



EX-IN im Bezirk Oberbayern Endbericht zum Modellprojekt

1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2014

Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München:
Ergebnisse und Empfehlungen



www.bezirk-oberbayern.de

Soziales | Gesundheit | Bildung | Kultur | Umwelt | Heimatpflege

EX-IN im Bezirk Oberbayern

Endbericht zum Modellprojekt

**Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München:
Ergebnisse und Empfehlungen**

Begleitforschung	Manfred Cramer Simone Hiller Wiebke Noltkämper Lisa Reisch Evamarie Wagner
Auftraggeber	Bezirk Oberbayern
Projektleitung	Ute Wilhelmi, Bezirk Oberbayern Regionalkoordination Suchthilfe / Psychiatrie
Leitung Begleitforschung	Prof. Dr. Manfred Cramer Hochschule München
Berichtszeitraum	1. Januar 2013 – 30. März 2015

Inhalt

1.	Vorbemerkung.....	3
2.	Ausgewählte Ergebnisse in der Zusammenfassung	6
3.	Allgemeine Informationen zum Sachstand.....	5
3.1.	Fragen des Bezirks Oberbayern / Umsetzung durch die Begleitforschung	5
3.2.	Rahmendaten	6
4.	Lesehilfe und Erläuterungen	7
4.1.	Peer, EX-IN bzw. EX-INler und Genesungsbegleiter (GB).....	7
4.2.	Hintergrund und Information zur Entstehung des Modellprojekts	8
4.3.	Lenkungsgruppe EX-IN des Modellprojekts	9
5.	Entwicklungen von EX-IN in Deutschland und Oberbayern.....	9
6.	Literaturanalyse.....	11
6.1.	Effektivität von Genesungsbegleiter – Wechselwirkungen	11
6.2.	Ausbildung zum Peer / Genesungsbegleiter	13
6.3.	Eigenständiges Handeln oder Arbeit im Team?	13
6.4.	Zur beruflichen und persönlichen Entwicklung der Peers.....	15
6.5.	Rahmenbedingungen für die Arbeit der Peers	17
6.6.	Wie kann eine Stellenbeschreibung für Genesungsbegleiter gestaltet sein?	18
6.7.	Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung	19
7.	Ergebnisse der zweiten Interviewserie.....	21
7.1.	Was verändert sich in der Praxis durch den Einsatz von Genesungsbegleiter?	21
	Exkurs: Erfahrungswissen	22
	Exkurs: Haltung und Grundhaltung	23
	Exkurs: Recovery	24
7.2.	Qualifikation der Genesungsbegleiter.....	25
7.3.	Nähe und Distanz	28
	Exkurs: Abgrenzung / Abgrenzungsfähigkeit.....	28
7.4.	Recovery und Empowerment	29
7.5.	Interne Prozesse in den Einrichtungen.....	31
	Exkurs: Genesungsbegleiter als Berufsanfänger	32
7.6.	Zur EX-IN-Ausbildung	33
7.7.	Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche aus der Sicht der Genesungsbegleiter.....	33
7.8.	Arbeitsrechtliche Regelungen für Genesungsbegleiter	35
7.9.	Einarbeitung, Anleitung und Supervision	37
7.10.	Empfehlungen	38
7.11.	Transparenz nach Innen und Außen.....	39
8.	Ein Fazit in Stichpunkten.....	39
	Literatur	42

1. Vorbemerkung¹

Peer-Support (zu Deutsch Genesungsbegleitung) hat sich seit etwa 35 Jahren zu einem wichtigen Bestandteil der Hilfe für Menschen mit psychischen Problemen entwickelt. Sucht man im Internet mit den Begriffen „Peer Mental Health“, so findet man gut 100 Millionen Beiträge. Diese beziehen sich fast ausschließlich auf Beiträge aus dem englischen Sprachraum, und hier vor allem aus Ländern, die ab den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begonnen haben, psychiatrische und psychosoziale Dienstleistungen zurückzufahren (z.B. Neuseeland und die USA). Aber es gibt auch zahlreiche Beiträge aus Ländern, die den psychiatrischen und psychosozialen Bereich modernisieren (z.B. Kanada, Schottland und England). In diesen Ländern wird die Arbeit von Peers weitgehend als „add-on“, als zusätzliches Angebot gesehen. Hier haben sich Peers nicht anstatt der professionellen Mitarbeiter, sondern neben ihnen etabliert. Diese Sichtweise wurde in Deutschland übernommen.

Der große Peer-Bereich hat sich in den englisch-sprachigen Ländern längst ausdifferenziert. So bieten zum Beispiel prominente US-amerikanische Universitäten Peer-Support für ihre Studenten durch bezahlte oder freiwillige, psychiatrieerfahrene Studierende an. Analog gibt es speziellen Peer-Support für HIV-Positive, oder auch für ängstliche sowie für psychotische Menschen. Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen.

Die Peers arbeiten freiberuflich, in profitorientierten Sozialunternehmen oder in Nonprofit-Charities. Einige dieser Gruppierungen arbeiten regional, andere flächendeckend oder international (z.B. Peers im Kontext der Clubhouse-Bewegung). Manchmal arbeiten Peers in den vorhandenen psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtungen, bisweilen haben sie diese Einrichtungen sogar übernommen, weil ihre Finanzierung nicht mehr gegeben ist.

Viele Peers arbeiten ohne Bezahlung oder werden nur geringfügig honoriert. In der Regel durchlaufen die Peers eine kurze Ausbildung, die sie zumeist selbst zu finanzieren haben. Die Anbieter dieser Ausbildungen arbeiten häufig im Wettbewerb zueinander.

Die Beteiligung der Peers in der Versorgung ist in verschiedenen englischsprachigen Ländern staatlich reguliert worden (siehe hierzu das Beispiel Kanada). Dort wurden im Jahr 2013 „Leitlinien für die Berufspraxis und die Ausbildung von Peers“ veröffentlicht².

