei der Überbrückung von zuvor negativ erlebten Erfahrungen und Misstrauen unterstützt.

Durch den Austausch mit Patienten und damit einhergehender Wertschätzung verbessert sich auch das Selbstbewusstsein des Genesungsbegleiters. Der Vergleich von Gefühlen festigt die eigene Zuversicht und Identität (vgl. Gillard et al. 2015).

Bandura behauptet mit seiner sozialen Lerntheorie, dass unser Denken, Erleben und Verhalten von Vorbildern abhängt.

Der Betroffene lässt sich von dem Verhalten eines anderen Menschen beeinflussen und versucht es ihm gleich zu machen (vgl. Bandura 1977). Der Genesungsbegleiter dient als Rollenvorbild für den Patienten. Dieser erkennt Ähnlichkeiten bei dem Genesungsbegleiter und wird motiviert, den Genesungsprozess zu durchleben, um wieder Andere an dieser Erfahrung teilhaben zu lassen (vgl. Gillard et al. 2015).

2.6 Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter

Experten aus Erfahrung, sogenannte Peers, haben durch die Ausbildung zum EX-IN Genesungsbegleiter die Möglichkeit, sich durch ihre Erfahrungen zu qualifizieren (vgl. Jahnke 2012). Im Rahmen des „Leonardo da Vinci“ Pilotprojekts wurde 2005-2007 ein Curriculum zu der Ausbildung EX-IN erstellt. Bei diesem Curriculum wirkten Partner aus Norwegen, Schweden, Niederlande, England, Slowenien und Deutschland mit, sodass sich in Bremen und Hamburg die ersten Kurse zur Ausbildung entwickelten. Stand 2015 gab es 30 Standorte bundesweit, die diese Ausbildung anbieten, zum Beispiel die „Pinel gGmbH“ in Berlin, die „Innere Mission München“ oder die „offene Herberge e.V.“ in Stuttgart (vgl. Tönnies 2019) .

In der Qualifizierung zum EX-IN-Genesungsbegleiter lernen die Teilnehmer nicht aus Büchern oder Vorträgen, sondern die Basis ist individuell erworbenes Erfahrungswissen. In einem ersten Schritt der Ausbildung widmen sich die Teilnehmer ihren eigenen Erfahrungen. Durch die systematische Betrachtung, dem Sammeln und Strukturieren des eigenen Erlebens werden aus den Krisen und Lebenserfahrungen Erklärungsmodelle abgeleitet. Dem Peer gelingt es, die Vergangenheit einzuordnen, zu verstehen und von den Erfahrungen als Orientierung für die Zukunft zu profitieren. Der zweite Schritt besteht aus einem Austausch untereinander, um einen kollektiven Sinn und einen

gemeinsamen Erfahrungshorizont zu erschließen. Diese Begegnungen finden auf einer „positiv-wertschätzenden, anti-diskriminierenden, personenzentrierten Basis statt“ (Jahnke 2012). Jeder Genesungsbegleiter in Ausbildung hospitiert zuerst bei einem bereits Ausgebildeten, bevor er als Tandem von ihm angeleitet wird (vgl. Bock 2015). Die Ausbildung besteht aus ungefähr 320 Unterrichtsstunden aufgeteilt in 12 Module und dauert in der Regel ein Jahr. Die Kosten für die einzelnen Module belaufen sich auf ca. 200 Euro. Bei der Finanzierung können sich die Peers zum Beispiel an Träger der Sozialversicherung (zum Beispiel Rentenversicherungen, Sozialhilfe) und Stiftungen wenden. Wie die Ausbildung bezuschusst wird, ist von Land zu Land unterschiedlich, da es keine einheitliche Bestimmung über Finanzierungsmöglichkeiten gibt. Um für die Ausbildung zugelassen zu werden, müssen die Bewerber unter anderem Reflexions- und Gruppenfähigkeit besitzen, sich in einer stabilen gesundheitlichen Lage befinden und Erfahrungen in der Psychiatrie und deren Bewältigung nachweisen (vgl. EX-IN e.V. 2019). In den Basismodulen werden Gesundheitsförderung (Salutogenese), Recovery, Empowerment, Erfahrung und Teilhabe und Dialog thematisiert. Daraufhin stehen Selbsterforschung, Betroffenen-Fürsprache, Assessment (ganzheitliche Bestandsaufnahme), Beraten und Begleiten, Kriseninterventionen, Lernen und Lehren, sowie das Abschlussmodul in Form einer Präsentation auf der Agenda der Aufbaumodule. Die Teilnehmer müssen während ihrer Ausbildung zwei Praktika im Bereich des psychiatrischen Dienstes oder in Bildungseinrichtungen absolvieren. Während der Ausbildung erstellen die Peers ein Portfolio, um am Ende der Ausbildung über ein individuelles und professionelles Profil zu verfügen, das zum Beispiel beim Erreichen von persönlichen und beruflichen Zielen behilflich sein kann (vgl. EX-IN e.V. 2019).

2.7 Berufsfeld von Genesungsbegleitern

Die Rolle von Genesungsbegleitern gestaltet sich je nach Kontext unterschiedlich. ausgebildete Genesungsbegleiter können zum einen als gleichberechtigte Mitarbeiter in einem multiprofessionellen Team in der psychiatrischen Versorgung arbeiten (vgl.

Kieser und Kieser 2015). Zum Beispiel in der Akutpsychiatrie, in ambulanten, stationären, teilstationären Settings, in Recovery-Gruppen oder in der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Utschakowski 2016a). Ein weiteres Arbeitsfeld ist die Beratung. Peer-Berater unterstützen Angehörige und Betroffene in Beratungsgesprächen, um die Wahlfreiheit und Selbstbefähigung zu stärken. Als Drittes Arbeitsfeld können Genesungsbegleiter als Mitglieder in Beiräten fungieren, um sich an der Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen zu beteiligen (vgl. Kieser und Kieser 2015). Weiterhin sind einige Absolventen anschließend als Forschende oder Dozenten tätig. Für EX-INler gibt es verschiedene Möglichkeiten einer Anstellung. Zum einen gibt es die Möglichkeit eines sozialversicherungspflichtigen Angestelltenverhältnisses oder als Minijob, um sich zum Beispiel die Erwerbsminderungsrente zu erhalten. Stand 2016 konnten 50 Prozent der Absolventen eine bezahlte Beschäftigung nachweisen (vgl. Utschakowski 2016a). In Deutschland ist eine große Resonanz für Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung festzustellen, allerdings stehen sie im Vergleich zu anderen Ländern noch am Anfang (vgl. Mahlke et al. 2017).

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Bachelorarbeit sucht die Immanuel Klinik Rüdersdorf (Diakonie) einen Genesungsbegleiter. Auf diese Stellenausschreibung soll hier zur Veranschaulichung des Berufsbildes kurz eingegangen werden. Gesucht wird ein „Genesungsbegleiter m/w EX-IN für die Zuhause-Behandlung von erwachsenen Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung“ (Immanuel Diakonie GmbH 2019). Diese Stelle soll als 20 Stunden Stelle und befristet auf zwei Jahre besetzt werden. Der Schwerpunkt der alltäglichen Arbeit liegt in der Unterstützung, eine Tagesstruktur zu erhalten beziehungsweise zu erlernen. Weitere Aufgaben und Ziele sind „Unterstützung und Umsetzung der vereinbarten Ziele mit dem Patienten“, „Hausbesuche und Hilfe im Bereich lebenspraktischer Fähigkeiten“, „Krisenbewältigung der Klienten“, „Erweiterung des multiprofessionellen Teams und dessen inhaltliche Weiterentwicklung“ (Immanuel Diakonie GmbH 2019). Die Ausbildung der EX-IN Qualifizierungsmaßnahme ist Voraussetzung für eine Einstellung. Vergütet wird die Stelle nach der Richtlinie für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR) (vgl. Immanuel Diakonie GmbH 2019).

2.8 Chancen bei der Arbeit mit Genesungsbegleitern

Das anfängliche Ziel von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung war durch die Demokratisierung psychosozialer Strukturen und die Verbesserung der Behandlungsqualität definiert. Die Einbeziehung von Genesungsbegleitern unterstützt die Weiterentwicklung institutioneller Strukturen und gesundheitspolitischer Entscheidungen. Die Kompetenzen und Fähigkeiten der Experten können in diesen Prozessen, der Weiterentwicklung und im Paradigmenwechsel einen essentiellen Beitrag leisten (vgl. Kieser und Kieser 2015). Als Voraussetzung für eine personenzentrierte und Recovery-orientierte Behandlung von psychisch Kranken, stellen Peer-Supporter ein wichtiges Instrument dar (vgl. Slade et al. 2014). Ein weiteres Ziel ist es, eine Qualität der Unterstützung zu erreichen, „die lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend ist“ (Utschakowski 2016b). Peersupport stellt außerdem eine Alternative, beziehungsweise eine Ergänzung zu den herkömmlichen Angeboten dar, da sich Patienten oftmals entmündigend und demoralisierend behandelt gefühlt haben, ist die Ergänzung notwendig (vgl. Utschakowski 2016b). Ein weiterer Vorteil, Genesungsbegleiter in die Behandlung mit einzubeziehen, besteht darin, dass Hoffnung und Selbstvertrauen der Patienten gestärkt werden. Dies stellt den ersten Schritt in Richtung Kontrolle der Krankheit dar. Weiterhin wird den Patienten hautnah vermittelt, wie wichtig Selbstkontrollen über die eigenen Gedanken sind. Anders als Nicht-Psychiatrie-Erfahrene, haben Peers den Vorteil, dass sie ihre eigens erlebten Erfahrungen und Genesungserlebnisse in die Behandlung einfließen lassen und Strategien vermitteln können. Genesungsbegleiter können außerdem besonders mit der Verletzlichkeit der Patienten umgehen sowie die Beharrlichkeit und Belastbarkeit in dem Umgang mit der Krankheit vorleben. Es konnte festgestellt werden, dass Stigmatisierung und Diskriminierung bei der Arbeit mit Peers seltener auftreten. Weiteres kommt diese Berufsgruppe einfacher an schwer erreichbare Patienten heran. Die Beziehung zwischen Peers und Patienten ist besonders von Verständnis, Akzeptanz, Vertrauen und Empathie geprägt. Dies stellt die Basis einer qualitativen Behandlung von psychiatrischen Patienten dar (vgl. Utschakowski 2015). Peers erhalten von den Patienten einen Vertrauensvorsprung, „da er ein Bewusstsein für

die vulnerable Position des Betroffenen aus eigener Krisenerfahrung mitbringt [...], sie stellen eine Brücke in die Gesellschaft und ins Hilfesystem dar“ (Mahlke et al. 2019). Weiterhin können Genesungsbegleiter in der Wahl des Angebots gut beraten, da sie Angebote empfehlen können, mit denen sie selbst zufrieden waren. Sie wissen, ob sich diese Interventionen ihrer Bedürfnisse angepasst haben und ob die Unterstützung ausgereicht hat. Durch das Erfahrungswissen der Genesungsbegleiter leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Planung, Durchführung und Entscheidungsfindung in der Behandlung (vgl. Utschakowski 2016a).

Afting-Ijeh und Etspüller sehen einen großen Nutzen in der Einbindung von Genesungsbegleitern. So übernehmen sie eine wichtige Rolle, die bereits beim Aufnahmegespräch des Patienten beginnt. Peers können für die Betroffenen den Einstieg erleichtern, indem sie bei der Überwindung von Ängsten, Unsicherheiten und Formulierungsproblemen unterstützen. Auch hier werden Genesungsbegleiter als Brücke zwischen Professionellen und Kranken gesehen. Weiterhin tragen Peers dazu bei, die Rollen und Sichtweisen in der psychiatrischen Versorgung zu hinterfragen und unterstützen die Einrichtung bei finanziellen und personellen Fragestellungen (vgl. Afting-Ijeh und Etspüler 2016). Es lassen sich weltweit zahlreiche Studien finden, die den Einfluss von Genesungsbeleitern erforscht haben. So konnten Larry et al. feststellen, dass sich durch die Einbeziehung von Psychiatrie Erfahrenen die Aufenthaltsdauer und die Menge an Medikamenten reduzierte (vgl. Larry Davidson et al. 2012). Bei der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen („No force first“) konnten Ashcraft et al. nachweisen, dass mit Genesungsbegleiter im Team, solche Maßnahmen reduziert werden konnten (vgl. Ashcraft et al. 2012). Chingman et al zeigten in Vergleichsstudien, dass sich durch den Einbezug von Peers die Beziehung der Patienten zu Professionellen im Gesundheitswesen, die Inanspruchnahme von stationären Leistungen zurück geht und bei den Betroffenen mehr Aktivierung, Empowerment und Hoffnung auf Genesung festzustellen ist (vgl. Chinman et al. 2014).

2.9 Risiken bei der Arbeit mit Genesungsbegleitern

Auch Risiken gehen mit der Einbeziehung von Genesungsbegleitern einher. Zum Beispiel besteht die Gefahr, dass Kliniken den Peer Support ausschließlich als Marketingstrategien einsetzen, um ihr Leistungsportfolio zu erweitern (vgl. Kieser und Kieser 2015). Weiterhin muss darauf geachtet werden, dass Genesungsbegleiter nicht für „gesundheitspolitische Zwecke instrumentalisiert werden“ (Kieser und Kieser 2015). Durch die Einbeziehung von Genesungsbegleitern wird eine Recovery-orientierte Behandlung gefördert. Wie im Kapitel 2.2.2 erläutert, lassen sich einige Vorteile und Chancen für eine qualitative, psychiatrische Versorgung feststellen. Dennoch dürfen Risiken bei der Anwendung einer Recovery-orientierten Behandlung nicht außer Acht gelassen werden. So wird zum Beispiel davor gewarnt, dass die Behandlung in die Richtung von Compliance geht und der Betroffene sich zu sehr von den Entscheidungen anderer abhängig macht (vgl. Farkas et al. 2005). Weiterhin birgt dieser Ansatz Risiken, da dem Patienten ein hohes Maß an Eigenverantwortung überlassen wird und schnell zu Überforderung führen kann. Ein weiterer Nachteil betrifft die Kosten. Recovery-basierte Aufwände lassen sich in Deutschland nicht abrechnen, da keine Evidenz für den Nutzen vorliegt (vgl. Davidson et al. 2006). Ein weiteres Problem mit der Arbeit von Experten aus Erfahrung ist die Rolle, die sich die Experten selbst zuschreiben. Trotz des Ansatzes auf Augenhöhe zu arbeiten, bewerten sich viele Experten niedriger als Profis. Das daraus resultierende Problem ist, dass die Experten versuchen professioneller als die Profis zu werden, wodurch die Erfahrungen aus der seelischen Krise jedoch verloren gehen. Weitere Risiken sind, dass die Genesungsbegleiter zu Beginn der Implementierung oftmals als Klient angesehen werden, dadurch resultiert ein hoher Anpassungsdruck auf die Betroffenen (vgl. Afting-Ijeh und Etspüler 2016). Absolvierte Genesungsbegleiter berichten in einer Studie darüber, dass es zu wenige Arbeitsstellen gibt und „eine deutliche Diskrepanz zwischen dem erfahrenen Empowerment während der Ausbildung und die Nichtanwendbarkeit der neuen Kenntnisse nach Abschluss der Ausbildung besteht“ (Bethmann et al. 2015).

Außerdem sind Befürchtungen der eigenen Rolle, hinsichtlich des Arbeitsplatzes und Mobbing Erfahrungen zu verzeichnen (vgl. Bethmann et al. 2015). Um die Implementierung von Genesungsbegleitern erfolgreich durchführen zu können, ist die erste Voraussetzung ein tarifgebundener Tarifvertrag, um Genesungsbegleiter mit professionellen Mitarbeiter gleichzustellen. Weiterhin müssen Genesungsbegleiter durch Coaching in ihrer neuen Rollenfindung unterstützt und das Team der professionellen Mitarbeiter auf den Einsatz von Genesungsbegleitern vorbereitet werden, zum Beispiel durch berufsgruppenübergreifende Fortbildungen (vgl. Kieser und Kieser 2015).

3 Empirische Untersuchung

3.1 Methodik

In der vorliegenden Arbeit wird der Einfluss von Genesungsbegleitern/Peers auf die Qualität in der psychiatrischen Versorgung untersucht. Im Folgenden soll die neue Berufsgruppe und ihr Einfluss auf die Behandlungsqualität und den damit einhergehenden Genesungsprozess der Erkrankten praktisch untersucht werden. Um ein breites Band an Informationen und Wissen aus erster Hand zu erlangen, wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt und Experteninterviews mit drei Experten geführt. Die ausgewählten Experten haben einen engen Bezug zu dieser Berufsgruppe.

3.2 Qualitative Forschung und Inhaltsanalyse

Das Ziel einer qualitativen Forschung ist es, am Ende eine Theorie formulieren zu können. Flick et al bestimmen dazu Kennzeichen, die für qualitative Forschung charakteristisch sind. Zum einen gibt es verschiedene Ansätze, um ein Forschungsziel zu erreichen und keine allgemeingültige Methode.

Weiterhin soll die Forschung auf den zu erforschenden Gegenstand ausgerichtet sein und innerhalb des alltäglichen Lebens durchgeführt werden. Außerdem ist es wichtig, dass der Forscher Offenheit präsentiert und Vergleiche zulässt (vgl. Flick et al. 2017). Die qualitative Inhaltsanalyse hat das Ziel, eine Übereinstimmung von Daten jeglicher Art von Kommunikation zu gewinnen. Berelson (1952) definiert die Inhaltsanalyse als „Forschungstechnik für die objektive, systematische und quantitative Beschreibung des manifesten Inhalts von Kommunikation“ (vgl. Mayring 2010). Eine allgemeingültige Definition stellt sich als schwierig heraus, da die Definitionen unpräzise und vom eingeschränkten Verständnis der Autoren geprägt sind. Weiterhin werden sie durch die Interessen oder das jeweilige Arbeitsgebiet, des jeweiligen Verfassers beeinflusst. Nach Mayring will die Inhaltsanalyse Kommunikation analysieren und dabei regelgeleitet und systematisch vorgehen, mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2010).

3.3 Experteninterviews

Diese Arbeit orientiert sich methodisch an dem Konzept von Experteninterviews, um die Wissensstände jener Akteure zu gewinnen, die mit dem Berufsbild des Genesungsbegleiters vertraut sind und ein Verständnis der psychiatrischen Versorgung vorweisen. Obwohl Experteninterviews zur schlichten Informationsgewinnung nach dem Ansatz „Quick and Dirty“ (Bogner et al. 2014) dienen, versprechen sie trotzdem eine Erfolgsgarantie. Experten können viel Wissen vermitteln und sich gut ausdrücken (vgl. Bogner et al. 2014). Das Wort Experte stammt aus dem Lateinischen und wird mit „erprobt“, „prüfen“, „ausprobieren“ (Bogner et al. 2014) übersetzt. Weiterhin können Personen als Experten bezeichnet werden, „die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Meuser und Nagel 2009). Das Rollenwissen kann nach Meuser und Nagel (2005) in Form von Insiderwissen, Deutungswissen oder Wissen über Hintergründe und Kontexte vorhanden sein.

Experten können als Ratgeber und Wissensvermittler fungieren und stellen daher eine besondere Zielgruppe dar (vgl. Helfferich 2014). Weiter definieren Bogner et al. Experten als Personen, die sich „die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren“ (Bogner et al. 2014). Der Experte fungiert in dem systematischen Experteninterview als Ratgeber, mit dem Ziel, möglichst weitgehendes Sachwissen zum Forschungsthema zu vermitteln (vgl. Bogner et al. 2014).

In der vorliegenden Arbeit wurden theoriegenerierende Experteninterviews durchgeführt. So wird die subjektive Dimension des Experten, der als Vertreter einer bestimmten Gruppe auftritt, deutlich. Auf Basis von analytischen und interpretativen Auseinandersetzungen werden Zusammenhänge und Theorien festgehalten (vgl. Bogner et al. 2014).

3.4 Feldzugang – Sampling

Die Aufgabe des Samplings besteht darin, durch Literaturanalysen Experten für die Themafrage zu eruieren (vgl. Bogner et al. 2014). Der Feldzugang erfolgte mit Hilfe von E-Mails und Anrufen. Zuvor wurde eine Internet- und Literaturrecherche durchgeführt, um mögliche Experten für das Thema dieser Arbeit zu finden. Von drei angeschriebenen Experten, antworteten drei mit einer positiven Antwort. Auf Grund von Abwesenheit, musste einer der Experten absagen. Kurzfristig konnte sich für diesen Experten noch ein Ersatz finden. Bei den Experten handelt es sich um einen ausgebildeten Genesungsbegleiter, einem Professor für Psychologie und einem Psychiatriereferent, der das EU-Projekt EX-IN mit initiierte.

3.5 Leitfaden und Interviewdurchführung

Für die methodische Beantwortung der Fragestellung wurden leitfadengestützte Interviews mit drei Experten in Einzelgesprächen durchgeführt.

Damit die Ergebnisse gut miteinander vergleichbar sind, wurde ein Leitfaden für die drei Interviews erstellt. Nach Helfferich (2014) wird für Experteninterviews eine stärkere Strukturierung des Leitfadens und der Fragen vorgeschlagen. Diese Vorgehensweise greift Wissensaspekte, Arbeitszusammenhänge und den professionellen Charakter der Befragung auf. Daher wurde der Fokus auf prägnante Fragen gesetzt. Bogner et al. empfehlen, im Vergleich zu systematisierenden Expertengesprächen, den Leitfaden in einem theoriegenerierendem Expertengespräch offener und lockerer zu strukturieren (vgl. Bogner et al. 2014). Weiterhin soll das Gespräch zwischen Interviewer und Interviewten kein Echo an Frage und Antwort darstellen. Daher wurden teilnarrative Fragen eingebaut (vgl. Helfferich 2014). In einem Expertengespräch ist es wichtig, dem Experten zu zeigen, dass der Interviewer über Fachwissen verfügt (vgl. Meuser und Nagel 2009). Um kompetent aufzutreten, wurden in den Leitfaden Hypothesen eingebaut und nach einem Statement der Experten gefragt. Bei der qualitativen Forschung muss dennoch darauf geachtet werden, dass Hypothesenbildung nicht zu einem reinen Bestätigen und Verwerfen von Hypothesen führt (vgl. Bogner et al. 2014). Bei der Gestaltung der Fragen wurde darauf geachtet, sowohl auf den Aspekt der qualitativen, psychiatrischen Versorgung als auch auf die Berufsgruppe Genesungsbegleiter einzugehen. So hat sich das Interview in zwei Themenfelder aufgeteilt. Um die richtigen Forschungsfragen herauszukristallisieren, wurde aus der in der Literatur gefundenen Theorie kritische, zu hinterfragen Aussagen zusammengetragen und aus diesem Informationsmaterial Hypothesen und Fragen formuliert. Weiterhin wurde nach der persönlichen Meinung, Vorstellung und Erfahrung der Experten gefragt, um ein breit gefächertes Meinungsbild zu erhalten und Vergleiche zu zulassen. Um dem Experten die Möglichkeit zu geben, sich so frei wie möglich zu äußern und zum Erzählen aufgefordert zu werden (vgl. Helfferich 2014), wurde die erste Frage offen und unpräzise ausgewählt. Besonders die Einstiegsfrage generiert den Redefluss und stabilisiert die Gesprächssituation (vgl. Bogner et al. 2014). Der Interviewte sollte so die Gelegenheit haben, frei von seinem Wissen zu erzählen und auf Aspekte, die ihm wichtig sind, einzugehen. Bei einem Experteninterview werden die Fragen zum einen auf „theoretischen Annahmen und Überlegungen“ (Bogner et al.

2014) gewählt und um zum anderen, um einen Einblick in den „Wissens- und Erfahrungshorizont des Befragten“ (Bogner et al. 2014) zu gewinnen. Da in der qualitativen Forschung nicht zwangsweise die gleichen Fragen gestellt werden müssen, wurde von dem vorgegebenen Leitfaden gegebenenfalls abgewichen, um den Redefluss zu begünstigen und an spezifische Informationen zu gelangen. In dem Gespräch dient der Leitfaden primär als Kontrolle, damit keine Themenpunkte vergessen werden (vgl. Bogner et al. 2014). Bei der Vorbereitung für Experteninterviews wird von einem Versenden der Fragebögen vorab abgeraten, da dies ein spontanes Antworten und das theoriegenerierende Gespräch beeinträchtigen würde (vgl. Bogner et al. 2014). Die Interviews wurden mit den Experten per Telefon durchgeführt und aufgenommen. Vor dem Gespräch wurde dem Teilnehmer der Hintergrund des Interviews skizziert und eine Einwilligungserklärung eingeholt. Dem Interviewpartner wurde in diesem Zuge Anonymität zugesichert. Anschließend strukturierte sich das Interview in zwei Abschnitte, zum einen in die Qualität in der psychiatrischen Versorgung, zum anderen über den neuen Beruf Genesungsbegleiter. Anschließend wurden die Interviews transkribiert.

3.6 Ergebnisse

3.6.1 Qualität in der Psychiatrischen Versorgung

Die erste Frage (was für eine qualitative psychiatrische Versorgung kennzeichnend und wichtig ist) wurde bei allen Experten gleich gestellt, um so die Priorisierung ihrer Aussagen zu erkennen. Bei der Qualität der psychiatrischen Versorgung ist es Experte A wichtig, dass sie „multiprofessionell ist und nicht zu pathologisch denkt“ (Experte A). Gesundheit und Krankheit sollen einen fließenden Übergang darstellen, weiterhin haben Niedrigschwelligkeit, Dialog und eine Kommunikation auf Augenhöhe einen großen Wert für eine qualitative, psychiatrische Versorgung (vgl. Experte A). Experte B nennt die Versorgungsstruktur, dass Patienten in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden können, ist ein Kriterium für eine qualitative Versorgung.

Er betont, dass es wichtig ist, den Patienten bei der Entscheidung über den Behandlungsweg mit einzubeziehen und personenzentriert zu arbeiten. Nach ihm spielt in dem Prozess der Gesundung der Genesungsbegleiter eine wichtige Rolle (vgl. Experte B). Weiterhin kann durch den Einsatz von Genesungsbegleitern die Einstellung des Personals gegenüber der Patienten verbessert werden, da das Personal sieht, dass ehemalige Patienten eine unterstützende Arbeitskraft sein können (vgl. Experte B). Dass auf jeden Menschen individuell eingegangen wird, stellt für Experte C ein wesentliches Indiz für eine qualitative psychiatrische Behandlung dar. Es ist wichtig, auf die Wünsche und Bedürfnisse der individuellen Patienten einzugehen (vgl. Experte C).

Weiterhin wurde gefragt, ob Unterschiede in der Versorgung festzustellen sind und ob sich Veränderungen in den Behandlungsmethoden feststellen lassen. Hier wurde darauf verwiesen, dass es regional sehr unterschiedlich ist und es sowohl Hoffnungsschimmer, als auch pessimistische Signale gibt. Ökonomisierung, erhöhte Dokumentation, Privatisierung und Partialisierung erschweren es, die herkömmlichen Strukturen zu überarbeiten. Dennoch gibt es Hoffnungsschimmer wie die STÄB (stationsäquivalente Behandlung) oder integrierte Versorgung. Bei solchen neuen Entwicklungen gibt es auch Risiken, zum Beispiel dass Krankenhäuser dies ausnutzen, um mehr Leistungen abrechnen zu können (vgl. Experte A). Experte B berichtet davon, dass er Unterschiede bei dem Personal feststellen kann, das mit Genesungsbegleitern zusammen arbeitet. Es konnte mehr Patientenorientierung, Ressourcenorientierung und Recovery-Orientierung festgestellt werden. Er vergleicht die Umsetzung der Umstrukturierung mit einem Pantherfell - es gibt Flecken. Es hat sich Einiges verändert aber es gibt noch Flecken, die auf die herkömmlichen Behandlungsmethoden beharren. Daher sind in Deutschland in der Versorgung von psychiatrischen Patienten große Unterschiede festzustellen. Um dies mehr zu vereinheitlichen, wird noch mehr Zeit benötigt, um zum Beispiel den Nutzen von Genesungsbegleitern in Deutschland durch mehr Studien nachzuweisen. Weiterhin würden gesetzliche Vorgaben dabei helfen, diese Ansätze im ganzen Land zu implementieren (vgl. Experte B). Experte C greift bei der Beantwortung dieser Frage auf die Psychiatrie Enquete zurück, durch die sich einiges verändert hat.

Seitdem läuft es schleppend aber dennoch gibt es „Perlen, die noch nicht so richtig angekommen sind“ (Experte C) und verweist auf die Ansätze von Aderhold, der für eine bedürfnisangepasste Behandlung und „Open Dialog“ plädiert. Um diese Perlen implementieren zu können, muss der Mensch als Individuum geachtet werden und die Strukturen offen für neue Ansätze sein. Außerdem fehlt es an alternativen Möglichkeiten für eine medikamentöse Behandlung, denn bei psychiatrischen Patienten werden zu schnell Medikamente verschrieben (vgl. Experte C).

In der nächsten Frage wurden die Experten zu Trialog, Recovery und Empowerment in der psychiatrischen Versorgung befragt. Die Ausbildung des Genesungsbegleiters hat ihren Ursprung in der Implementierung des Trialogs. Hier wird die Haltung des Patienten oder Betroffenen angenommen und wahrgenommen. Dennoch wird es immer Personen geben, die sich neuen Bewegungen nicht anschließen und beispielsweise Recovery anders definieren (vgl. Experte A). Experte B sieht den Recovery-Ansatz durch Genesungsbegleiter vertreten, da diese in einem ersten Schritt meist Recovery-Kurse anbieten (vgl. Experte B). Der Trialog hat sich ganz klar weiterentwickelt und hilft dabei, den Blick in der Behandlung zu wandeln. Es ist wichtig, Angehörige eines jeden Patienten mit in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Recovery taucht immer mehr in der psychiatrischen Versorgung auf. Allerdings besteht hier die Gefahr, dass der Begriff nur als Marketingzweck eingesetzt wird und diese Haltung von dem Fachpersonal nicht vertreten wird. Viele Professionelle sprechen von einer Recovery-orientierten Behandlung, wissen aber selbst nichts mit dem Begriff anzufangen. Hier besteht noch Ausbaubedarf (vgl. Experte C).