Angesichts der Dimensionierung dieser Entwicklung ist es erstaunlich, wie wenige empirische Untersuchungen durchgeführt worden sind. Wir werden auf diese Untersuchungen in unserem Literaturteil zurückkommen. Wir möchten aber gleich ein Ergebnis vorweg nehmen:

Die Mehrheit der uns bekannten quantitativen Untersuchungen kommt zu dem Ergebnis, dass Peer-Support positive Ergebnisse für die Klienten, sowie für die

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Schreibweise verwendet.

Sämtliche Adressierungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

² <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/18291/peer-support-guidelines>;
Zugriff 14.03.2015

Peers selbst hat. Wenige Studien haben das Ergebnis, dass Peer-Support weder positive noch negative Wirkung zeigt. Es existiert keine Studie, wonach die Angebote den Klienten oder den Peers selbst schadet (vgl. O'Hagan, 2011).

2. Ausgewählte Ergebnisse in der Zusammenfassung

Für den „eiligen Leser“ stellen wir hier markante Ergebnisse unserer Arbeit vor.

Ausbildung zum Genesungsbegleiter (GB)

Entgegen manchen Vorannahmen zeigen unsere Befunde, dass eine formalisierte Ausbildung zum GB aus vielerlei Gründen wichtig ist. Alle GB im Modellprojekt haben diese (für sie persönlich wichtige) Ausbildung durchlaufen.

Der trialogischen Arbeitsgemeinschaft Bayern, im Folgenden TAG genannt, ist es zu verdanken, dass die entsprechenden Ausbildungskurse zum GB etabliert und organisiert wurden. Mithilfe dieser Ausbildungskurse sollen Psychiatrieerfahrene qualifiziert werden, um in den psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen arbeiten zu können. Ausgehend von München gibt es mittlerweile entsprechende Angebote in verschiedenen Regionen Bayerns.

Vorbereitung innerhalb der beteiligten sechs Einrichtungen

Die Mitarbeiter der Einrichtungen haben sich gut auf mögliche und denkbare Tätigkeiten der GB vorbereitet. In der Einarbeitungsphase hat es sich bewährt, dem GB einen Ansprechpartner zur Seite zu stellen, der auch als Brücke „zum Team“ fungiert. Eine positive und fördernde Einstellung der Einrichtungsleiter gegenüber der Arbeit und dem Engagement von GB war in den Modelleinrichtungen gegeben.

Arbeitsfelder der Genesungsbegleiter

Die GB arbeiten in folgenden Feldern: Beratung, Gruppenangebote, Begleitung von Freizeitaktivitäten, Milieuarbeit, tagesstrukturierende Maßnahmen, Referententätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit. Die Arbeitsfelder der GB lassen sich manchmal von den Arbeitsfeldern der Professionellen abgrenzen. Als unpassend werden Tätigkeiten mit hoher Fachlichkeit, einem hohen Verantwortungsniveau oder in akuten Krisensituationen beurteilt.

Arbeitszeit der Genesungsbegleiter

Die GB arbeiten 4-8 Stunden pro Woche. Es zeigt sich, dass diese vergleichsweise geringe Anwesenheit einige Nachteile hat (Informationsaustausch, Team - Einbindung etc.). Viele Interviewpartner sprechen sich für eine höhere Arbeitszeit der GB im Rahmen der Möglichkeiten aus.

Vergütung

Die Bezahlung ist das einzige Thema, zu dem es unter den GB keinen Konsens gibt. Eine Gruppe akzeptiert die jetzige Honorierung (zumeist € 450 pro Monat). Eine andere Gruppe spricht sich für eine deutlich höhere Bezahlung aus, die sich an den „tatsächlichen Tätigkeiten“, den Vorerfahrungen und der Ausbildung orientieren sollte. Dieses Thema stand bisher nicht im Vordergrund.

Genesungsbegleiter als Vermittler

In besonderen Situationen kann der GB die Funktion eines Vermittlers zwischen den Mitarbeitern der Einrichtungen und den Klienten einnehmen. Ihm fällt ein barrierefreier Kontakt zum Klienten vergleichsweise leichter. Vor diesem Hintergrund sind die Erfahrungen von und mit den GB für die konzeptionelle Entwicklung unter dem Gesichtspunkt der Nutzerorientierung hilfreich.

EX-IN in Deutschland

Im letzten Jahr hat sich die EX-IN-Bewegung in den psychiatrischen Settings vergrößert, vertieft und verstetigt. Das fachliche und sozialpolitische Interesse an EX-IN ist gestiegen. EX-IN ist ein innovativer Beitrag zur beruflichen und sozialen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für Psychiatrie-Erfahrene.

EX-IN in Oberbayern

Im Einklang mit den Befunden der Begleitforschung wird ab 2015 EX-IN in die Regelförderung zur Finanzierung der sozialpsychiatrischen Dienste übernommen. Es ist zu erwarten, dass in einigen Bezirken Bayerns auch die Anstellung von EX-INlern in den Tagesstätten für psychisch Kranke ermöglicht wird. Das Interesse an den Ergebnissen dieser Begleitforschung des Bezirks Oberbayern ist groß. Es wird vorgeschlagen, die Ergebnisse nach der Präsentation im Bezirk Oberbayern zur Veröffentlichung freizugeben.

3. Allgemeine Informationen zum Sachstand

3.1. Fragen des Bezirks Oberbayern / Umsetzung durch die Begleitforschung

Grundlage der Arbeit der Begleitforschung sind folgende Fragestellungen, die der Sozial- und Gesundheitsausschuss des Bezirks Oberbayern im Oktober 2012 verabschiedet hat:

- Welche Veränderungen in der Qualität der Hilfen sind durch den Einsatz von GB identifizierbar?
- Welche spezifischen Fähigkeiten bringen EX-IN - ausgebildete Mitarbeiter ein?
- Inwiefern qualifiziert die EX-IN - Ausbildung für den Praxiseinsatz?
- Werden die GB von Klienten und Profi-Kollegen akzeptiert?

- Gelingt die Zusammenarbeit und das Einbringen einer spezifischen Nutzer-
- Perspektive im Team und der gesamten Einrichtung?
- Wie beurteilen die GB ihre Tätigkeit hinsichtlich der eigenen beruflichen und persönlichen Entwicklung?
- Welche Rahmenbedingungen müssen durch den Träger für einen gelingenden Arbeitsprozess bereitgestellt werden (zum Beispiel spezifische Team - Supervision)?
- Wie kann eine exemplarische Stellen- und Funktionsbeschreibung für eine EX-IN - Stelle gestaltet sein?

Im Rahmen unserer Ressourcen wurde vereinbart, dass wir bis zur Erstellung des Endberichts folgende Leistungen erbringen:

- Literaturanalyse
- informatorische Telefonbefragung und Teilnahme an relevanten Treffen
- zwei Projektphasen; Interviews mit je sechs GB, je sechs Professionellen sowie je sechs Klienten

Basierend auf den Fragen des Bezirks Oberbayern zum Projekt EX-IN wurden Interviewleitfäden für die qualitativ angelegte Begleitforschung entwickelt. Nach Übertragung der 2 x 18 Transkripte in Kategorisierungstabellen werden wir im Interviewteil markante Ergebnisse darstellen.

Das Projekt hat im September 2013 begonnen. Die Motivation aller Beteiligten für das Projekt ist auch zu Ende des Berichtszeitraums hoch. Die Akteure arbeiten konstruktiv. Beide Bewertungen gelten auch für den Lenkungsausschuss. Bisher sind keine Konflikte aufgetreten.

3.2. Rahmendaten

Beginn der Begleitforschung	September 2013
3 x 6 Interviews (GB, Mitarbeiter und Klienten)	Oktober 2013
Abgabe Zwischenbericht:	April 2014
3 x 6 Interviews (GB, Mitarbeiter und Klienten)	Oktober 2014
zusätzlich:	
informatorische Telefonbefragung und Literaturanalyse	2014 - 2015
Abgabe Endbericht:	März 2015
Ergebnispräsentation:	Mai 2015

4. Lesehilfe und Erläuterungen

In diesem Abschnitt geben wir Erläuterungen und Hinweise zum EX-IN-Projekt, soweit diese für die Arbeit der Begleitforschung von Bedeutung sind.

4.1. Peer, EX-IN bzw. EX-IN-ler und Genesungsbegleiter (GB)

Um die Lesbarkeit zu erleichtern, verwenden wir in diesem Bericht die drei relativ unscharfen Begriffe (Peer, EX-IN-ler und GB). Damit zeichnen wir die nicht-standardisierte Begriffsverwendung in der Literatur und der Berufspraxis nach. Diese Begriffe sind synonym zu verstehen.

Peer

Die englischsprachige Literatur benutzt einheitlich den Begriff „Peer“ mit unterschiedlichen Vorstellungen zu dem, was denn nun ein Peer sein mag. Unter Peers sind Personen zu verstehen, die über vergleichbare bzw. gleiche Werte, Einstellungen und Erfahrungen verfügen. Peers können beispielsweise Personen sein, die zuvor im psychiatrischen System behandelt worden sind. Es können aber auch Personen sein, die nach ihrer Psychiatrieerfahrung eine aufwendige Ausbildung absolviert haben, um später als professionelle Mitarbeiter zu arbeiten. Es können auch Personen sein, die aus der Angehörigen- oder Selbsthilfe-Bewegung kommen und keine weitere Ausbildung absolviert haben.

EX-IN bzw. EX-IN-ler

Diese beiden Abkürzungen stehen für den englischsprachigen Begriff „Experienced Involvement“ (in etwa Einbindung von Erfahrung von Ex-Patienten der Psychiatrie). Diese Begriffe werden bis heute in Deutschland benutzt. Weil sich die Peer-Bewegung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union, auch in Deutschland, unter dem Dachbegriff EX-IN entwickelte, ist diese Wortschöpfung verständlich.

Genesungsbegleiter (GB)

Später wurde in verschiedenen Regionen Deutschlands, so auch in Bayern, der Begriff EX-IN-ler durch den Begriff „Genesungsbegleiter“ abgelöst. Bisweilen wird auch gesagt, dass GB eine EX-IN-Ausbildung absolviert haben. Wir konnten nicht eruieren, wie, wo und wann es zu dem Neologismus „Genesungsbegleiter“ kam. Wir vermuten, dass dieser in Übersetzung des englischen Begriffs „Recovery-Support“ entstanden ist.

Professionelle Mitarbeiter

In Abgrenzung zu GB wird in der Berufspraxis der Begriff „hauptamtliche Mitarbeiter“ verwendet. Dieser Begriff ist missverständlich, weil auch in den Einrichtungen des Modellprojekts EX-IN des Bezirks Oberbayern sogenannte haupt- und nebenamtliche Mitarbeiter arbeiten. Unter Letzteren werden z.B. Nachtwachen, studentische Mitarbeiter oder sonstige Personen verstanden, die

neben dem Stammpersonal arbeiten. Diese vorgegebene Begrifflichkeit macht es schwierig, den Begriff „hauptamtliche“ Mitarbeiter im Unterschied zu GB verwenden. Stattdessen verwenden wir den Begriff „professionelle“ Mitarbeiter.

4.2. Hintergrund und Information zur Entstehung des Modellprojekts

Im Januar 2010 wurde in München der sogenannte „runde Tisch EX-IN“ gegründet. Einer bundesweiten Entwicklung folgend etablierte sich hieraus die TAG. Ihr Ansatz fand Zustimmung bei engagierten Psychiatrie-Erfahrenen, den organisierten Angehörigen und bei interessierten Professionellen sowie bei der Verwaltung und Politik des Bezirks Oberbayern. Zurzeit ist die TAG bestrebt, ihren Einfluss auf ganz Bayern auszuweiten.