3.6.2 Genesungsbegleiter

Die Experten wurden nach ihrem ersten Kontakt und dem Zugang zu der neuen Berufsgruppe Genesungsbegleiter gefragt. Zum einen hat Experte A den Beruf Genesungsbegleiter durch die Psychose-Seminare und das EU-Projekt kennen gelernt (vgl. Experte A), während Experte B schon lange den Ansatz vertritt, dass „man Methoden entwickeln müsste, wo die Leute eine Grundhaltung und die Möglichkeit

haben, sich zu erklären, ihre Sichtweise dar[zustellen], und das, was mit Ihnen gemacht wird ganz existenziell mit[zum]entscheiden“ (Experte B). Experte C, der selbst ein ausgebildeter Genesungsbegleiter ist, hat über den Weg der Eingliederungshilfe nach SGB XII den Beruf kennen gelernt (vgl. Experte C). Für ihn ist es wichtig, „eine sinnvolle Tätigkeit zu finden“ (Experte C). Bei der Definition dieser neuen Berufsgruppen sind sich alle drei Experten einig, den Begriff Genesungsbegleiter zu favorisieren. Nach Experte A sind die Begriffe Genesungsbegleitung und Peerbegleitung synonym. Lediglich die Bezeichnung EX-IN differenziert sich, da hier die absolvierte Ausbildung vorausgesetzt wird. Die Tarife, die für EX-INler gelten sind fair, da ihnen erst mal die einjährige Ausbildung zu Grunde liegt. Genesungsbegleiter stellen eine eigene, neue Berufsgruppe dar, die es gilt in Personalverordnungen zu integrieren (vgl. Experte A). Experte B bedauert diesen Mix aus verschiedenen Begriffen. Die Ausbildung ist die Weiterentwicklung der Peearbeit, um diese nochmal zu stärken und aufzuwerten und „geteilte Erfahrungen zu produzieren“ (Experte B). Diese geteilten Erfahrungen bieten dem Genesungsbegleiter einen breiten Horizont an Wissen, da er das eigens Erlebte und die Erfahrungen der Anderen in den Behandlungsprozess mit einbeziehen kann. Dadurch kann er die Erfahrungen besser reflektieren und abstrahieren. Dies unterscheidet den ausgebildeten Genesungsbegleiter von einem Peer ohne Ausbildung, da diese in Gefahr laufen, nur von ihren eigenen Erfahrungen auszugehen (vgl. Experte B). Außerdem werden die Genesungsbegleiter in der Aus-, und Wortbildung geschult. Die erlebte Erfahrung an sich weitet den Blickwinkel, sodass der Genesungsbegleiter als auch ein ehrenamtlicher Mitarbeiter den Behandlungsprozess qualitativ aufwertet. Die Ausbildung dient auch dem erfahrenen Personal. Diese kann dem Peer als Selbsttherapie von Nutzen sein und dabei helfen, stabil zu bleiben. Ein Peer kann auch der Mitpatient sein. Ein Unterschied besteht in der Bezahlung, da ehrenamtliche Mitarbeiter, wenn überhaupt, mit Pauschalen entlohnt werden (vgl. Experte C). Auch Experte B sieht den positiven Effekt der Selbstreflexion für den Peer. Einige absolvieren die Ausbildung als eigene Therapiemaßnahme (vgl. Experte B). Nach Experte A hat diese neue Berufsgruppe keine Ähnlichkeiten mit anderen Berufsgruppen, da die Voraussetzung dafür eine zuvor durchlebte Krankheit ist. Nur durch diese erlebten

Erfahrungen kann eine Qualifikation gewonnen werden. Die zweite Qualifikation besteht darin, dass Genesungsbegleiter sich in die Situation des Patienten hineinversetzen können. Diese Möglichkeit haben andere Professionelle nicht, da ihnen der Erfahrungswert fehlt. Durch die Implementierung von Genesungsbegleitern trauen sich Patienten mehr und schreiben sich ihre Erfolge selbst zu und nicht einem Professionellen aus dem Gesundheitswesen. Dies ist besonders wichtig, um mit mehr Selbstvertrauen aus der Behandlung zu gehen. Ein zweiter Effekt von Genesungsbegleiter ist, dass sie eine angenehme Atmosphäre zwischen den Berufsgruppen schaffen, die Recovery-Kultur vertreten und zwischen Berufsgruppen und Angehörigen vermitteln (vgl. Experte A). Experte B geht darauf ein, dass der Genesungsbegleiter auf den ersten Blick Ähnlichkeiten mit dem Handlungsfeld einer Pflegekraft hat. Allerdings nur auf den ersten Blick, da beim genaueren Hinsehen große Unterschiede zu erkennen sind. Das Genesungsbegleiter Stellen von anderen Berufsgruppen beanspruchen ist nicht richtig, da die Implementierung von Peers einen nächsten Schritt in der Weiterentwicklung des Personalmix darstellt (vgl. Experte B). Mit dem Einbezug der Genesungsbegleiter macht die Psychiatrie den „nächsten evolutionären Schritt“ (Experte B). Experte C sieht in den Genesungsbegleitern eine ergänzende Berufsgruppe zum Fachpersonal, für das es kein Berufsbild gibt. Er merkt an, dass viele Kliniken Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme einsetzen, da sie in der unteren Gehaltsgruppe eingestuft werden. Dem widerspricht Experte A, denn bevor eine Stelle freigelassen wird, soll sie mit einem Genesungsbegleiter besetzt werden. Diese Position nicht zu besetzen, wäre eine noch größere Sparmaßnahme (vgl. Experte A). Experte B sieht die Argumentation, dass Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme eingesetzt werden, ebenfalls als Scheinargument. Dieses wird nicht mehr existieren, wenn das Gehalt der Genesungsbegleiter angepasst wird. Gründe, weswegen Versorgungseinrichtungen keine Genesungsbegleiter einstellen, sind nach Experte A die Angst der Kliniken, dass die Stellen auf Kosten anderer Berufsgruppen fallen. Allerdings ist in Deutschland ein Mangel an Personal festzustellen, sodass nicht besetzte Stellen gut mit Genesungsbegleitern besetzt werden können. Nach Experte C müssen sich die Institutionen intensiv mit dem Einbezug von Genesungsbegleitern beschäftigen und sich

gut vorbereiten, um ein mögliches Scheitern zu vermeiden. Dies stellt sich für die Kliniken allerdings als Aufwand heraus, besonders wenn sie kein Interesse an den Werten Recovery, Trialog und Empowerment haben. Dieser fehlenden Haltung folgen Ängste und Desinteresse, weswegen Kliniken Peers nicht einstellen. Ein weiterer Grund warum Kliniken keine Genesungsbegleiter beschäftigen ist, dass sie in der Personalverordnung nicht vorgeschrieben sind. Außerdem hinterfragen Experten aus Erfahrung die Tätigkeiten in der psychiatrischen Versorgung, was bei Fachkollegen auf Ängste und Abweisung stoßen kann (vgl. Experte C). Die Experten wurden über die Zusammenarbeit von Genesungsbegleitern und Professionellen befragt. Experte A merkt an, dass das Personal mit der neuen Berufsgruppe vertraut sein muss, denn Professionelle, die diese neue Berufsgruppe nicht kennen, gehen eher auf Distanz. Ganz eindeutig ist die zwischenmenschliche Beziehung typenabhängig und hat nichts mit der Berufsgruppe zu tun (vgl. Experte A). Dennoch wird angemerkt, dass durch den Einbezug von Genesungsbegleitern dem herkömmlichen Personal das Gefühl von Konkurrenz und Überwachung vermittelt wird. Professionelle achten darauf, dass ihre Aussagen in Gegenwart von Genesungsbegleiter „petrified“ (Experte B) sind, also keine negativen Äußerungen über Patienten vorkommen. Es ist wichtig, die Eingliederung von Genesungsbegleitern gut zu planen und vorzubereiten, „bis hin zu einer Kulturveränderung der Institution“ (Experte B). Nach Experte C braucht es Zeit, Motivations- und Überzeugungsarbeit, um die Ängste des herkömmlichen Personals zu überwinden (vgl. Experte C). Besonders bei der Behandlung zu Hause, müssen 50 Prozent Genesungsbegleiter beschäftigt sein, damit „das Krankheitsverständnis aus dem Krankenhaus nicht mit nach Hause“ (Experte A) getragen wird, wünscht sich Experte A. Experte B plädiert dafür, die Ausbildung zum Genesungsbegleiter in Zukunft weiterzuentwickeln (vgl. Experte B). Experte C hält es für wünschenswert, Peers in vielen unterschiedlichen Bereichen und Institutionen, wie zum Beispiel im Jobcenter, bei großen Wirtschaftsunternehmen oder im Fallmanagement zu beschäftigen. Folglich würde sich ein Verständnis für psychische Krankheiten von Arbeitgebern aus anderen Branchen entwickeln, denn diese Krankheiten können auch aus der beruflichen Überlastung resultieren (vgl. Experte C).

Für die Zukunft wünschen sich alle drei Experten, dass der Beruf Genesungsbegleiter anerkannt und tariflich eingruppiert wird.

4 Diskussion

In diesem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse aus Forschung und Theorie in Bezug gesetzt und Ergebnisse zusammengefasst. Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, den Einfluss von Genesungsbegleitern auf die Qualität in der psychiatrischen Versorgung festzustellen. In diesem Teil der Arbeit soll die anfängliche Themenfrage final beantwortet werden.

Der Qualität in der psychiatrischen Versorgung ist ein hohes Maß an Priorität zuzuschreiben, da der Behandlungserfolg im Wesentlichen davon abhängig ist. Die Haltungen und Werte haben sich diesbezüglich weiterentwickelt, sind allerdings in Deutschland noch nicht flächendeckend angekommen und implementiert worden. Daraus lässt sich ableiten, dass in Deutschland keine einheitliche Qualität in der psychiatrischen Versorgung festzustellen ist. Methoden, die in anderen Ländern gängige Praxis sind, stellen in Deutschland einen Exot dar, den es gilt zu stärken und zu implementieren. Hierzu gehören zum Beispiel Recovery, Dialog und Empowerment. Diese Werte werden von der neuen Berufsgruppe, Genesungsbegleiter, vertreten. Experten aus Erfahrung nutzen ihre Erfahrung, um sich in den Patienten hineinzuversetzen, ihn anzuhören und gemeinsam den Weg der Behandlung zu planen und durchzuführen. Diese Ansätze sind essentiell für eine qualitative Behandlung.

Den Erfahrungswert mit in die Behandlung einzubeziehen stellt einen eigens dieser Berufsgruppe zugehörige Qualifikation dar, die durch kein anderes Personal vertreten werden kann. Weiterhin hinterfragen Genesungsbegleiter die herkömmlichen Tätigkeiten in der psychiatrischen Arbeit. Dies kann zum einen dazu führen, dass durch das neue Meinungsbild ein Verbesserungspotential erkannt wird, oder dass sich die Fachkollegen von dem neuen Mitarbeiter angegriffen und beängstigt fühlen.

Die Ausbildung für den Einbezug von Experten aus Erfahrung ist essentiell, denn hier lernen die auszubildenden Genesungsbegleiter ihre Erfahrungen zu reflektieren und zu abstrahieren sowie diese gegenseitig auszutauschen. Peers, die dies nicht gelernt haben, laufen in Gefahr nur von ihren eigenen Erlebnissen auszugehen. Durch die EX-IN-Ausbildung lernt der Peer, wie er aus seinen Erfahrungen den Behandlungsprozess effektiv und qualitativ mitgestalten kann. Außerdem zeugt es von Qualität, wenn der Experte aus Erfahrung Aus- und Wortbildung genossen hat. Sowohl in der Theorie als auch in den Experteninterviews ist deutlich geworden, dass Einrichtungen durch den Einbezug von Genesungsbegleitern profitieren können. In der psychiatrischen Versorgung sind Kommunikation und Zeit ein wesentlicher Faktor für eine qualitative Behandlung. Durch Peers wird die Kommunikation gestärkt, da sich der Patient dem Erfahrenen eher öffnet und besser verstanden wird. Der Genesungsbegleiter vertritt den Kommunikationsstil, den sich die Patienten wünschen. Weiterhin unterstützen und entlasten Experten aus Erfahrung das herkömmliche Personal. Diese Berufsgruppe kann folglich in mehrerer Hinsicht von Nutzen sein. Peers helfen dabei, multiprofessionell zu sein und unterstützen die Therapie nicht zu pathologisch werden zu lassen. Nicht nur die Patienten, Personal und Institutionen profitieren von dem Einbezug der Genesungsbegleiter. Ehemals Erkrankten wird durch die Anstellung das Gefühl von Nutzen in der Gesellschaft vermittelt, das gerade nach einer psychischen Erkrankung wichtig ist. Außerdem dient die Ausbildung der Selbstreflexion des Peers.

Für die Psychiatrie ist es wichtig eine Versorgungsstruktur zu schaffen, die sich nach dem Patienten richtet. Allerdings folgert eine multiprofessionelle Behandlung einen Mehraufwand an Kommunikation und Austausch und kann daher zu Schnittstellenproblemen führen. Diese Risiken dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Der Einbezug von Genesungsbegleitern ist in Deutschland nicht selbstverständlich und viele Einrichtungen sprechen sich auf Grund von Ängsten, veralteten Ansätzen und fehlender Motivation der Umstrukturierung gegen die Einstellung dieser neuen Berufsgruppe aus.

Peers vertreten die Werte von Recovery, Dialog und Empowerment. Diese Werte müssen von Institutionen angenommen und verstanden werden, bevor die Integration von Genesungsbegleitern gelingen kann. Weiterhin besteht das Risiko, dass Versorgungseinrichtungen den Begriff Genesungsbegleiter oder Peerbegleitung/Beratung als Marketingzweck einsetzen, ohne diese Haltung zu vertreten. Folglich würde die Einrichtung den Einsatz nicht entsprechend planen und vorbereiten, wodurch das Risiko besteht, dass sich der Peer überfordert fühlt oder in eine Krise gerät und die Implementierung scheitert.

5 Fazit

Peersupport und Genesungsbegleiter leisten einen wesentlichen Beitrag für eine nutzerorientierte Therapie, die besonders in der psychiatrischen Versorgung essentiell ist. Eine solche Behandlung hat zur Folge, dass sich die Qualität verbessert. Folglich kann der Einbezug von Erfahrenen dazu genutzt werden, die Behandlung der Patienten qualitativ anzupassen. Dies ist allerdings nicht mit der bloßen Einstellung eines Genesungsbegleiters getan. Es sind einige Voraussetzungen zu schaffen, um Genesungsbegleiter flächendeckend zu verankern und so eine einheitliche Versorgung von psychisch Kranken zu gewährleisten. Außerdem sind die Anerkennung des Berufs und eine tarifliche Eingruppierung erforderlich. Dafür bedarf es politische Vorgaben, die erst entstehen müssen.

Auch für die Finanzierung der Ausbildung zum EX-IN sollten einheitliche Regelungen gelten. Diese sind bis jetzt von den Ländern unterschiedlich definiert. Um Genesungsbegleiter flächendeckend durchzusetzen bedarf es einer Änderung im gesamten System. Weiterhin müssen die Institutionen über den Einbezug von Genesungsbegleitern informiert und aufgeklärt werden, damit hier die Ängste des Fachpersonals und der Institution genommen werden.

Die Arbeitgeber müssen sich auf die Arbeitsweise und Werte der Genesungsbegleiter einlassen und ihnen strukturierte Rahmenvorgaben aufzeigen, um das Risiko des Scheiterns so gering wie möglich zu halten. Die neuen Arbeitnehmer müssen in ihrer Rolle gestärkt werden und die Möglichkeit einer Supervision erhalten. Hier liegt es an der Institution, den Einsatz gut vorzubereiten und die Berufsgruppe als vollwertige Kollegen anzuerkennen. Die psychiatrische Versorgung wandelt sich. Um diesen Wandlungsprozess jedoch in der gesamten Bundesrepublik zu implementieren bedarf es an Zeit, Evidenz, gesetzlichen Vorgaben und Geduld. Allerdings ist zu beachten, diese Wandlungen als stetig verändernden Prozess zu sehen, um nicht in Gefahr zu laufen, dass die Veränderungen bei der Einführung bereits veraltet sind. So muss auch darauf geachtet werden, dass die durch Genesungsbegleiter vertretenen Haltungen, Trialog, Recovery und Empowerment stetig weiterentwickelt und hinterfragt werden.

Zukünftig sollten die Ausbildung und das Berufsfeld des Genesungsbegleiters einheitlich spezifiziert und definiert werden. Dadurch entsteht einheitliche Klarheit über die Berufsgruppe, die Ausbildung und ihre Tätigkeiten. Der Beruf des Genesungsbegleiters ist eine Chance, die psychiatrische Behandlung langfristig und nachhaltig zu verbessern.

6 Limitation

Die Herausforderung in der vorliegenden Arbeit bestand erst einmal darin, sich in der Literatur einzuschränken. Über die psychiatrische Versorgung und den Begriff Genesungsbegleiter, sowie über Trialog, Recovery und Empowerment lassen sich zahlreiche Bücher und Artikel finden. Da eine ausführliche Beschreibung und Diskussion dieser einzelnen Bereiche zu umfassend sein würde wurde sich dafür entschieden, diese Themen nur anzuschneiden, um ein generelles Verständnis dafür zu generieren. Die Schwierigkeit bestand hierin, nicht von der Forschungsfrage abzuweichen.

Weiterhin ist Qualität in der gesundheitlichen Versorgung schwer messbar. Eine Skala oder Definition guter qualitativer Versorgung konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Lediglich Qualitätsindikatoren können hierzu herangezogen werden.

Allerdings hätte der Einbezug von Qualitätsindikatoren den Rahmen gesprengt und zu Verwirrung geführt, da diese ein eigenes, umfangreiches Themenfeld darstellen. Daher wurde untersucht, wie Genesungsbegleiter Einfluss auf die Qualität haben und wie die Einschätzung in der Literatur und den Experten dazu ist.

Die Erstellung des Leitfadens stellte sich als komplexer heraus als anfangs erwartet. Dies lag daran, dass die Experten aus drei unterschiedlichen Berufsgruppen kommen und dennoch die gleichen Fragen gestellt werden sollten.