Innerhalb eines erstaunlich kurzen Zeitraums realisierte die TAG einen ersten Ausbildungskurs für Psychiatrie-Erfahrene in München. Dieser Kurs begann im Juni 2012 und endete im Juni 2013 mit 23 Teilnehmern.

Vor diesem Hintergrund verabschiedete der Bezirk Oberbayern eine Beschlussvorlage EX-IN. Mit dem Modellprojekt „EX-IN: Experienced Involvement“ des Bezirks Oberbayern wurde beabsichtigt, in einem Zeitraum von zwei Jahren Ergebnisse und Erkenntnisse zur bedürfnisorientierten Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung unter Beteiligung von ausgebildeten Psychiatrie-Erfahrenen zu erzielen und Teilhabemöglichkeiten von GB am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Durch den Einsatz von insgesamt sechs GB in sechs verschiedenen Arbeitsfeldern sollten entsprechende Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden.

Das Modellprojekt wurde für einen zweijährigen Zeitraum (2013 bis 2015) realisiert. Der Bezirk Oberbayern stellte finanzielle Mittel zur Anstellung von sechs GB in sechs teilnehmenden Einrichtungen über den Projektzeitraum zur Verfügung. Die finanziellen Mittel umfassten Personalkosten in Höhe von 57.600 € (24 Monate x 400 € x 6 Stellen) sowie Sachkosten in Höhe von 7.200 € (24 Monate x 50 € x 6 Stellen). Die Bestimmung des Anstellungsstatus (geringfügige Beschäftigung, Honorarkraft etc.) der GB oblag den teilnehmenden Einrichtungen.

Zur Dokumentation, Analyse und Bewertung des Projekts wurde die wissenschaftliche Begleitforschung installiert, die nach der Sommerpause 2013 begann.

Nach unserem Kenntnisstand ist die „EX-IN-Entwicklung“ in Oberbayern vergleichsweise weit fortgeschritten. Die bisherige politische Würdigung von EX-IN in Oberbayern, die Etablierung einer Begleitforschung und die Bereitstellung von Sach- und Personalkosten hat in Fachkreisen Aufmerksamkeit und Anerkennung gewonnen.

Deutlich wurde dies u.a. bei einem EX-IN-Seminar anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde im November 2013 in Berlin. Hier trafen sich ca. 80 GB und

Professionelle aus den deutschsprachigen Ländern mit der Zielsetzung, die bisherigen EX-IN-Projekte zu vertiefen, auszubauen und eine bundesweite Dokumentation des bisher Erreichten zu entwickeln. Dieses Ziel ist bisher leider nicht erreicht worden.

4.3. Lenkungsgruppe EX-IN des Modellprojekts

Bei einem ersten Treffen der maßgeblichen Akteure des Modellprojekts am 29.01.2013 einigten sich alle Beteiligten, d.h. die Vertreter der teilnehmenden Einrichtungen, der TAG, der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen, der wissenschaftliche Begleitung sowie die Projektleitung des Bezirks Oberbayern auf regelmäßige Treffen in einer Lenkungsgruppe. Die Lenkungsgruppe dient dem aktuellen Austausch sowie der weiteren Planung und Koordinierung von Begleitforschung, aber auch der Implementierung von GB. Die Lenkungsgruppe traf sich regelmäßig bis zum Ende des Modellprojekts.

5. Entwicklungen von EX-IN in Deutschland und Oberbayern

Allgemeines Ziel von EX-IN war und ist es, die Angebote des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems zu erweitern und besser an Bedürfnisse der Klienten anzupassen. Gleichzeitig war und ist beabsichtigt, den GB eine Berufstätigkeit zu ermöglichen.

EX-IN wurde innerhalb von 10 Jahren zu einem bekannten Begriff in Fachkreisen. Es engagierten sich neben Psychiatrie-Erfahrenen auch Angehörige und professionelle Mitarbeiter dafür, dass EX-IN in der Praxis Fuß fasst.

Psychisch Kranke waren „schon immer“ innerhalb der Betroffenenverbände aktiv. Auch arbeiteten sie verdeckt und informell als Mitarbeiter der Versorgungseinrichtungen. Mit EX-IN wurde es auch in Deutschland möglich, psychisch Kranke aktiv und in ihrer Funktion als Betroffene in das professionelle Hilfesystem einzubeziehen. Diese Möglichkeit wurde von den Teilnehmern der ersten EX-IN Kurse aufgegriffen. Sie wollten in die Versorgung einbezogen werden und reklamierten berufliche Teilhabe. Eine Triebkraft, die an Pioniere erinnert.

Auch in diesem Zusammenhang ist die TAG aus München zu nennen. Sie versteht sich als Zentrum und Motor der regionalen EX-IN Bewegung. Sie propagiert das Thema EX-IN in der Öffentlichkeit, in der Fachszene und in der Sozialpolitik. Seit Beginn des Modellprojekts 2013 hat die TAG auch eine Stimme im Lenkungsausschuss dieses Projekts. Hier versteht sich die TAG als ein Gesprächspartner zur konstruktiven Weiterentwicklung des Projekts.

Hauptsächlich arbeitet die TAG an der Etablierung und Organisation von Ausbildungskursen für Psychiatrie-Erfahrene. Mithilfe solcher Ausbildungskurse sollen Psychiatrie-Erfahrene qualifiziert werden, um in den psychiatrischen Einrichtungen arbeiten zu können. Mittlerweile gibt es entsprechende Angebote

in verschiedenen Regionen Bayerns. Das Curriculum dieser Kurse ist bundesweit weitgehend standardisiert; es umfasst 12 Wochenendveranstaltungen jährlich sowie ein Praktikum. Die Teilnahmegebühr beträgt € 2280 zzgl. der Kosten für Fahrt und Unterkunft pro Kursteilnehmer. Die Gebührenfinanzierung durch die Kursteilnehmer in dieser Höhe hat zur Folge, dass Psychiatrie-Erfahrene mit kleinem Einkommen und ohne Unterstützung schwerlich teilnehmen können. In diesem Kontext ist die Initiative des Bezirks Schwaben zu erwähnen. Hier kann diese Ausbildung von der Arbeitsagentur gefördert werden. Teilweise kommt es auch zu Bezuschussung durch den Sozialhilfeträger in anderen Regionen Bayerns.