In dem praktischen Teil musste sich auf Grund von Zeit und Umfang auf drei Experten beschränkt werden. Außerdem musste für einen Experten kurzfristig ein Ersatz gesucht werden. Daher ist die vorliegende Forschung auch nur als ein kleiner Ausschnitt zu betrachten. In einer späteren Arbeit könnte das Interview auf weitere Teilnehmer erweitert werden, um ein größeres Spektrum an Meinungen und Wissen, sowie auch Diversität zu erhalten. So könnten die Aussagen mit mehr Evidenz belegt werden. Zukünftig wäre es spannend herauszufinden, durch welche Kanäle Erfahrene von der Möglichkeit einer Ausbildung erfahren und welche Unterschiede es bei den angebotenen Ausbildungen und der Teilnehmer gibt.

7 Literaturverzeichnis

Afting-Ijeh, Margret; Etspüler, Susanne (2016): Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 136–143.

Amering, Michaela (2010): Trialog—an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes (5). Online verfügbar unter <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.484/>, zuletzt geprüft am 12.04.19.

Anthony, William A. (1993): Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s (4). Online verfügbar unter <https://psycnet.apa.org/record/1993-46756-001>, zuletzt geprüft am 29.03.2019.

Ashcraft, Lori; Bloss, Michelle; Anthony, William; Anthony, William A. (2012): The Development and Implementation of “No Force First” as a Best Practice // Best practices (5). Online verfügbar unter <https://pdfs.semanticscholar.org/ccea/ae734653a52e943aef09a4f82f8c08c26ca3.pdf>.

Bandura, Albert (1977): Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ.

Bethmann, Andreas; Hilgenböcker, Elke; Huber, Doris (2015): Was geschieht nach EX-IN? Hg. v. Gesundheit Berlin-Brandenburg. Dokumentation 20. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_15/Doku_A_G_2015/Beitraege_neu/Bethmann_Andreas___Hilgenboecker_Elke_Qualitaetsentwicklung.pdf.

Blättner, Beate; Waller, Heiko (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag.

BMG (12.02.18): Das Prinzip der Selbstverwaltung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html>, zuletzt aktualisiert am 12.02.18, zuletzt geprüft am 01.04.19.

Bock, Thomas (2015): Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In: Jörg Utschakowski (Hg.): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung ; [inklusive Downloadmaterial]. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl., S. 22–32.

Bock, Thomas; Sielaff, Gyöngyver; Ruppelt, Friederike; Nordmeyer, Simone; Klapheck, Kristin (2012): Trialog und Psychosenpsychotherapie (6). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00278-012-0950-8.pdf>, zuletzt geprüft am 11.04.19.

Bock, Thomas; Sielaff, Gyöngyver (2016): Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog in der Peerarbeit. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyver Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 25–34.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Bundespsychotherapeutenkammer (2015): BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Online verfügbar unter https://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_au-studie_2015_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.19.

Chinman, Matthew; George, Preethy; Dougherty, Richard H.; Daniels, Allen S.; Ghose, Sushmita Shoma; Swift, Anita; Delphin-Rittmon, Miriam E. (2014): Peer support services for individuals with serious mental illnesses. Assessing the evidence (4). Online verfügbar unter <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201300244>, zuletzt geprüft am 18.04.19.

Clausen, Jens; Eichenbrenner, Ilse (2010): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (Hg.) (2016): Experten aus Erfahrung. Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams. Online verfügbar unter http://www.dvgrp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PIelaV/Broschueren/experten.pdf, zuletzt geprüft am 13.03.19.

Davidson, Larry; O'Connell, Maria; Tondora, Janis; Styron, Thomas; Kangas, Karen (2006): The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation (5). Online verfügbar unter https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2006.57.5.640?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&, zuletzt geprüft am 23.03.19.

DGPPN (Hg.) (2013): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.

Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda (1992): Four modell of the physician-patient relationship. In: *American Medical Association* (267), S. 2221–2226.

EX-IN e.V.: Ausbildung zum EX-IN Genesungsbegleiter. Hg. v. EX-IN Deutschland e.V. Online verfügbar unter <http://www.ex-in.de/index.php/ausbildung-und-kurse.html>, zuletzt geprüft am 04.04.19.

EX-IN e.V. (Hg.): Die Ausbildung. EX-IN Deutschland e.V. Online verfügbar unter <http://www.ex-in.de/index.php/ausbildung-und-kurse.html>, zuletzt geprüft am 04.04.19.

Falkai, Peter (2013): Empfehlungen und Statements im Überblick. In: DGPPN (Hg.): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer, S. 15–24.

Farkas, Marianne; Gagne, Cheryl; Anthony, William; Chamberlin, Judi (2005): Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs. Identifying the Critical Dimensions (2). Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/7768206_Implementing_Recovery_Oriented

d_Evidence_Based_Programs_Identifying_the_Critical_Dimensions, zuletzt geprüft am 29.03.19.

Festinger, Leon (1954): A Theory of Social Comparison Processes (2). Online verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872675400700202>, zuletzt aktualisiert am 2016, zuletzt geprüft am 22.03.19.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (2017): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628).

Floeth, Thomas; Majewsky, Uta (2010): Der Trialog als Mittel der Qualitätssicherung. In: Wolfgang Faulbaum-Decke und Christian Zechert (Hg.): Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. 1. Aufl. s.l.: Psychiatrie-Verlag, S. 134–143.

Gillard, S.; Gibson, S. L.; Holley, J.; Lucock, M. (2015): Developing a change model for peer worker interventions in mental health services. A qualitative research study (5).

Helfferrich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 559–574.

Immanuel Diakonie GmbH (2019): Aktuelle Stellenangebote. Online verfügbar unter <http://www.immanuel.de/aktuelles/karriere/aktuelle-stellenangebote/detail/article/genesungsbegleiter-mw-ex-in-fuer-die-zuhause-behandlung-von-erwachsenen-menschen-mit-einer-psychisch/>, zuletzt geprüft am 04.04.19.

Jahnke, Bettina (Hg.) (2012): Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Neumünster: Paranus-Verl.

Kieser, Luciana; Kieser, Christian (2015): Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung (03). Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-102242>, zuletzt geprüft am 16.04.19.

Knuf, Andreas (2016): Recovery, Empowerment und Peerarbeit. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Koch-Stoecker, Steffi; Driessen, Martin (2017): Moderne Versorgungsformen in der Psychiatrie (1-2). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s15202-017-1491-3#citeas>, zuletzt geprüft am 29.03.19.

Larry Davidson, Chyrell Bellamy, Kimberly Guy, Rebecca Miller; Davidson, Larry; Bellamy, Chyrell; Guy, Kimberly; Miller, Rebecca (2012): Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. // Peer support among persons with severe mental illnesses. A review of evidence and experience (2). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654945>.

Little, P.; Everitt, H.; Williamson, I.; Warner, G.; Moore, M.; Gould, C. et al. (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care. Observational study (7284). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11222423>.

Mahler, Lieselotte; Jarchov-Jádi, Ina; Montag, Christiane; Gallinat, Jürgen (Hg.) (2014): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl. (Fachwissen).

Mahlke, C.; Krämer, U.; Kilian, R.; Becker, T. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Hg. v. Schattauer (04). Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/274716645_Bedeutung_und_Wirksamkeit_von_Peer-Arbeit_in_der_psychiatrischen_Versorgung_Ubersicht_des_internationalen_Forschungsstandes.

Mahlke, C. I.; Priebe, S.; Heumann, K.; Daubmann, A.; Wegscheider, K.; Bock, T. (2017): Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a

randomised controlled trial. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28364685>.

Mahlke, Candelaria; Schulz, Gwen; Sielaff, Gyöngyver; Nixdorf, Rebecca; Bock, Thomas: Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 62, S. 214–221.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausgabe. s.l.: Beltz Verlagsgruppe.

McKinstry, B. (2000): Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes (7265). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11021866?dopt=Abstract>, zuletzt geprüft am 01.04.19.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlage und methodische Anlage. In: Susanne Pickel, Detlef Jahn, Hans-Joachim Lauth und Gert Pickel (Hg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 465–479.

Monheimius, Wolfgang (2016): Trialogische Unternehmenskultur als Wegbegleiter der Inklusion für Psychatrieerfahrene. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 211–216.

Neuhaus, Arno (2012): Zu Recovery, Selbsterforschung & Beraten/Begleiten. In: Bettina Jahnke (Hg.): Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Neumünster: Paranus-Verl., S. 127–136.

Pfizinger, Elmar (2010): Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000 ff. in Dienstleistungsunternehmen. Mit Excell-Tabellen zur Selbsteinschätzung. 3., überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin: Beuth (Praxis Qualität, Dienstleistungen, Management).

Richter, Rainer; Wessels, Tina (2015): Psychotherapeutische Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik. In: Tina Wessels und Ulrich Cuntz (Hg.):

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Anforderungen zur Umsetzung einer leitlinienorientierten Versorgung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 11–24.

Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Gesundheit in Deutschland. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gemeinsam getragen von RKI und Destatis).

Rosén, P.; Anell, A.; Hjortsberg, C. (2001): Patient views on choice and participation in primary health care (2). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11163651?dopt=Abstract>, zuletzt geprüft am 01.04.19.

Schulz, Gwen (2014): Vorwort II. In: Lieselotte Mahler, Ina Jarchoy-Jádi, Christiane Montag und Jürgen Gallinat (Hg.): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl. (Fachwissen), S. 14–17.

Schwarzer, Wolfgang; Trost, Alexander (Hg.) (2002): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. 2., verb. Aufl. Dortmund: Borgmann.

Sielaff, Gyöngyvér (2016): Das Spannungsfeld zwischen Arbeitsstrukturen und Selbstverständnis eines neuen Berufs. Coaching und Supervision der Genesungsbegleiter. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 194–200.

Slade, Mike; Amering, Michaela; Farkas, Marianne; Hamilton, Bridget; O'Hagan, Mary; Panther, Graham et al. (2014): Uses and abuses of recovery. Implementing recovery-oriented practices in mental health systems (1). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918008/>, zuletzt geprüft am 23.03.19.

Spengler, Andreas (2012): Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Hg. v. Dtsch Arztebl International. Online verfügbar

unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/131603/Psychiatrische-Institutsambulanzen-Leistungsfahig-bedarfsgerecht-und-innovativ>, zuletzt geprüft am 29.03.19.

Stewart, M.; Brown, J. B.; Donner, A.; McWhinney, I. R.; Oates, J.; Weston, W. W.; Jordan, J. (2000): The impact of patient-centered care on outcomes (9). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11032203?dopt=Abstract>, zuletzt geprüft am 01.04.19.

Tönnies, Gudrun: EX-IN (Experienced-Involvement). Hg. v. LebensArt. Online verfügbar unter <https://www.ex-in-lebensart.de/ex-in-bei-lebensart/ex-in-kurse-von-a-bis-z/ex-in-ausbildung/>, zuletzt geprüft am 12.04.19.

Trost, Alexander; Schwarzer, Wolfgang (Hg.) (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 5., erw. und aktualisierte Aufl. Dortmund: Borgmann.

Utschakowski, Jörg (Hg.) (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung ; [inklusive Downloadmaterial]. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl.

Utschakowski, Jörg (2016a): Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 82–93.

Utschakowski, Jörg (2016b): Was ist Peerarbeit? . In: Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock und Andréa Winter (Hg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 15–22.

Watkins, Peter N.; Börger, Heide; Wolff, Stephan (2009): Recovery - wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).

WHO (2018): Depression. Key facts. World Health Organisation. Online verfügbar unter <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>, zuletzt aktualisiert am 22.03.18, zuletzt geprüft am 04.04.19.

8 Anhang

8.1 Leitfaden

1. Psychiatrische Behandlung

- a. Was ist in Ihren Augen wichtig für eine qualitative, psychiatrische Versorgung?
- b. Wie haben sich die Qualität und die Behandlungsmethoden verändert? Was fehlt Ihnen?
- c. Wie hat sich das Bewusstsein zu Recovery, Empowerment, Trialog in den letzten Jahren verändert?

2. Genesungsbegleiter/EX-IN/ PEER

- a. Allein schon die Begriffsfindung stellt sich als komplex dar, welchen Begriff verwenden Sie hauptsächlich? Was sind die Unterschiede?
- b. Erzählen Sie mir von Ihrer ersten Begegnung mit dem Begriff Genesungsbegleiter/Peers. Was hat Sie dazu veranlasst, Genesungsbegleiter/Peers einzustellen bzw. sich intensiver mit dieser Berufsgruppe zu befassen?
- c. Wie würden Sie diese neue Berufsgruppe beschreiben? Welche Ähnlichkeiten zu den „bisherigen“ Berufsgruppen“ sind festzustellen?
- d. Trotz Studien, die belegen, dass von Peerspezialisten unterstützte Klienten eine größere Verbesserung der Lebensqualität zeigten, gibt es zahlreiche Häuser, die auf Peers/Genesungsbegleiter verzichten. Was sind, Ihrer Meinung nach Gründe, dass viele Versorgungseinrichtungen auf den Einbezug von Peerspezialisten verzichten?
- e. Mit der Einstellung von Genesungsbegleitern geht unter anderem die Gefahr der Herunterqualifizierung des Personals

- einher, weiterhin besteht die Gefahr, Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme einzusetzen. Was begründen diese Aspekte und wie könnte Ihrer Meinung dagegen gewirkt werden?
- f. Sehen Sie einen Unterschied in der Belastbarkeit und Qualifikation, zwischen Genesungsbegleitern und anderen Berufsgruppen?
 - g. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit und insbesondere Kommunikation von Genesungsbegleitern und anderen Professionellen ein?
 - h. Was ist, Ihrer Meinung nach, der größte Vorteil, Genesungsbegleiter einzustellen?
 - i. Werden Genesungsbegleiter auch als sogenannte „Casemanager“ auf einer Station eingesetzt? Wenn nein, könnten Sie sich das vorstellen?
3. Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

8.2 Experte A

Experteninterview

Datum: 06.04.19

Helena Aurich	Experte A – Psychologe
„Was ist in Ihren Augen wichtig für eine qualitative psychiatrische Versorgung?“	„Das ist aber eine umfassende Frage. Ich versuch’s mal. Also, dass sie multiprofessionell ist, dass sie nicht zu pathologisch denkt. Sondern es für möglich hält, dass Gesundheit und Krankheit ein fließender Übergang ist. Dass sie niedrigschwellig ist und trialogisch. Also auf Augenhöhe kommuniziert wird und die Angehörigen selbstverständlich einbezieht.“
„Wie haben sich die Qualität und die“	„Auch das ist eine hoch komplexe Frage, die ja regional sehr, sehr, sehr verschieden ist und immer auf den Standpunkt

<p>Behandlungsmethoden verändert?“</p>	<p>ankommt. Es gibt Hoffnungsschimmer und es gibt pessimistische Signale. Die pessimistischen Signale sind die Ökonomisierung und immer mehr Dokumentation und immer mehr Privatisierung und dadurch die Partialisierung von Versorgung, so dass am Ende der Patient gar nicht mehr weiß, was kriegt ich eigentlich wo, ständig wechselnde Bezüge hat. Das ist der eine Trend. Der andere Trend ist gegenteilig. Das man versucht, mit integrierter Versorgung oder mit regionalen Budgets Kontinuitäten zu organisieren für die Patienten, die das brauchen. Das sind zwei Trends, die diametral entgegenstehen und dazwischen ist die neue STÄB Intervention, die ja neu zugelassen ist, stationsäquivalente Akutbehandlung zu Hause. Da kann man hoffen, dass das dazu beiträgt, dass die Patienten, die die Psychiatrie sonst gar nicht nutzen, weil sie viel zu misstrauisch sind oder schlechte Erfahrungen gemacht haben, dass die Zuhause versorgt werden. Aber meine Befürchtung ist auf der anderen Seite, dass es genug Kliniken gibt, die das entweder gar nicht machen, weil es ihnen zu anstrengend ist, oder private Träger, die daran nicht interessiert sind, oder die das nur mit den Patienten machen, die das gar nicht brauchen, also im Sinne von ökonomischen Gründen. Werden die noch bisschen zu Hause belästigt. Und daran wird sich zeigen, wie es weitergeht und ich erhoffe mir politischen Druck. Ich erhoffe mir mehr politischen Druck von Trägern, von Kostenträgern, aber auch von der Politik direkt, dass sie sagt, wenn sie Akutversorgung machen, wenn sie Patienten nach Psych KG aufnehmen, müssen sie integrierte Versorgung machen, müssen sie eine regionale Verpflichtung haben, müssen sie Peerbegleiter haben. Diese Auflagen wären wichtig.“</p>
<p>„Sie haben bereits den Trialog angesprochen. Wie hat sich das Bewusstsein zu</p>	<p>„Der Trialog hat inzwischen eine 30jährige Geschichte. Das hat vor 30 Jahren angefangen, mit dem ersten Psychose-Seminar. Das hat sich ausgeweitet und die Idee des Trialogs ist, dass man</p>