Wir vermuten, dass zurzeit etwa 50 GB in Bayern diese Ausbildung absolviert haben. Diese werden von der TAG motiviert und unterstützt, um para-berufliche Arbeitsverhältnisse im psychiatrischen und psychosozialen Bereich zu erlangen (vgl. Cramer & Hiller 2015). Neben der TAG engagieren sich auch die Angehörigen- und Psychiatrie-Erfahrenen-Gruppierungen für die aufkommende EX-IN-Bewegung.

Es ist nicht einfach, die EX-IN/GB Entwicklung zu überblicken. Deswegen können wir nur einen selektiven Überblick darstellen. Wir vermuten zum Beispiel, dass die Einbeziehung der Angehörigen in die EX-IN-Bewegung in Hamburg vergleichsweise weit fortgeschritten ist. Dort hat sich ein Netzwerk „Psychenet“ entwickelt³. Hier werden u.a. in speziellen Kursen Angehörige zu Peer-Beratern ausgebildet. Diese Peer-Berater bieten in psychiatrischen Kliniken Angehörigen-Sprechstunden an, die gut angenommen werden. In einigen Regionen Deutschlands werden auch Trainer-Kurse für EX-INler angeboten. Diese sollen ihrerseits EX-IN-Kurse für Psychiatrie-Erfahrene aufbauen und durchführen.

Wir haben den Eindruck, dass die EX-IN-Bewegung in Deutschland in psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen begann und sich von dort ausbreitete. Seit 2013 arbeiten auch in den psychiatrischen Einrichtungen Oberbayerns einige GB. Die entsprechenden Erfahrungen sind nicht Gegenstand dieser Begleitforschung. Es ist nicht gelungen, diese GB in das Modellprojekt des Bezirks Oberbayern und damit in die Begleitforschung zu integrieren. Dieser Endbericht fragt nach Integration, Teilhabe und Praxis von GB in den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen (nach SGB XII) im Verantwortungsbereich des Bezirks Oberbayern.

³ In verschiedenen psychiatrischen Kliniken Hamburgs werden GB-Stellen für Peersprechstunden eingerichtet. Die GB verfolgen das Ziel, die Patienten bei der Rückkehr nach Hause zu unterstützen oder auch Patienten, die bisher nicht behandelt wurden, den Übertritt in das ambulante Versorgungssystem zu erleichtern. Die Klienten bewerten dieses Angebot positiv. Im Vergleich zu Patienten ohne Peer-Beratung konnten die Krankenhaustage von diesen Patienten deutlich reduziert werden. Es ist beabsichtigt, dieses Projekt zu verstetigen.

6. Literaturanalyse⁴

Methode: Es wurde sämtliche Literatur zu den Stichworten „Peer“, „Peer-Group“, „Peer-Support“ und „Mental Health“ mit Hilfe des Datenbanksystems PsycINFO erfasst. Als Zeitraum wurden die letzten 20 Jahre gewählt. Für den Zeitraum zuvor existiert praktisch keine Literatur zu diesen Stichwörtern.

Nach Prüfung der Zusammenfassungen wurden n=43 beschafft und gelesen. Besonderes Interesse wurde auf empirische Untersuchungen und Metaanalysen gelegt. Die Literaturanalyse repräsentiert die relevante Literatur zu diesem Thema vor allem aus dem angelsächsischen Sprachraum.

Die Gliederung der Literaturanalyse orientiert sich an der Gliederung der Auswertung der Interviews und der Gesprächsleitfäden.

6.1. Effektivität von Genesungsbegleiter – Wechselwirkungen

In Anlehnung an Repper et al., 2011 lassen sich die vorhandenen Untersuchungen zur Effektivität in folgende Kategorien einteilen.

Einweisungs- und Rückfallquote

Weder die Einweisungsquote in psychiatrische Kliniken noch die Dauer des Aufenthalts wird durch die Arbeit der Peers beeinflusst (Solomon & Draine 1995, O'Donnel 1999, Davidson et al. 2006).

Die Einweisungsquote in psychiatrische Kliniken wird durch den Einsatz der Peers positiv beeinflusst (Clarke et al. 2000, Chinman et al. 2001, Forchuk et al. 2005, Lawn et al. 2008, Min et al. 2007, Simpson et al. 2014).

Es ist schwierig, dieses uneinheitliche Ergebnis zu bewerten. Vermutlich spielen methodische Probleme eine Rolle. Weil die Peers ausschließlich in Zusammenarbeit mit den Professionellen agieren, kann die Eigenleistung der Peers je nach methodischem Design der Studie in den Vordergrund treten - oder auch nicht.

Empowerment

Unabhängig von den benutzten Empowerment- und Recovery-Modellen sprechen wir hier von „Empowerment“ als einem messbaren Indikator (Ausmaß der Selbstbefähigung).

Empowerment im Sinne von Selbstbefähigung verbessert bzw. erhöht sich mittels der Angebote der Peers (Corrigan 2006, Dummont & Jones 2002, Resnick & Rosenheck 2008, Ochocka et al. 2006, Simpson et al. 2014). Dieser Befund scheint eindeutig zu sein. Die Klienten wenden sich von dem traditionellen Bild des „hilflosen Kranken“ ab (vgl. Repper et al. 2001, 396). Sie orientieren sich an der Haltung, wonach Genesung möglich und ein positives Selbstwertgefühl wichtig sind (vgl. Basset et al. 2010, 14).

⁴ Für diesen Abschnitt ist Evamarie Wagner verantwortlich.