<p>Recovery, Empowerment und Trialog in den letzten Jahren verändert?“</p>	<p>dort im Psychose-Seminar lernt, den anderen, den Menschen in Psychosen und die Angehörigen anders wahrzunehmen, vollständiger wahrzunehmen, differenzierter wahrzunehmen. Dass man nicht mit der Diagnose glaubt schon zu wissen, was derjenige braucht, dass man in den Dialog treten muss und vielfältige Leistungen braucht, um Menschen in Psychosen gerecht zu werden. Viel auch im Krankheitsverständnis, dass man offen sein muss, um Menschen zu erreichen. Das ist das, was man im Psychose-Seminar lernen kann, viele auch gelernt haben. Das ist ja eine breite Bewegung, mit immerhin noch über 100 Psychose-Seminaren, die sich dieses Jahr zum 30jährigen Jubiläum in Köln treffen. So und aus diesem Trialog, aus dieser Bewegung, sind andere Projekte entstanden. Die Antistigmaprojekte, Beschwerdezentren und solche. Also weitere Projekte, die trialogisch sind. Es gibt trialogische Verbände, Zeitschriften, Bücher. Also wer lernen will, kann lernen. Es gibt natürlich auch immer Leute, die am schmalspurigen Fachwissen festhalten, die sich dieser Bewegung nicht öffnen, die im Zweifelsfall Recovery anders definieren, rein symptomorientiert und rein pathologisch. Nicht so, wie das die Psychiatriereform oder die Betroffenenbewegung will. Da wird's immer einen Streit auf verschiedenen Linien geben.“</p>
<p>„Dann zu dem Begriff, Genesungsbegleiter, Peer, EX-INler, allein schon die Begriffsfindung stellt sich als komplex dar, was sind die wesentlichen Unterschiede?“</p>	<p>„Experienced Involvement ist die Bezeichnung für die Ausbildung, die sich in Deutschland durchgesetzt hat. Das ist das EU-Projekt gewesen, an dem ich beteiligt war, zusammen mit dem Jörg Utschakowski aus Bremen ist das in Hamburg und Bremen initiiert worden: ein sechs Länder Projekt von der EU. Da wurde ein Curriculum erarbeitet. Das bekam den Namen Experienced Involvement. Das ist EX-IN. Leute die eine EX-IN Qualifizierung haben, können dann als Genesungsbegleiter oder Peerbegleiter, das ist synonym, arbeiten. Die Begriffe Genesungsbegleitung, Peerbegleitung sind gleichwertig und</p>

	<p>gleichbedeutend. Und der Begriff EX-IN markiert nur die eine Form, die wichtigste Form der Ausbildung dazu. EX-IN ist kein Beruf. EX-IN ist nur die Ausbildung, um dann als Genesungsbegleiter, Peerbegleiter tätig zu werden. Die Genesungsbegleiter werden dann bezahlt, je nach Tarif. Im Krankenhaus und ambulanten Bereich gibt es verschiedene Tarife. Die sind bescheiden, die Tarife die momentan im Krankenhaus gelten, aber auf der anderen Seite auch fair, weil sie erst mal zu Grunde legen, dass es erst mal eine einjährige Ausbildung ist, nicht mehr und nicht weniger und dann ergibt sich daraus die Einstufung.“</p>
<p>„Also würden sie Genesungsbegleiter als Berufsgruppe definieren?“</p>	<p>„Ja, unbedingt. Das ist die nächste, neue Berufsgruppe, die es gilt, zukünftig in allen Psychiatrie Personalverordnungen zu integrieren.“</p>
<p>„Sehen Sie hier Ähnlichkeiten zu bisherigen Berufsgruppen?“</p>	<p>„Nein, was komplett Neues, was Eigenes. Weil sie als erstes eine Krankheit gehabt haben müssen, zumindest ist das für Ärzte und Pfleger nicht Voraussetzung, dass sie krank gewesen sind. In diesem Fall ist es die Voraussetzung, mit Krankheit und Gesundheit Erfahrung gemacht zu haben und diese persönlichen Erfahrungen als berufliche Erfahrung mit einzubeziehen. Eine erste Qualifikation ist, sich in Perspektiven anderer reinzusetzen, das lernen Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter leider häufig auch viel zu wenig. Daraus ergeben sich bestimmte Kompetenzen, die sind unbedingt nötig und die bringen einen ganz neuen, zusätzlichen Effekt. Das haben wir hier in Hamburg auch empirisch belegen können, dass wenn man einen Peerbegleiter hat, dann hat man anschließend mehr Selbstwirksamkeit, man traut sich mehr zu, als wenn ich das nicht habe. Wenn ich das nicht habe, sondern nur zum Psychologen, nur zum Arzt, nur zum Pflegenden gehe, dann schreibe ich dem die Erfolge zu. Aber es ist wichtig, in der Psychiatrie, sich Erfolge zuzuschreiben, mit mehr Selbstvertrauen in die Welt zu gehen. Das ist der Haupteffekt,</p>

	<p>den Peerbegleitung hat. Der zweite Haupteffekt ist, dass sie in der Atmosphäre, in der Klinik eine ganz andere Kultur fördern. Eben diese Recovery Kultur, dass sie sich weniger hinter dem Computer verstecken, mehr präsent sind und dass sie allein durch ihre Anwesenheit zwischen den anderen Berufsgruppen und Angehörigen vermitteln.“</p>
<p>„Sie haben ja gerade von dem Gewinn der Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung erzählt. Was sind Gründe, dass viele Versorgungseinrichtungen auf den Einbezug von Peerspezialisten verzichten? Es gibt ja viele Häuser, die Genesungsbegleiter noch nicht einstellen...“</p>	<p>„Also erst mal gib es inzwischen einige, die es machen, die es ja zum Teil zusätzlich machen. Das Problem ist, dass es in manchen Kliniken Angst gibt, dass es auf Kosten anderer Berufsgruppen geht. Was aber auch ein Stückchen unehrlich ist, weil viele Stellen gar nicht besetzbar sind mit qualifizierten Leuten. Denn wir haben ein Problem, gute Pflegekräfte zu haben. Also wäre es eigentlich gar kein Problem, wenn’s auf Kosten von Pflegestellen Genesungsbegleiter gäbe, weil sie die Stelle sowieso nicht gut besetzen können. Aber die Hoffnung ist natürlich, dass man sie ein Stückchen dazu kriegt, die Genesungsbegleiter durch die Personalverordnungen, dann wird es auch mehr Kliniken geben, die Genesungsbegleiter einstellen. Natürlich gibt’s auch immer noch Vorurteile, aber das ist halt auch ein Effekt der Genesungsbegleiter, dass man ein anderes Bild von psychischen Krankheiten kriegt, zu merken, dass ein Kollege wertvolle Arbeit einbringt und der war mal psychotisch oder der war mal bipolar oder der ist sogar noch bipolar. Das verändert ja mein Bild auf die Patienten. Das ist gut so.“</p>
<p>„Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit und insbesondere Kommunikation von Genesungsbegleitern und anderen Professionellen ein? Sehen Sie da Probleme</p>	<p>„Je näher vertrauter man einem Genesungsbegleiter ist, desto offener ist man gegenüber den Konzepten. Das haben wir auch herausgefunden, dass Leute, die das Konzept kennen, davon begeistert sind und Leute die eher auf Distanz sind, gar keine kennen. Da gibt’s es bestimmt ein Zusammenhang. Und ansonsten ist es natürlich auch personenabhängig auf beiden Seiten. Es gibt solche und solche Genesungsbegleiter, welche, die kommunikative Talente haben und welche, die weniger</p>

zum Beispiel hinsichtlich der Akzeptanz?“	kommunikatives Talent haben. Das ist aber bei allen anderen Berufen auch so. Da gibt es solche und solche. Und dann holpert's mal und dann holpert's mal nicht. Aber in der Praxis erlebe ich eine gute Kooperation und eine gute Ergänzung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.“
„Mit der Einstellung von Genesungsbegleitern geht unter anderem die Gefahr der Herunterqualifizierung des Personals einher, weiterhin besteht die Gefahr, Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme einzusetzen. Was begründet diese Aspekte und wie könnte Ihrer Meinung dagegen gewirkt werden?“	„Das stimmt ja nur dann, wenn hochqualifizierte Stellen eingespart werden und stattdessen Genesungsbegleiter eingesetzt werden. Das ist ja nicht das Ziel. Wenn eine Stelle nicht besetzbar ist, bevor ich sie freilasse, besetze ich sie natürlich mit einem Genesungsbegleiter. Wenn das günstiger ist, ist das ebenso. Stattdessen Stellen frei zu lassen ist ja eine noch größere Sparmaßnahme. Stellen einzusparen ist die größere Sparmaßnahme und das passiert vielerorts. Da würde ich sagen ist die Argumentation unehrlich. Dann lieber Genesungsbegleiter einstellen.“
„Erzählen Sie mir von Ihrer ersten Begegnung mit dem Begriff Genesungsbegleiter/Peers. Was hat Sie dazu veranlasst, Genesungsbegleiter/Peers einzustellen bzw. sich intensiver mit dieser Berufsgruppe zu befassen?“	„Also ich hab mit Dorothea Buck zusammen, die ist gestern 102 geworden, das Psychose-Seminar gegründet, vor 30 Jahren. Das war ein Ort, wo sich Experten begegnen, vor 30 Jahren begann das, dass wir Betroffene eben nicht nur als Betroffene, Psychose-Erfahrene sehen, sondern als Experten ihrer selbst. Das war, wenn Sie so wollen, der Beginn von EX-IN, vor 30 Jahren. Und dann als dieses EU Projekt anstand, kam der Jörg Utschakowski auf mich zu und hat gesagt, lass und das zusammen machen, du bringst die Erfahrung aus den Psychose-Seminaren mit ein, er hatte internationale Erfahrung. Dann ist sozusagen aus dem Dialog, mit den Erfahrungen aus diesen Psychose-Seminaren dieses Projekt entstanden und daraus ist diese Curriculum entstanden und dann gehörten Bremen und Hamburg zu denen, die von Anfang an zu denen gehören, die

	<p>von Anfang an diese Ausbildung gemacht haben. Also wir haben jetzt dreizehn Jahrgänge von EX-IN, die diese Ausbildung gemacht haben zum EX-IN. Insofern bin ich von Anfang an dabei.“</p>
<p>„Haben Sie das Gefühl, dass sich mehr Psychiatrie Erfahrene für eine Ausbildung zum EX-IN entscheiden?“</p>	<p>„Also bei uns macht die Ausbildung die XX, die macht bei uns die Ausbildung, die ist sozusagen die Lehrerin und bildet auch die Ausbilder aus, die es mittlerweile an 35 Orten in Deutschland gibt und der Zuspruch zu diesen Kursen. Also sie macht jährlich einen Kurs für Betroffene und einen für Angehörige und dann noch einen für Leiter. Der Kurs für Betroffene hat 20 Plätze und mindestens 80 Bewerbungen. Das Prinzip der Ausbildung ist wieder ein Prinzip der geteilten Verantwortung. Es muss immer ein Tandem geben, also einen zusätzlich geschulten Genesungsbegleiter und einen zusätzlich geschulten Profi. Das gilt für Hamburg und für Bremen und das gilt auch für alle weiteren Kurse. Die müssen diese Voraussetzung erfüllen, müssen einen Tandem haben, die einen zusätzlichen Kurs gemacht haben.“</p>
<p>„Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“</p>	<p>„Erst mal wünsch' ich mir, dass in allen Personalverordnungen die jetzt kommen, Genesungsbegleiter verordnet werden. Dass im Gemeinsamen Bundesausschuss oder im Ministerium oder woher auch immer, von mir aus auch von den Kostenträgern, dass diese Berufsgruppe selbstverständlich einbezogen wird, auf jeder Station in jeder Tagesklinik, in jeder Ambulanz. Und ich wünsch' mir, dass die Strukturen durchlässiger werden zwischen ambulant und stationär, einschließlich dieser STÄB Leistung, dass wir da mehr Kontinuitäten schaffen. Und ich wünsch' mir insbesondere bei der Zuhause-Behandlung eigentlich 50 Prozent Genesungsbegleiter sind. Weil wenn wir nach Hause gehen, müssen wir dialogisch sein, wir dürfen nicht das Krankheitsverständnis aus dem Krankenhaus mit nach Hause tragen. Dann erkennen Sie ihr Zuhause ja nicht mehr</p>

	wieder. Sondern wir müssen uns der Kultur zu Hause anpassen und dafür sind Genesungsbegleiter ideal.“
„Wie würden Sie das Verhältnis auf einer Psychiatrischen Station beschreiben? Wie viele Genesungsbegleiter würden Sie im optimalen Fall einstellen?“	„Da würde ich sagen mindestens zwei oder sagen wir mal, um ganz klein anzufangen, zwei halbe Stellen auf jeder Station. Und deshalb zwei halbe Stellen, weil die Erfahrung ist, dass eine Person alleine leicht untergebuttert wird und sich nicht so gut behaupten oder durchsetzen kann. In meinem Ambulanzteam sind drei Genesungsbegleiter, zwei aus Betroffenenperspektive und einer aus Angehörigen Perspektive.“

8.3 Experte B

Experteninterview

Datum: 07.04.2019

Helena Aurich	Experte B – Psychiatriereferent
„Was ist in Ihren Augen wichtig für eine qualitative, psychiatrische Versorgung? Welche Faktoren spielen da rein?“	„Hmm da machen Sie ein großes Thema auf. Gut, also ja für mich gibt's verschiedene Kriterien, das fängt einmal an bei der Versorgungsstruktur. Das heißt, eine gute psychiatrische Behandlung muss für mich auch immer die Möglichkeit bieten für Hometreatment. Das heißt, dass die Person in ihrem sozialen Umfeld, in ihrem sozialen Kontext auch Versorgung angeboten bekommt. Weil es meiner Meinung ganz wichtig ist, das Umfeld für die Erklärung und dass die Person diese Behandlung bekommt, auch zur Klärung und Lösung von Problemen mit einbezogen wird. Das ist ein Kriterium, eins, es muss unbedingt ein sozialräumliches Angebot geben. Dann der Punkt zwei, dass ich denke, dass insofern Personenzentrierung oder auch Netzwerkarbeit oder Open Dialog, dass solche Ansätze ganz wichtig sind, weil es eben ein Fehlen in der Psychiatrie der letzten 150 Jahre

	<p>auch war, dass man sozusagen immer über die Patienten entschieden hat, was das Problem ist und dass man über die Patienten entschieden hat, was man für eine Lösung für dieses selbstdefinierte Problem hat. Und deswegen glaube ich eben, ist das sehr, sehr wichtig, dass die Ansätze genutzt werden, wo genug Raum dafür geschaffen wird. Dass Patienten ihre eigenen Anliegen formulieren können oder zumindest Hinweise geben, was ihre Anliegen sind und was sie sich für Lösungsmöglichkeiten vorstellen. Und da kommt natürlich dieses Thema Genesungsbegleiter/Genesungsbegleiterin rein. Also weil die ja, wie wir aus verschiedenen Untersuchungen ja auch wissen, aus der Praxis, Türöffner sein können, eben einen Raum schaffen können, wo Menschen Vertrauen fassen oder auch eben auf gleicher Ebene mit den Personen reden können auf Augenhöhe und so, dass es dadurch leichter wird, diese Bedürfnisse und Anliegen der Patienten zu erkennen.“</p>
<p>„Können die Aspekte, die Sie gerade aufgezählt haben, durch Genesungsbegleiter realisiert werden? Folglich könnte man ja sagen, dass durch Genesungsbegleiter eine gute psychiatrische Versorgung gewährleistet ist?“</p>	<p>„Nicht allein durch die, aber genau, sie spielen eine wichtige Rolle dabei, da besser zu werden, solche Angebote zu unterbreiten.“</p>
<p>„Und haben Sie in den letzten Jahren, in der psychiatrischen Versorgung, Veränderungen feststellen können? Zum Beispiel Veränderungen in den Behandlungsmethoden? Hat sich was verändert?“</p>	<p>„Natürlich gibt's einzelne Beispiele. Eins der Beispiele, wir haben ja hier in Bremen einige Genesungsbegleiter die hier arbeiten. Und wenn ich mir jetzt zum Beispiel ein Krankenhaus rausnehme, was mittlerweile acht oder neun Genesungsbegleiter beschäftigt hat, anschau, dann sehe ich da schon, wenn ich mit dem Personal rede, dass sich die Grundhaltungen geändert haben, dass sich die Angebote</p>