Wir vermuten, dass die Verkörperung eines erfolgreichen Vorbildes (also der GB) neue Perspektiven, sowie neue Problemlöse- und Bewältigungsstrategien ermöglicht. Die sozialen Funktionsfähigkeiten werden vermutlich positiv beeinflusst (zu dieser Argumentation siehe Kurtz 1999, 396). Zu entsprechenden Untersuchungsergebnissen siehe Nelson et al. 2006, Ochocka 2006, Forchuk 2005.

Empathie und Akzeptanz

In Anlehnung an Moran et al. 2012, 305 ist zu vermuten, dass die Peers die Klienten auf einer tieferen und „authentischeren“ Ebene ansprechen. Es sei dahin gestellt, ob dies immer von Vorteil ist. Die Ergebnisse der beiden uns vorliegenden Untersuchungen waren positiv. Den Peers gelingt es offensichtlich, den Eindruck zu vermitteln, die Klienten besser verstehen zu können, diese fühlen sich umgekehrt besser verstanden usw. (Coatsworth-Puspokey et al. 2006, Paulson 1999).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Paulson sind auch deswegen interessant, weil sie die vermuteten unterschiedlichen Perspektiven von professionellen Mitarbeitern und Peers erkennen lassen. Während die Mitarbeiter eher methodisch arbeiten und Aufgaben mit und für die Klienten erledigen, legen die Peers ihr Hauptaugenmerk auf das „being-with“ mit den Klienten.

Die erhöhte Empathie und Akzeptanz in der Interaktion zwischen GB und Klienten (siehe Sells et al. zit. n. Repper 2011, 397) steht in Relation zu einer vergleichsweise hohen Kontaktfrequenz zwischen Klient und Einrichtung (siehe Sells et al. 2006).

Dieser den GB zuzusprechende Vorsprung relativiert sich im Kontext längerfristiger Beziehungen. Professionelle brauchen vergleichsweise längere Zeiträume, um tragfähige Beziehungen mit den Klienten aufzubauen (im Sinne von Akzeptanz, Verstehen und gemocht werden). Der Vertrauensvorsprung der GB lässt nach einer bestimmten Zeit nach und kommt hauptsächlich in Settings, in welchen der Beziehungsaufbau und die persönliche Beziehung im Mittelpunkt stehen, zur Geltung (siehe Davidson et al. 2012, 124).

Das Einfühlungsvermögen der Peers wird oft als Fähigkeit beschrieben, den Klienten „lesen“ zu können. Diese Fähigkeit basiert auf dem Wissen, dass man zuvor in denselben Schuhen, in welchen sich der Klient momentan befindet, gesteckt hat. Peers können sich unmittelbar und sofort in Klienten hineinversetzen, und deshalb ist es ihnen möglich, höhere Erwartungen und mehr Anforderungen an die Klienten zu stellen (vgl. Davidson et al. 2012, 124).

Besondere Fähigkeiten von Peers

In einer neueren Metaanalyse (zu Untersuchungen im Zeitraum von 1990 bis 2010) wurde folgender Zusammenhang herausgearbeitet:

Peers erfüllen die Funktion eines Vorbildes, da sie selbst Strategien und Bewältigungsformen gefunden haben (Walker&Bryant 2013). Dem entspricht folgende Beobachtung: Peers haben die Fähigkeit, über ihre eigenen

Verletzungen wie selbstverständlich zu sprechen. Solche sozialen Kompetenzen können auch positive gruppensdynamische Effekte nach sich ziehen (Jahnke 2014, 42).

6.2. Ausbildung zum Peer / Genesungsbegleiter

Obwohl es in den USA vermutlich Tausende von Peers gibt, können von uns nur zwei empirische Untersuchungen zur Bedeutung der Ausbildung zum Peer referiert werden. Das Ergebnis der Arbeit von Hutchinson 2006 zeigt, dass Peers nach einer entsprechenden Ausbildung die Fähigkeit entwickeln, mehr und tieferes Wissen über Recovery-Prozesse zu artikulieren. In ähnlich allgemeiner Form kommt die Untersuchung von Salzer et al. zu dem Schluss, dass eine Peer-Ausbildung die Arbeitszufriedenheit der Peers deutlich erhöht (Salzer et al., zit. n. Moran 2012).

In der deutschen Ausbildungs-Variante wird dem Thema „Integration in ein professionelles Team“ kaum Raum gegeben. Dabei kann jedoch dieses Thema ein großes Konfliktfeld darstellen (Palloks 2013, 83). Palloks moniert auch, dass zu wenig Kontakte zwischen den EX-IN-Ausbildern, den EX-IN-lern sowie den potentiellen Anstellungsträgern vorhanden sind.

Für Jahnke 2014, 27 stellt sich die Frage, ob die Vermittlung von Fachwissen oder die Entwicklung von Erfahrungswissen im Vordergrund der Ausbildung stehen sollte. Man hat sich darauf geeinigt, dass die gemeinsame Entwicklung von Erfahrungswissen im Vordergrund stehen sollte. Denn durch zu viel Fachwissen gehe die Authentizität verloren. Umgekehrt sei aber Fachwissen wichtig, um Empowerment-Strategien erfolgreich entwickeln und anwenden zu können.

Peter Lehmann hält psychiatrie-kritische Komponenten in der Ausbildung für wichtig. Hierzu sind auch Menschenrechtsverletzungen durch die Psychiatrie zu zählen. Ihm ist „schleierhaft“, warum in der EX-IN-Ausbildung das Faktum ausgegliedert wird, wonach psychiatrische Patienten zwei bis drei Jahrzehnte kürzer leben. Schließlich fehlt in der EX-IN-Ausbildung eine Wissensvermittlung zu den Neben- und Folgewirkungen von Psychopharmaka. Weil solche kritischen Elemente fehlen, können auch keine Strategien entwickelt werden, um entsprechende Konflikte zu regeln (zit. n. Jahnke 2014, 126).