	<p>verändert haben. Insgesamt sozusagen mehr Patientenorientierung, mehr Ressourcenorientierung, mehr Recovery-Orientierung, hab' ich in dieser Klinik zum Beispiel deutlich feststellen können. Bundesweit stellt sich natürlich die Frage, ich mein', durch Genesungsbegleiter haben wir schon eine andere Psychiatrie im Großen und Ganzen bekommen. Das kann man, finde ich, so natürlich nicht sagen. Da spielen natürlich Faktoren eine Rolle, also jetzt die UN Behindertenrechtskonvention, oder wie solche Ansätze von Aderhold mit Open Dialog, oder dass sich Deutschland mal mit dem Thema Recovery beschäftigt und die Genesungsbegleiter. Also da kommen einige Faktoren zusammen, die, glaube ich, insgesamt anfangen Psychiatrie zu beeinflussen. Aber nichts desto trotz auch, glaube ich, ist das ein bisschen wie ein Pantherfell; es gibt Flecken, wo es ganz toll und intensiv entwickelt ist und es gibt Flecken, wo's überhaupt noch nicht angekommen ist.“</p>
<p>„Also sehen Sie innerhalb Deutschlands Unterschiede?“</p>	<p>„Ja, es gibt immer noch genügend Orte, die, sag' ich mal, in dieser biologistischen Tradition sind und von diesen Ansätzen auch nicht so viel wissen wollen, die eben eine ganz andere Vorstellung haben was eine qualifizierte Psychiatrie bedeutet.“</p>
<p>„Wie könnte man an diese Flecken Genesungsbegleiter näher bringen? Was bräuchte es dafür?“</p>	<p>„Ja, ich glaube, wir brauchen da einfach noch ein bisschen Zeit, wir brauchen gute Erfahrung in Deutschland. Also wir berufen uns ja im Moment viel auf Untersuchungen, die im Ausland gemacht wurden und wenn man mehr deutlich machen kann, das passt auch hier in Deutschland und es funktioniert hier in Deutschland, dann wird es, glaub' ich, nochmal einen Schwung geben. Aber ich glaube auch, dass wir immer solche Flecken behalten werden, weil es immer Leute gibt, die sich nicht davon überzeugen lassen oder sagen, dass passt eben mit meinem Ansatz, was Psychiatrie angeht, überhaupt nicht zusammen. Die Chance wäre</p>

	<p>natürlich, wenn wir das jetzt, jetzt sind wir grade auch dabei im Gemeinsamen Bundesausschuss die Genesungsbegleiter als Krankenhausberufsgruppe anerkennen zu lassen und wenn es, wie in England Leitlinien gibt, wo man sagt, kein ambulantes Team darf ohne Genesungsbegleiter arbeiten, oder vielleicht auch irgendwann sagt, jedes Krankenhaus muss Genesungsbegleiter beschäftigen, dann kann man diese Haltung „davon will ich nichts wissen“ nicht mehr aufrecht erhalten. Das wäre eine Chance, Genesungsbegleiter in die Leitlinien mit rein zu bekommen, um nicht ganz so pessimistisch zu sein.“</p>
<p>„Wie hat sich das Bewusstsein zu Recovery, Empowerment, Trialog in den letzten Jahren verändert? Machen sich die Leute in der Versorgung mehr Gedanken darüber, wie diese Ansätze weiter getragen werden?“</p>	<p>„Na, was ja vor allem die Genesungsbegleiter voran bringen, ist das Thema Recovery, also das ist ja oftmals auch der Einstieg in die Arbeit als Genesungsbegleiter/Genesungsbegleiterin, Recovery-Gruppen anzubieten. Auch in der Schweiz haben wir das zum Beispiel ganz viel. Viele Genesungsbegleiter haben das sozusagen schon fast programmatisch, dass sie in einem ersten Schritt, dass sie in einem Krankenhaus erst mal Recovery-Gruppen anbieten und dann kann man gucken, springen die Patienten drauf an, kann das Personal was mit dem Ansatz anfangen und so. Das verzieht sich dann oftmals der Einstieg (nicht ganz verständlich) und das ist, denk' ich mal, so ein Paradethema für Genesungsbegleitung also Recovery. Das ist wie mit allem. Im Rahmen der Umsetzungen vom UN und vielen anderen methodischen Ansätzen, wird sich auch Recovery weiter verbreiten und hoffentlich auch irgendwann, wie in England zum Beispiel dann zu den erforderlichen Standards gehören.“</p>
<p>„Dann zu er Begriffsklärung. Genesungsbegleiter/EX-IN/ PEER, welchen Begriff verwenden Sie</p>	<p>„Ja, also die Unterschiede, ich bedaure das so ein bisschen, dass die Begriffe alle so ein bisschen vermischt werden. Ich weiß, die in Hamburg reden vom Peer oder Peerbegleiter. Ich hätte es gut gefunden, wenn wir uns darauf einigen hätten</p>

<p>hauptsächlich? Was sind die Unterschiede? Gibt es zum Beispiel Unterschiede in der Bezahlung? Kann ein Erfahrener auch ohne Ausbildung in der Psychiatrie eingestellt werden?“</p>	<p>können, das Wort Genesungsbegleiter zu benutzen, weil das dann auch deutlicher eine eigenständige Berufsgruppe kennzeichnet. Also von daher haben wir haben da im Moment so ein Mischmasch, aber ich glaub', Genesungsbegleiter steht für die meisten schon als der Name, für diese Art von Tätigkeiten und ja ob's mehr oder weniger Geld gibt. Ich glaube EX-IN haben wir ja entwickelt, weil wir die PEER Arbeit nochmal stärken und aufwerten wollten. Also der Ursprung ist ja, dass wir mit einem Peerprojekt in Birmingham Kontakt hatten und in der Auseinandersetzung mit dem eben deutlich war, dass wir super Arbeit machen. Aber wir haben ein Problem; jeder geht nur von seiner eigenen Erfahrung aus. Wir müssen eigentlich eine Ausbildung haben, wo wir geteilte Erfahrung produzieren, also wo die Menschen einfach auf mehr zurückgreifen können, als nur auf ihre eigenen Erfahrungen. Deswegen haben wir diese Ausbildung entwickelt, um es ganz kurz und knapp zu sagen. Aber das ist auch das Wichtige, was Genesungsbegleiter haben, die die EX-IN Ausbildung haben, dass sie eben ihre Perspektive viel stärker erweitert haben, viel stärker von ihren eigenen Erfahrungen abstrahieren können und gleichzeitig aber ihre Erfahrungen auch durch die Reflexion gut nutzen können und ich glaube, das ist ein Vorteil, oder ich bin davon überzeugt, dass das ein Vorteil ist. Weil Menschen die diese Reflexion nicht durch gemacht haben und auch dieses Teilen von Erfahrungen nicht durchgemacht haben, die stehen zumindest in Gefahr, nur von ihren eigenen Erfahrungen auszugehen. Und ich glaube, wenn man professionell versucht diesen Genesungsbegleiter-Ansatz umzusetzen, dann ist Reflexion schon was ganz Wichtiges und dass man eben auf einen breiteren Erfahrungs- und Wissensschatz zurückgreift als nur auf den eigenen. Die Tendenz, also es gibt manche Häuser,</p>
---	---

	<p>die dann eben sagen, du kannst hier auch arbeiten ohne Ausbildung, aber wir erwarten von dir, dass du die EX-IN Ausbildung machst und dann kriegst du auch mehr Geld, also das ist schon so. Aber man kann auch nicht sagen, dass das bundesweiter Standard wäre, weil wir ja noch gar nicht so weit sind, bundesweite Standards zu haben, sondern das sind mehr so auf regionaler Ebene so regionale Einigungen. Also die Fachgesellschaften unterstützen das ja, auch DGPPN und DGSP, aber ja, wir haben ja noch keinen Standard, wo wir wie bei Krankenpflegern und Krankenpflegehelfern sagen können, die und die Ausbildung bekommt das und das Geld. Also sehen vielleicht viele Leute so, aber ist nicht gesetzlich geregelt und es gibt ja noch keine richtige Vereinbarung. Aber auf diesen Weg wird es wahrscheinlich irgendwann mal kommen.“</p>
<p>„Also kommt es auch vor, dass Genesungsbegleiter ehrenamtlich arbeiten?“</p>	<p>„Doch, das tun die schon auch. Das ist für viele erst mal der Start. Es gibt immer einen Anteil in der Ausbildung, die sagen ich will das erst mal ausprobieren, erst mal gucken was das ist und dann schau ich, was ich damit tun werde. Und es gibt eben immer welche die sagen, ich starte erst mal mit einer Selbsthilfe oder ich versuch die Selbsthilfe, die ich schon gemacht habe, erst mal zu verbessern oder die Ideen von EX-IN damit aufzunehmen. Also nicht jeder macht diese Ausbildung mit der Absicht, anschließend einen sozialversicherungspflichtigen Job zu machen, aber bei manchen. Die gehen ihren Weg über kleine Stufen, gering Verdienener Jobs oder umfänglichere Arbeit. Aber ich kenne auch Genesungsbegleiter, die bei der Ehrenamtlichkeit geblieben sind. Die sagen, das passt zu mir und mehr will ich nicht.“</p>
<p>„Wie würden Sie diese neue Berufsgruppe beschreiben? Welche Ähnlichkeiten zu den</p>	<p>„Also man kann natürlich sagen, von dem Ansatz her, dass sie hauptsächlich im Alltag eingesetzt werden, gibt’s natürlich zum Beispiel eine Konkurrenz oder Überschneidung</p>

<p>bisherigen Berufsgruppen sind festzustellen?“</p>	<p>mit dem, was Pflegekräfte machen. Aber das finde ich, ist eher auf der Erscheinungsebene. Wenn ich mir angucke, was die wirklich machen, gibt's es große Unterschiede zu dem, was Pflegekräfte machen. Und die Frage wird ja oft gestellt, ersetzen die jetzt die Pflegekräfte und müssen die Pflegekräfte jetzt um ihre Arbeitsplätze bangen, wenn es jetzt Genesungsbegleiter gibt. Das finde ich nicht richtig, wenn ich mir vorstelle, dass vor 50 Jahren nur Pflegekräfte und ein Arzt acht Stationen versorgt haben, vielleicht eine Akut- und sieben Langzeitstationen. Und wenn wir heute sehen, dass jede Station einen Sozialarbeiter, einen Ergotherapeuten, Psychologen und sonst was hat, sind das sozusagen eher evolutionäre Schritte, die die Psychiatrie macht. Da geht es nicht darum, einzelne Berufsgruppen zu ersetzen, sondern den Gesamtmix an Personal weiter zu entwickeln und von daher wäre ich auch nie der Meinung zu sagen, wenn jetzt Genesungsbegleiter eingestellt werden, dann weniger Krankenpflegekräfte, sondern man muss das wirklich als neuen Personalmix betrachten und das so bewerten, und nicht auf Kosten einer einzelnen Berufsgruppen.“</p>
<p>„Was für einen Personalmix würden Sie denn empfehlen?“</p>	<p>„Also nur ein einziger Genesungsbegleiter/in, geht überhaupt nicht. Es müssen immer mindestens zwei sein, um die Identität als Berufsgruppe Genesungsbegleiter in der Institution aufrechterhalten zu können. Deswegen bin ich der Meinung, es müssten immer zwei sein und es hängt auch von der Aufgabenbeschreibung ab. Ich habe auch eine Kollegin, die arbeitet im Krankenhaus und sagt, für mich sind das die optimalen Leute in der psychiatrischen Arbeit und ich kann nicht genug von denen bekommen. Und kann mir vorstellen, den Stellenpool, die Ressourcen, die wir haben, immer weiter dafür zu nutzen, Genesungsbegleiter einzustellen, also die würde sagen, es macht Sinn sechs auf</p>

	<p>einer Station zu haben. Ich denk' immer mindestens zwei und dann muss man gucken, wie so eine Station zum Beispiel ausgelegt ist, oder was im betreuten Wohnen für Aufgaben sind, so ein betreutes Wohnen zum Beispiel hat verschiedene Aufgabenbereiche, und welche Experten es braucht. Also ich würde nicht sagen, es müsste eine Pauschale von XYZ geben, aber durchaus mindestens zwei.“</p>
<p>„Welche Risiken oder Nachteile gehen mit der Einstellung von Genesungsbegleitern einher?“</p>	<p>„Ja, Risiken kann es natürlich verschiedene geben. Das größte Risiko ist, dass der Einsatz nicht gut vorbereitet ist. Das ist so der Grund, warum der Einsatz von Genesungsbegleitern oftmals scheitert, wenn sich die Institutionen nicht ausreichend vorbereitet haben, nicht überlegt haben, was für eine Arbeitsplatzbeschreibung so eine Person haben soll oder welche Aufgabenbereiche durch die Person erledigt werden müssen. Oder wenn die Einrichtung kein Interesse an Recovery hat, dann sind das alles Voraussetzungen, die ein Scheitern vorprogrammieren oder wo sicherlich die Erfahrung gemacht wird, das klappt gar nicht. Das haben wir schon durchaus öfter erlebt, dass sich vielleicht auch der Genesungsbegleiter überfordert fühlt und schnell in eine Krise kommt, weil er sozusagen keine klaren Rahmenbedingungen kennt und frisch aus der Ausbildung kommt und denkt, die Psychiatrie verändern zu können, sich auspowert, wenn es keine Grenzen und Rahmenbedingungen gibt, oder sich die Kollegen beschwerten mit ‚ja der fummelt hier in meinem Aufgabengebiet rum, was soll das eigentlich, irgendwie nervt das nur‘. Aber das sind keine Probleme die nur durch den Genesungsbegleiter selbst kommen, sondern sind eher institutionelle Probleme, dadurch dass man sich nicht strukturierter mit der Frage beschäftigt hat, was eigentlich der Zugewinn sein soll/kann, wenn wir Genesungsbegleiter</p>

	beschäftigen. Also das ist ganz fundamental, dass sich die Einrichtung auch vorbereitet.“
„Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit und insbesondere Kommunikation und Konkurrenz von Genesungsbegleitern und anderen Professionellen ein?“	„Ja, also Konkurrenz ist schon öfter da, insbesondere das Gefühl, mir wird hier auf den Mund geschaut, oder ich kann jetzt gar nicht mehr so reden wie früher, wenn Genesungsbegleiter dabei sind, da muss man immer drauf achten, dass man pertified redet. So, also das sind ja oft Schwierigkeiten, die ja grade oft am Anfang bestehen und dann gibt es ja auch unterschiedliche Ansätze, wie man Arbeit versteht. Da kann's durchaus zu Problemen kommen, also ich sehe die ja nicht grundsätzlicher Natur, also wenn man Genesungsbegleiter einstellt ist das ja eine grundsätzliche Änderung, bis hin zu einer Kulturveränderung in der Institution, weil es ja nicht so einfach eine neue Berufsgruppe dazu geholt. Also grade wenn man sagt, ich lasse Menschen die hier Erfahrung haben mit dem System, dann muss ich mich darauf einlassen oder sollte das immer dann passieren, wenn ich was verändern will. Wenn ich sag', ich will die Kultur oder Ansätze verändern und wenn das gegeben ist, dass man so eine dialogische Kultur haben möchte, dann kann man die Schwierigkeiten, die sich ergeben auch ganz gut bewältigen. Das wäre eine Institution, die sollen mal so mitlaufen und wir geben denen dann mal was, wenn grad was aktuell ist und sich etwas gibt, und wenig dialogisch angelegt ist. Das ist eben die Gefahr, wo sich dann solche Konflikte wie ‚Was will der, was redet der, was hat der in meinem Aufgabengebiet zu suchen?‘, dass das dann stärker zum Tragen kommt und eben massive Schwierigkeiten folgern kann.“
„Wie stehen Sie zudem Argument, dass Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme eingesetzt	„Also ich halte das für ein Scheinargument, weil das wäre ja toll, wenn alle Krankenhäuser sagen würden, sie haben vor Genesungsbegleiter einzustellen. Aber das ist eben nicht so, weil das auch eine Herausforderung für die Einrichtungen ist.

<p>werden? Was begründen diese Aspekte und wie könnte Ihrer Meinung dagegen gewirkt werden?“</p>	<p>Deswegen werden die nicht aus Kostengründen auf eine Station mit 20 Pflegekräften und zwei Sozialarbeiter 15 Genesungsbegleiter einstellen, weil es billiger ist. Das sind immer so Scheindiskussionen, um sich von dieser Möglichkeit zu distanzieren. Also die werden jetzt nicht eingestellt, weil sie der Super-duper Kostendämpfer wären und ich finde, das ist auch kein Grund, das sein zu lassen, weil gerade über die gute Praxis, wenn wir erleben, die sind effektiv, die tun was, das die Institution weiter bringt, das Outcomes voran bringt, dann würde ich auch sagen, ist das eine Berufsgruppe die mehr Geld verdient hat oder mehr an das Einkommen ran kommt, sodass das irgendwann nicht mehr der Punkt ist, dass man mit Genesungsbegleitern Geld spart, weil die ähnlich viel Geld bekommen wie andere Berufsgruppen. Das muss für mich eher die Perspektive sein. Manchmal verdienen die ja, da gibt's diese Pflegehilfskräfte, und oftmals werden Genesungsbegleiter sogar noch darunter bezahlt. Natürlich muss den klar sein, dass für das, was von den erwartet und erhofft wird, dass überhaupt keine angemessene Bezahlung ist und kein Standard bleiben kann, für den Umfang, für den Genesungsbegleiter beschäftigt werden, da werden die auch nicht mit zufrieden sein. Das ist ja auch ein Ansatz dieser ganzen Bewegung, dass die mehr verdienen.“</p>
<p>„Erzählen Sie mir von Ihrer ersten Begegnung mit dem Begriff Genesungsbegleiter/Peers. Was hat Sie dazu veranlasst, Genesungsbegleiter/Peers einzustellen bzw. sich intensiver mit dieser Berufsgruppe zu befassen?“</p>	<p>„Oh da könnte ich Ihnen eine lange Geschichte erzählen, muss ich mal schauen, wie ich's kurz mache. Also für mich lag das schon lange auf der Hand, seitdem ich in der Psychiatrie tätig bin oder im psychiatrischen Feld, dass sozusagen die Expertise der Patienten oder Klienten oder Benutzer, je nachdem wie man sie nennt, viel zu wenig eine Rolle spielen. Das fand ich schon immer, dass man Methoden entwickeln müsste, wo die Leute eine Grundhaltung und die Möglichkeit haben sich zu erklären, ihre Sichtweise darzustellen und das,</p>

	<p>was mit ihnen gemacht wird ganz existenziell mitentscheiden. Das erste Wichtige war für mich, das war so um 2000, da habe ich in Birmingham einen Kleinpartnership kennen gelernt, das war ein Kleinarbeiterkreis aus Psychiatrieerfahrenen und Profis , die sich dafür eingesetzt haben, dass die Betroffenen an Ethikkommissionen teilnehmen an Fortbildungen mitmachen, um sich so besser unter Volk zu bringen, sozusagen. Das war das erste Mal, dass ich darüber nachgedacht habe die nicht nur in der Ausbildung sondern eben auch in der Praxis. Dann habe ich in Birmingham XX kennen gelernt und dann sind wir eben auf die Idee einer Ausbildung gekommen und dann haben wir daran gearbeitet, diese Ausbildung zu entwickeln. Ja, einfach aus der Überzeugung heraus, dass ja die, die's betrifft am besten sagen können, wie's funktionieren sollte. In der Psychiatrie hat das ja noch mehr Auswirkung, wenn die Betroffenen gar nicht gefragt werden, nicht mit einbezogen werden. Dann kommt es viel zu Fehlbehandlungen, Missverständen, Chronifizierung, ob's an der Eigenheit der Person oder der Störung, oder wie mit ihr umgegangen wird, liegt. Das ist dann eben eine Katastrophe. Deswegen brauchen wir eigentlich ganz viele dieser Experten, deswegen brauchen wir nicht nur Genesungsbegleiter sondern eine Kultur, in der sich auf die Klienten bezogen wird, nachgefragt wird, was ich eingangs schon sagte, mit open Dialog, also das kann nicht nur durch Genesungsbegleiter kommen, sondern muss eine Gesamtänderung der Haltung in der Psychiatrie folgern.“</p>
<p>„Jetzt haben Sie mir meine letzte Frage schon bisschen beantwortet, was wünschen Sie sich für die Zukunft?“</p>	<p>„Also erst mal muss ich sagen, bin ich wahnsinnig glücklich. Ich mein', wir haben vor 12 Jahren damit angefangen und so doll wie sich das entwickelt hat, bis in die Schweiz und nach Österreich, und sonst wohin. Jetzt sind wir gerade dabei, das nach Italien zu etablieren. Von daher bin ich froh, dass das</p>

<p>Beziehungsweise, was wäre nötig, um das umzusetzen?“</p>	<p>nicht nur so ein Strohfeuer war und wieder in der Versenkung verschwunden ist, sondern ich finde, wir sind da schon auf einem guten Weg. Von daher bin ich eigentlich auch sehr zufrieden damit. Aber natürlich kann noch mehr passieren. Für mich ist jetzt der Punkt, was passieren müsste, ist einmal die berufliche Anerkennung, dass es nicht mehr von einer einzelnen Institution oder einem Geschäftsführer/in abhängt, ob es Genesungsbegleiter gibt oder nicht, wir brauchen mehr Anerkennung des Berufes und wir brauchen Leitlinien und Standards, die deutlich machen, wenn ich gute, qualitative Leistung erreichen will, das tun sollte, und versuchen auf so einer Ebene von Struktur und Organisation weiter zu entwickeln. Und die andere Zukunftsfrage ist, dass sich die EX-IN Ausbildung verändern muss, also das war jetzt gut, was wir geschafft haben, aber wenn wir eine berufliche Anerkennung wollen, dann müssen wir auch mal überlegen, ob es weiterer Module gibt oder ein training on the job oder eine Weiterqualifizierung. Dann vielleicht auch nach drei Jahren zu sagen, jetzt haben die so viele Ausbildungsstunden auf dem Buckel, das rechtfertigt jetzt auch die und die Bezahlung. Und ja, wir brauchen mehr Forschung, aber da sind wir ja auch schon unterwegs, um da auch mehr zu entwickeln, um deutlich zu machen, was für ein Nutzen das Ganze hat, aber am Wichtigsten wäre für mich die Weiterentwicklung und Anerkennung der Qualifizierung.“</p>
---	---

8.4 Experte C

Experteninterview

Datum 10.04.2019

Helena Aurich	Experte C – Genesungsbegleiter
<p>„Was ist in Ihren Augen wichtig für eine qualitative, psychiatrische Versorgung?“</p>	<p>„Das ist eine große Frage. Eine gute psychiatrische Versorgung, die den Menschen im Blick hat und auch wirklich auf die Wünsche und Bedürfnisse des individuellen Menschen auch eingeht. Weil jeder Mensch hat andere Bedürfnisse und Vorstellungen, und nicht was nur irgendwo in Lehrbüchern steht, und die auch ganz speziell in Blick zu nehmen. Das sind alles Individuen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Ressourcen aber auch Facetten und Einschränkungen und da halt den einzelnen Menschen in Blick zu nehmen.“</p>
<p>„Wie haben sich die Qualität und die Behandlungsmethoden verändert?“</p>	<p>„Sagen wir’s mal so, die Psychiatrie ist ja weg durch die Psychiatrie Enquete von den großen Massen, Schlafsälen und Verwahranstalten, zu den sogenannten ja ortsnahen, in den Kliniken angesiedelt. Da gab’s auf jeden Fall eine Verbesserung. Ansonsten denk’ ich mir eher, ja es läuft es schleppen. Es werden immer noch viel zu viele Medikamente verschrieben, viel zu schnell werden Medikamente verschrieben, und die Bereitschaft des Hilfesystems auch mal zu gucken, welche anderen Möglichkeiten, außer Medikamente, die gibt es eher weniger, aus meiner Wahrnehmung. Es gibt paar Ansätze wie Aderhold und Hansari, die das immer wieder ins Licht rücken, dass es auch andere Wege gibt, aber das sind eher so Perlen, die noch nicht so richtig angekommen sind.“</p>
<p>„Was wäre denn nötig, dass diesen Perlen mehr an Bedeutung zugesprochen wird?“</p>	<p>„Ja, die Offenheit für etwas anderes. Nicht stur nach Lehrbuch oder S3 Leitlinie vorgehen und jetzt kommen wir ja wieder auf die Eingangsfrage, den Menschen als Individuum betrachtet.“</p>
<p>„Wie hat sich das Bewusstsein zu Recovery, Empowerment, Dialog in den letzten Jahren verändert? Haben Sie das</p>	<p>„Dialoge ganz klar ja, das hat sich unwahrscheinlich entwickelt. Wenn man bedenkt, das gibt’s ja schon seit 20, 25 Jahren, wo die liebe Dorothea Buck zusammen mit Bock und Klaus Dörner ins Leben gerufen hat, über das Psychose</p>

<p>Gefühl, dass die Ansätze mehr angekommen sind?“</p>	<p>Seminar. Hat sich da schon einiges entwickelt. Also es gibt kaum noch einen Landstrich ohne Psychose Seminar, klar in den Flächenländer ist das nicht in jedem Ort angekommen, aber es ist schon ein flächendeckendes Netz entstanden und zwischenzeitlich ist auch dieses Hilfesystem, hat den Blick gewandelt, weg vom Psychose auch in anderen Bereichen, sei es Ängste oder Depression, da Trialoge oder auch Borderlinetrialoge auch den trialogsichen Gedanken zu implementieren. Auch entsteht so langsam, dass der andere nicht außen vor bleibt in der klinischen Behandlung. Also dass da ganz klar auch geguckt wird, für jeden Betroffenen geht auch ein Angehöriger, mindestens, sei es Vater, Mutter, Kind, Freund, Freundin oder, oder, oder. Also zu jedem Betroffenen in der Psychiatrie gehört mindestens ein Angehöriger und dass die nicht vor verschlossener Tür stehen bleiben, sondern man versucht, die in ein Netzwerk mit einzubeziehen. Auch das sind eher noch Perlen. Die Opern Dialog Kultur ist ja auch von Aderhold, wie sie ja geschult werden, aufm Vorweg. Ja, zu Recovery ist ja doch schon eine sehr alte Ansichtswiese oder Haltung, ich finde Recovery ist eher eine Haltung, wird sehr oft als Modewort benutzt. Ja wir arbeiten Recovery-orientiert und wenn man dann mal fragt, was verstehst du eigentlich darunter, dann kommt da meistens wenig. Also da denk' ich mir, ist auf jeden Fall noch Ausbaubedarf.“</p>
<p>„Allein schon die Begriffsfindung stellt sich als komplex dar, welchen Begriff verwenden Sie hauptsächlich? Was sind die Unterschiede?“</p>	<p>„Also ich glaube, alle Bereiche, wo man Psychiatrieerfahrene einsetzt oder mit ins Boot holt, hat einen Sinn, hat einen Mehrwert für die Begleitung, für die Betreuung, Behandlung von Menschen mit einer seelischen Facette. Also ich hab' viele sehr engagierte Ehrenamtler kennengelernt, aus dem psychiatrieerfahrenen Bereich, die aber gar nicht die Kraft haben für so eine Ausbildung durchzustehen. Weil es geht ja ein Jahr, dann ist da noch die</p>

	<p>Finanzierungsproblematik und was ich, ich bin ja selbst Genesungsbegleiter, was ich so durch die Ausbildung gelernt habe, die komplette Reflexion auf die eigene Geschichte, auf das eigene Erleben, was man auch erlebt hat im psychiatrischen System, ist sehr wertvoll, nicht nur auf sich zu gucken, sondern auch mal über den Tellerrand hinweg. Also es ist schon eine Art Qualität, wenn der Mensch so ein bisschen Ausbildung, Wortbildung genossen hat. Die Sache ist die, da kommen wir natürlich auch ins Psychiatriepolitische: Ehrenamtler werden irgendwie mit einer Ehrenamtszuschale, wenn überhaupt entlohnt, Genesungsbegleiter durch die Ausbildung möchten natürlich auch ein bisschen Geld verdienen um davon vielleicht auch irgendwann mal komplett leben zu können. Da sind wir in Deutschland auch noch sehr weit entfernt, was die Bezahlung und berufliche Anerkennung angeht. Es ging ja auch noch um die Qualität, ich glaube, es braucht im Hilfesystem die gesamte Bandbreite, vom Ehrenamtlichen, über den Genesungsbegleiter auf Niedriglohn, aber auch Genesungsbegleiter in den sozialversicherungspflichtigen Stellen und eben nicht nur in den Krankenhäusern oder in den ambulanten Hilfen, sondern auch in den Behörden und Ähnlichem. Der Unterschied zwischen Peer, Peerbegleiter und Genesungsbegleiter: Ja, Peer kann auch der Mitpatienten sein, kann auch der Nachbar in der Klinik sein, kann der Freund sein. Peer ist ein sehr weit gefasster, englischer Begriff. Der Peerbegleiter, der wurde so aus dem wissenschaftlichen Bereich hier in Hamburg zum Beispiel als Peerbegleiter geprägt oder Peerberater. Ich persönlich muss aber dazu sagen, das liegt wohl auch an meiner eigenen Geschichte, ich kann kein Englisch oder nur sehr wenig. Ich bevorzuge den deutschen Begriff, den Genesungsbegleiter, in unserem deutschsprachigen Raum.</p>
--	--

	<p>Den muss ich auch nicht laufend erklären, während ich Peer und Peerbegleiter sehr viel erklären muss und Genesungsbegleitung, da kann man sich schon eher was vorstellen.“</p>
<p>„Sie haben eben schon die Finanzierung angesprochen. Welche Möglichkeiten der Finanzierung gibt es für die Ausbildung?“</p>	<p>„Also was die Ausbildungskosten betrifft, ist das sehr landstrichmäßig. Das ist sehr abhängig davon, in welcher Region man lebt. In unserer Region, in Hamburg haben wir zum Beispiel haben wir es geschafft, dass es über die Eingliederungshilfe SGB XII Paragraph 54 Abs. 3 finanziert wird, die kompletten Kosten. Wir haben auch schon Beispiele aus Bayern zum Beispiel, auch wieder über die Eingliederungshilfe, über das persönliche Budget, die Ausbildung finanziert wird inklusive einer zweiten Wohnung, Fahrtkosten und so weiter. Also solche Sachen sind möglich. Aber sowas mit der Zweitwohnung das ist jetzt so ein Beispiel, das mir persönlich bekannt ist. Dann gibt es Finanzierungsmaßnahmen übers Arbeitsamt und über's Jobcenter, wobei die brauchen eigentlich immer so eine Maßnahmennummer über den Bildungsgutschein. Dazu muss sich der Ausbildungsträger zertifizieren lassen, da gibt es so eine bestimmte Vorgabe der Jobcenter nach welchem Standard ausgebildet wird und da kann das auch mit Bildungsgutscheinen finanziert werden. Es gibt, was Finanzierung betrifft, auch noch Stiftungen, aber das ist eher ein hartes Brot. Das empfehle ich den Menschen immer als letztes. Ich mach' auch Finanzierungsberatung. Das empfehle ich meistens als letztes, weil das ist ein sehr anstrengender Weg. Da muss man sich über die Stiftung irgendwo kümmern, was ist die Stiftung, welche Ziele hat die. Also man muss viel Vorarbeit leisten, bevor es irgendwo Stiftungsgelder gibt und dann gab's schon vereinzelt, aber das ist auch noch eher die Minderheit, ich glaub fünf bis zehn Fälle in Deutschland, wo es über die Rententräger</p>