6.3. Eigenständiges Handeln oder Arbeit im Team?

Durch Strukturierung und Organisation der Peer-Unterstützung können sich die Potenziale von Peers konzentrierter und verbessert entfalten. Es ist allerdings darauf zu achten, dass das Wesen von EX-IN nicht durch formale und professionelle Strukturen verloren geht (vgl. Basset et al. 2010, 14). Es sollte Genesungsbegleitern auch in Teamarbeit oder in stationären Strukturen gelingen, ihre speziellen Fähigkeiten, basierend auf ihrem Erfahrungswissen, in die Beziehungsarbeit mit Klienten einbringen zu können.

Die Einsatzmöglichkeiten von EX-IN-Ausgebildeten variieren. Allgemein gesagt sind sie von der Persönlichkeit des Genesungsbegleiters und den Beschäftigungsspielräumen der Einrichtung abhängig. Es lassen sich keine Präferenzen zwischen eigenständigem Handeln oder der Arbeit im Team erkennen, da beide als notwendige und sinnvolle Einsatzgebiete gesehen werden.

Akzeptanz der Genesungsbegleiter bei den professionellen Mitarbeitern

Zwei empirische Untersuchungen legen die Bewertung nahe, dass sich die normative Forderung nach „gleicher Augenhöhe“ zwischen Peers und professionellen Mitarbeitern in der praktischen Umsetzung nicht einfach darstellt. Dies gilt nicht nur innerhalb von solchen Teams, in denen ein GB zuvor die Rolle eines Klienten einnahm. Peers sehen sich in verschiedenen Einrichtungen mit direkt und indirekt diskriminierenden Äußerungen konfrontiert, die ihnen den Übergang von Patient zu Peer schwer machen (Moran 2009, Walker & Bryant 2013).

Peers haben auf der einen Seite das Gefühl, zwar ein Teil des Teams zu sein, aber auf der anderen Seite sind sie dem Gefühl ausgesetzt, einen geringeren Status als die professionell ausgebildeten Mitarbeiter einzunehmen (Mowbray 1998). Siehe auch Hardimann 2007: Demnach ist die Mehrheit der befragten professionellen Mitarbeiter der Auffassung, dass Peers wichtige und effektive Beiträge leisten können. Jedoch seien diese weniger hilfreich und wirksam als die erbrachten Leistungen von Mitarbeitern aus dem psychiatrischen Setting (vgl. Hardimann, zit. n. Repper 2011, S. 399).

Dixon et al. fragten professionelle Mitarbeiter (die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit GB haben) nach ihren Einstellungen gegenüber Peers. Sie fragten auch die Mitarbeiter, die keine Erfahrung in der Zusammenarbeit hatten. Hier ergaben sich signifikante Unterschiede. Aufgrund der Zusammenarbeit mit GB wird die Haltung der professionellen Mitarbeiter gegenüber GB positiver.

Diesen Befunden entsprechen verschiedene Beobachtungen in Deutschland. „Multiprofessionelle Teamarbeit ist für viele noch Neuland.“ Das traditionelle, medizinisch geprägte Rollenverständnis von Helfern und Hilfsbedürftigen macht es nach wie vor nicht einfach, den GB den Aufbau einer Berufsrolle zu ermöglichen (vgl. Jahnke 2014, 37).⁵

Durch den Austausch mit Genesungsbegleitern können Mitarbeiter zu neuen Sichtweisen in einzelnen Praxissituationen gelangen und anschließend angemessene Lösungsstrategien entwickeln. Das Team kann durch den eingebrachten Erfahrungshintergrund von Peers Wissen über die Bedeutung von Enttäuschung und Resignation akkumulieren. Im Zusammenspiel mit einer Erweiterung des Blickwinkels hin zu dem der Peers, die "ihren Blick – auch in

⁵ An einer anderen Stelle referiert Jahnke einen ihrer Interviewpartner mit folgenden Fragen: "Was wollen denn jetzt diese EX-IN-ler? Haben die einen besonderen Kredit beim Chef? Warum kommen die schneller an Klienten ran? Nehmen die mir bald die Arbeit weg? Wollen die immer alles besser wissen? Wollen die mir indirekt sagen, ich habe die letzten vierzehn Jahre schlecht gearbeitet? Was fällt denen überhaupt ein, wenn sie mir unterstellen, ich sei hier und da übergriffig geworden?" (Jahnke 2014, S. 60).

Phasen der Demoralisierung – auf Stärken und Ressourcen richten", können professionelle Mitarbeiter angemessenere Lösungsideen finden (vgl. Amering 2009, S. 59).

Vergleichbar argumentiert Lacroix, eine Interviewpartnerin von Jahnke. Sobald die EX-IN-Perspektive in das Team Einzug erhält, kommen Kollegen nicht um die Erkenntnis herum, dass Patienten keine Objekte sind, die nach "Schema F" behandelbar sind. Lacroix stellt diesen "ideellen Wert des EX-IN-Projekts [...] über den praktischen Nutzen". Insgesamt profitieren GB und Pflegekräfte voneinander (Jahnke 2014, S. 40).

Zusammenfassend bewerten die diskutierten Untersuchungen und Statements die Zusammenarbeit zwischen professionellen Mitarbeitern und GB kritischer als unsere Interviewpartner im Modellprojekt. Ein Grund hierfür dürfte in der Bereitschaft der Mitarbeiter der Modelleinrichtungen zu finden sein, die Zusammenarbeit mit GB aktiv zu suchen.

6.4. Zur beruflichen und persönlichen Entwicklung der Peers

Im Unterschied zu den entsprechenden Selbstaussagen der GB, die hierzu vergleichsweise wenige Aussagen machten, liegen zahlreiche Untersuchungen zur beruflichen und persönlichen Entwicklung der Peers in den USA vor.

Wir referieren an dieser Stelle die Ergebnisse der umfangreichen Arbeit von Moran 2011 (N=31 Peers) sowie weitere relevante Arbeiten.