	<p>finanziert worden ist. Auch das ist möglich, aber eben noch nicht in der Regelfinanzierung. Das ist ein großes Problem, dass es deutschlandweit noch nicht in der Regelfinanzierung ist. Hier in Hamburg, das war eben auch ein langer Kampf, das haben die Genesungsbegleiter und eben der Genesungsbegleiter-Verein von Hamburg, die da entsprechend aktiv waren, eben der Behörde entsprechend aus den Rippen zu leiern.“</p>
<p>„Wie sind Sie auf den Beruf Genesungsbegleiter gekommen? Erzählen Sie mir von Ihrer ersten Begegnung mit dem Begriff Genesungsbegleiter/Peers. Was hat Sie dazu veranlasst, die Ausbildung zu absolvieren?“</p>	<p>„Mmh. Das erste Mal erfahren habe ich 2009, nach meiner vierten Krise, als ich von Berlin nach Hamburg umgesiedelt bin, im Universitätsklinikum Eppendorf, da ein Flyer gesehen habe. Da war ich aber noch sehr mit mir selbst beschäftigt, wieder Boden unter den Füßen zu finden, eine Wohnung zu finden und so weiter, dass ich da gar nicht wirklich ein Kopf für diese Geschichte hatte. Nach diesem Klinikaufenthalt, also mein großer Wunsch war es nach 12 Jahren Psychiatrie, Drehtür-Patienten irgendwo wieder ins Arbeitsleben zu kommen, eine sinnvolle Tätigkeit zu finden, von der ich auch leben kann. Weil da kann ich nur sagen, aus meiner eigenen Geschichte, dieses nicht gebraucht werden, keine Arbeit zu finden, das hat bei mir die schwere Depression erst ausgelöst. Und da war es immer ein Ziel von mir gebraucht zu werden von der Gesellschaft und dann hat' ich ein Reha Antrag gestellt, das war direkt 2009 nach einem fünf monatigem Klinikaufenthalt, der wurde direkt abgelehnt mit ‚ich bin zu gesund‘, Ich betone nochmal, ich kam gerade fünf Monate aus der Klinik. Dann bin ich in Widerspruch gegangen, hatte eine amtsärztliche Untersuchung gehabt und dann wurde ich nach 18 Minuten Untersuchung als zu krank und in die Erwerbsunfähigkeitsrente geschoben. Das war ja kein Weg wo ich hin wollte. Nun ja, so eine Rente ist zwei Jahre und dann hab ich gesagt, gut, ich versuch mich weiter zu</p>

	<p>stabilisieren und war dann auch in ein Einrichtung der Eingliederungshilfe nach SGB XII und da habe ich dann einen Genesungsbegleiter kennengelernt und da habe ich dann die praktische Erfahrung an mir selber erleben dürfen und nach zwei Jahren habe ich erneut einen Reha-Antrag gestellt auf diese Umschulung, die ich eigentlich gerne machen wollte, gestellt, aber ich hab' gesagt, dieses Procedere hat unglaublich lange gedauert, ich brauch' einen Plan B und da hat mir dann die Genesungsbegleiterin die mich damit begleitet hat den Floh ins Ohr gesetzt, warum nicht auch die Genesungsbegleiter-Ausbildung. Als Plan B hörte sich das vernünftig an, das da, darum kümmere ich mich. Das Ende vom Lied, war, an dem Tag, wo ich mein Zertifikat erhalten hatte und wo ich auch schon eine kleine acht Stunden Stelle in der Tasche hatte, bekam ich dann die Bewilligung auf die Umschulung, da habe ich gesagt: ‚Dankeschön ich bin jetzt Genesungsbegleiter und das ist mein Weg wo es hingehen soll.‘ Also durch die Ausbildung dann und durch die Praktika, die dann Bedingung sind, habe ich gemerkt, das liegt mir, da kann ich wirksam sein, das konnte ich als sinnvolle und sinnstiftende Tätigkeit für mich annehmen und heute arbeite ich auf einer 29 Stunden sozialversicherungspflichtigen Stelle und bin weg von allen Transferleistungen.“</p>
<p>„Also hat Ihnen selbst die Ausbildung beim Genesungsprozess auch geholfen?“</p>	<p>„Genau, weiter stabil zu werden, kontinuierlich weiter an mir zu arbeiten. Es nutzen ja auch Menschen die Genesungsbegleiterausbildung als Selbsttherapiezweck. Auch das hat eine Wirkung, keine Frage, das hat eine Wirkung, die man nicht unterschätzen sollte.“</p>
<p>„Wie würden Sie diese neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter beschreiben? Welche</p>	<p>„Ja, da sprechen Sie auch ein großes Thema an, es soll ja eine Ergänzung sein, eine Ergänzung zum Fachkollegen, zum Fachpersonal. Durch diese neue Berufsgruppe gibt's noch kein wirkliches Berufsbild, das muss man ganz klar sagen. Es</p>

<p>Ähnlichkeiten zu den „bisherigen“ Berufsgruppen“ sind festzustellen. Zum Beispiel, dass Genesungsbegleiter Aufgaben aus der Pflege übernehmen?“</p>	<p>wird teilweise auch von Einrichtungen und Fachkliniken eingesetzt, um Fachpersonal einzusparen. Das sehe ich als sehr kritische Geschichte ein. Weil ja, wenn man wirtschaftlich betrachtet, ein Genesungsbegleiter, der eben keine anerkannte Ausbildung hat, wird der eher in den Bereich Assistenzkräfte also in den unteren Gehaltsstufen eingestuft, also in den unteren, während es natürlich Pflegepersonal, Therapeuten oder, oder, oder im höherpreislichen. Und da finde ich, wenn das so als Ersatz ist, also Genesungsbegleiter eins zu eins die Arbeit machen, die auch dem Fachpersonal zugeschrieben wird, halte ich für ein Problem. Ich sehe es auf jeden Fall als Bereicherung, wenn es irgendwo als Ergänzung, in Tandem-Geschichten mitgeht, also bei uns zum Beispiel, was bei uns die Hilfeplangespräche für die Wiedereingliederungsgeschichten, da sitzen zwei Fachkollegen, einer führt das Interview, einer protokolliert und der Genesungsbegleiter sitzt dann nochmal als Fels in der Brandung für den Betroffene noch mit dabei. Stellt vielleicht auch noch die ein oder andere Frage aus dem eigenen erlebten Kontext, aber wirklich als Ergänzung. Oder auch bei Fortbildungen, dass es eben als Tandem funktioniert. Sprich, dass ein Fachkollege mit einem Genesungsbegleiter/Psychiatrie-Erfahrenen gemeinsam über ein Thema referiert oder weiterbildet. Das habe ich selber aus eigener Geschichte, ich mach' auch Fortbildung im Tandem, sehr viel auf fruchtbaren Boden und sehr viel konnten wir damit rüber bringen.</p> <p>Unabhängig davon, biete ich zum Beispiel auch eine Freizeitgruppe am Wochenende an, das liegt daran, ich selber habe aus meiner Psychiatrielaufbahn erfahren, unter der Woche hat man Termine, Arzttermin, Therapeutentermine oder sieht mal den Sozialarbeiter und,</p>
--	--

	<p>und, und. Aber am Wochenende hat man nichts und da fällt einem die Decke auf den Kopf. Jetzt schaffe ich es aber nicht, meine Fachkollegen für so ein Wochenendangebot zu motivieren, dass wir das als Tandem anbieten, da sage ich mir, scheiß' der Hund drauf, ein Wochenende im Monat opfer' ich von meiner Freizeit und biete das eben allein an. Einfach weil ich weiß, das hilft den Menschen und man muss das sehr differenziert betrachten, man kann es nicht so schwarz und weiß sehen. Idealerweise wäre es allerdings ganz klar im Tandem, keine Frage.“</p>
<p>„Sie haben eben angesprochen, dass Häuser Genesungsbegleiter als Sparmaßnahme einsetzen, was könnte dagegen getan werden?“</p>	<p>„Ja, die berufliche Anerkennung, und dass wir zumindest mal weg von der Assistenzschiene irgendwo in den Erzieherbereich oder etwas höher tariflich eingestuft sind. Weil so lange es noch diese Gefälle aus dem ambulanten Bereich, ist ein Sozialpädagoge zwischen E7 und E9 eingestuft von TVL, der Genesungsbegleiter bei E3, das sind schon ein paar Stufen, die da einfach dazwischen sind. Dass es eine Abstufung benötigt, keine Frage, der eine Mensch hat studiert, wobei auch dieses Argument wiederlege ich gerne, ich habe 22 Semester die subjektive Seite der Depression studiert. Da soll mir mal ein Fachkollege hinterherhecheln. Also eine Abstufung habe ich kein Problem, aber nicht so eine große Stufe. Das wäre eine Sache, sodass Genesungsbegleiter nicht als günstiger Fachkräfteersatz eingesetzt werden.“</p>
<p>„Was sind denn noch Gründe, dass Häuser keine Genesungsbegleiter einstellen und sich mit der Berufsgruppe auch nicht weiter beschäftigen?“</p>	<p>„Ja, was die Kliniken betrifft, die sagen, sie sind nicht in der Personalverordnung, wir kriegen die nicht bezahlt, deswegen ja auch dieser Vorstoß im G-BA. Auch in der Eingliederungshilfe wird deutschlandweit außer Hamburg, Hamburg macht da wieder sein extra Ding, deswegen geh' ich da gleich nochmal separat drauf ein. Außer Hamburg arbeitet mit Fachleistungsstunden und da der Genesungsbegleiter eben nicht als Fachkollege, als</p>

	<p>Fachleistung anerkannt ist, tun sich da manche Träger eben schwer. Weiterhin hinterfragt der Genesungsbegleiter auch mal die herkömmliche Tätigkeit, anders als die lehrbuchmäßig arbeitenden Mitarbeiter. Der Genesungsbegleiter fragt sich, was bezweckst du damit oder was erhoffst du dir damit und warum machst du das, zum Beispiel. Da stößt man natürlich auch auf Ängste der Fachkollegen, weil wer lässt sich schon gerne hinterfragen? Das ist ja auch nachvollziehbar. Das ist auch bei den Fachkollegen, viel Unsicherheit und viele Ängste da, wo man im Vorfeld, als eine Einrichtung, wenn die sich wirklich für den Genesungsbegleitereinsatz interessiert, mal im Vorfeld, das Personal mitnehmen muss, damit die auch wirklich wissen, was ist eigentlich Recovery, was ist Empowerment, damit die das auch wirklich verstehen und nicht nur als Modewort verstehen, sondern das ist ja eine Haltung, damit diese Haltung innerhalb des Unternehmens vermittelt und auch gelebt werden kann, aber auch, dass man die Ängste der Mitarbeiter im Vorfeld thematisiert und mitbeleuchtet. Das würde schon unterstützen, Genesungsbegleiter mit einzubinden.“</p>
<p>„Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen Genesungsbegleitern dem Fachpersonal ein? Sind Ihnen da hinsichtlich Kommunikation und Akzeptanz Problem aufgefallen?“</p>	<p>„Ganz unterschiedlich. So wie wir alle individuell sind, ist natürlich auch das Fachpersonal von absolut positiv bis zu himmelhoch jauchzend und ‚Ja, das ist eine richtig gute Ergänzung‘ bis zu ‚Was soll denn der Quatsch? Das funktioniert nie und ich hole mir ja auch ein Psychiatrieerfahrenen ins Team. Wie verhalte ich mich wenn ich plötzlich einen weiteren Klienten im Team habe‘. Die Situation ist auch, also wo Fachkollegen natürlich ein bisschen ängstlich eine Ablehnung haben. Da kann man auch nicht das generalisieren. Was aber die Studien gezeigt haben, klar ist das eine Unterstützung und jetzt ist es aber eine Motivations- und Überzeugungsarbeit, die da jetzt</p>

	<p>geleistet werden muss. Und dem entsprechend Material in der Hand zu haben, dass Genesungsbegleiter und Partizipation von Psychiatrieerfahrenen auch eine wirklich sinnvolle und unterstützende Maßnahme ist.“</p>
<p>„Dann sind wir bei der letzten Frage angekommen, was wünschen Sie sich für die Zukunft?“</p>	<p>„Also a) Eine tarifliche Eingruppierung, also auch die berufliche Anerkennung und b) Ganz klar auch in vielen unterschiedlichen Bereichen, wo auch Genesungsbegleiter eingesetzt sind, insbesondere auch auf den Akutstationen, da hat sich hier am UKE gezeigt, dass die Fixierungsrate runter geht, wenn Genesungsbegleiter auf Station sind. Also das sind so Sachen...</p> <p>Bitte auch immer zwei Genesungsbegleiter, wenn möglich, zwei Genesungsbegleiter vor Ort oder auch auf der Station, in einer Einrichtung, damit die sich gegenseitig den Rücken stärken können, weil wenn man sich das vorstellt, ein Genesungsbegleiter bei einer Front von 20, 30 Fachkollegen, ist es schwer, da irgendwo auch mal für seine Sichtweise einzustehen, wir dann möglicherweise, wenn er vor einer Wand steht eingeschüchtert, definitiv zu zweit und auch Genesungsbegleiter in den Behörden, wie Jobcenter, gerne angegliedert beim Fallmanagement, in den Sozialpsychiatrischen Diensten, bei den Krisendiensten aber auch bei den großen Wirtschaftsunternehmen, wie in Hamburg Airbus und ähnliches, wo psychische Erkrankungen in den Firmen auch immer stärker werden. Auch da, ganz klar, gerne Genesungsbegleiter vorhalten. So viele haben wir noch nicht, dafür sind wir noch zu jung und zu wenig ausgebildet, aber das ist so eine Zukunftsperspektive. Ich würd' gern nochmal zurückgehen, was hilft, Genesungsbegleiter einzubinden. Hier in Hamburg, in der Leistungsvereinbarung zur ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP), wir haben hier ein Modellprojekt und keine Fachleistungsstunden mehr, wir haben das</p>

	<p>Trägerbudget und damit ist den Institutionen, im Rahmen der Eingliederungshilfe, frei gegeben, wie sie das Personalmix zusammen stellen, also wie viel Sozialpädagogen, Therapeuten, aber auch Genesungsbegleiter sie in ihrem Team haben und eben nicht mehr an diesen Fachleistungsstunden. Plus, dass in Hamburg in der Fachleistungsvereinbarung steht, dass Experten aus Erfahrung können das multiprofessionelle Team ergänzen. Das sind so zwei Punkte, die hier in Hamburg das gefördert haben, dass eben inzwischen 45 Genesungsbegleiter in den unterschiedlichen ASP Einrichtungen tätig sind.“</p>
<p>„Sie haben anklingen lassen, Genesungsbegleiter im Fallmanagement zu integrieren. Kennen Sie Häuser, die Genesungsbegleiter bereits als Fallmanager einsetzen oder ist das noch Wunschvorstellung?“</p>	<p>„Das ist Wunschvorstellung. Aber auch, wie gesagt, in den Behörden, Widereingliederungshilfe, Krisen auch da können Genesungsbegleiter eine sehr wichtige und wertvolle Unterstützung bieten.“</p>
<p>„Wie könnte man das denn schaffen? Im Krankenhaus müsste ja zum Beispiel der G-BA Vorgaben bestimmen, dann müssen sich da ja die Häuser dran halten. Aber bei den Firmen gibt es ja wenig Handlungsspielraum, die dazu zu verpflichten, Genesungsbegleiter einzustellen“</p>	<p>„Ja, das ist eine große Frage. Ich hab’s mal probiert hier in Hamburg, da krieg ich dann gesagt, ja, wegen Datenschutz und Schweigepflicht würde das nicht gehen. Ich sehe das als eine an den Haaren herbei gezogene Begründung, weil letztendlich auch in der Klinik und auch bei mir im ambulanten Bereich, unterliege ich der Schweigepflicht und selbst im wirtschaftlichen Bereich. Jeder, der heutzutage irgendwo anfängt zu arbeiten, muss eine Schweigepflichterklärung unterschreiben, dass er ja auch die betrieblichen Geheimnisse nicht weiter tragen darf. Ich denke, da ist es wichtig, auch solche Erfahrungen, wie sie ja auch in den Kliniken und so weiter sind, dokumentiert und auch wissenschaftlich bearbeitet ist, damit man da auch was</p>

	<p>in der Hand hat und die Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung den entsprechend zu überzeugen und zu motivieren. Ich war jetzt auch schon im Bereich der Vision. Das kann natürlich ein Genesungsbegleiter sein aber muss nicht, in der Aufsicht oder Besuchskommissionen. Deutschlandweit sind wir ja noch nicht überall dialogisch besetzt, auch da sehe ich einen guten Einsatz, dass Psychiatrieerfahrene mit ins Boot kommen. Der Genesungsbegleiter hätte zumindest den Vorteil, dadurch, dass er schon gelernt hat, zumindest sehr reflektiert und auch mal über seinen eigenen Tellerrand zu gucken.“</p>
--	--

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Hausarbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angaben der Herkunft kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen sowie für Quellen aus dem Internet.

Berlin, 30.04.2019

Helena Aurich