1. Die Arbeit der Peers sensibilisiert bei diesen Personen das Verständnis und das Bewusstsein für Bedingungen und Zustände psychischer Gesundheit. Siehe hierzu als Illustration eine deutsche GB: „Ich höre immer wieder in mich herein: Was stimmt da gerade nicht? Was kann ich tun, damit es mir gut geht?“ (Joel 2012, 35).
Für Moran entwickeln Peers im Kontext ihrer Tätigkeit ein Bewusstsein und Feingefühl für Warnzeichen und können leichter um Hilfe bitten, wenn ihnen dies notwendig erscheint (Moran et al. 2011, 307).
2. Peers berichten über eine Steigerung der eigenen Fähigkeit zur Selbsthilfe. Die Arbeit als Peer motiviert zur Selbstreflexion in der Auseinandersetzung mit anderen psychisch kranken Menschen. Die eigenen Bedürfnisse und inner-psychischen Vorgänge werden bewusster. So referiert Moran aus einem Interview mit einer Peer mit einer schizoaffektiven Störung. Durch ihre Arbeit als Peer gelang es ihr, angemessener auf sich selbst zu reagieren (Moran et al. 2011, 308).
3. Die Arbeit als Peer führt zu mehr Stabilität und weniger ausgeprägten Stimmungsschwankungen.
4. Peers erleben durch ihre Arbeit einen erheblichen Anstieg positiver Emotionen. Gefühle wie Freude, Glück und Spaß, welche eine lange Zeit vor der Arbeit als Peer nicht mehr erlebt wurden, sind seitdem Teil des

Gefühlslebens (vgl. Moran et al. 2011, 308). Zu einer vergleichbaren Bewertung kommen Repper et al., 2011, 398. Die Identitätsverschiebung von Klient zum Mitarbeiter im psychiatrischen Setting sowie Erfolge und Errungenschaften bei der Arbeit führen dazu, Befriedigung und Anerkennung zu erfahren und sich selbst als Person wahrzunehmen, die einen gesellschaftlich wertvollen Beitrag leistet.

Basset et al. 2010, 17 zitieren einen Peer: Es ist ein tolles Gefühl, nach der Arbeit mit dem Wissen, einen wertvollen Beitrag geleistet zu haben, nach Hause zu gehen. Aus der Sicht dieses Peers sei dies von großem Wert, da die Gesellschaft, seiner Meinung nach, in der Regel Menschen mit psychischen Erkrankungen als wert- und nutzlos betrachtet.

5. Selbstvertrauen und Selbstwert werden durch die Arbeit als Peer gesteigert. Die Untersuchungen von Salzer & Shear 2002, Ratzlaff et al., 2006 und Bracke et al. 2008 (alle zit. n. Repper 2011) bestätigen diese plausible Annahme. Siehe hierzu auch eine deutsche GB: "Meine Tätigkeit [...] [gab] mir eine ganz besondere Form von Selbstzufriedenheit, gepaart mit Selbstgenügsamkeit, und vor allem viel neues Selbstvertrauen. Indem ich mir selbst zur wichtigsten Stütze wurde, kann ich anderen besser beistehen und sie durch Krisen begleiten." (Joel 2012, S. 35).

Man kann in Anlehnung an Utschakowski 2010a vermuten, dass durch die Erfahrungen als GB Selbstakzeptanz und eine „Integration der seelischen Erschütterung in das Selbstkonzept“ erleichtert werden. Symptome werden weniger versteckt oder ignoriert. Die Auswirkungen von erfahrener Diskriminierung werden leichter ertragen. Peers geben an, besser in der Lage zu sein, mit den Begriffen psychiatrischer Erkrankung umzugehen, diese zu akzeptieren sowie einordnen zu können und so ein erfüllteres Leben mit der Krankheit zu führen. Das bewusste Wahrnehmen von Symptomen ermöglicht es den Peers, deren Auswirkungen auf Psyche und Körper sowie die ablaufenden Prozesse nachvollziehen zu können. Solche Symptome werden bewusster erlebt. Dies macht es den Peers möglich, diese als einen Teil von sich selbst anzuerkennen (vgl. Moran et al. 2011, S. 308f.). Das Maß der Erhöhung der Selbstakzeptanz bestimmt das Maß der Reduktion von Selbst-Stigmatisierung des Peers. Bei einer vorherrschenden tragfähigen Beziehung zwischen Peer und Klient wirkt sich eine reduzierte Selbst-Stigmatisierung des Peers umgehend auf das Ausmaß der Selbst-Stigmatisierung der Klienten aus. Als aussagekräftiger Indikator für Selbstakzeptanz wird ein humorvoller Umgang mit der eigenen psychiatrischen Erkrankung gesehen (vgl. Moran et al. 2011, S. 309).

6. Nach Moran et al. gewann die Mehrheit der Peers in ihrer Untersuchungsgruppe einen „erheblichen Zugewinn an sozialen Beziehungen und dauerhaften Freundschaften“. Solche neu-gewonnenen Netzwerke können ihrerseits als Ressource interpretiert werden (vgl. auch Palloks, 2013, 74).

Auch gibt es Indikatoren dafür, dass die Einbindung in psychiatrische Settings in besonderer Weise geeignet ist, berufliche Funktionsfähigkeit zu stabilisieren. Die verbesserte Funktionsfähigkeit der Peers zeigt sich in der Untersuchungsgruppe von Moran im Vergleich zu vorherigen Arbeitsverhältnissen (Moran 2011, 310). Zu einer vergleichbaren Bewertung kommen Simpson et al. 2014.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Mowbray, 1998 und Repper et al., 2011. Der strukturierende Charakter der Arbeit von Peers, deren Möglichkeit, offen über Schwierigkeiten zu sprechen, sowie die Begleitung und Supervision von Peers werden als Nutzen und Vorteile gesehen.

7. Einige Peers verfolgen im Laufe ihrer Tätigkeit als Peers parallel weitere Fortbildungsprogramme in verwandten Berufsfeldern, wie beispielsweise in der Drogenberatung oder der Sozialen Arbeit. Sie fühlen sich durch ihre Peer-Ausbildung und die Arbeit als Peers ermutigt, weitere Berufs- und Bildungsziele erfolgreich verfolgen zu können (vgl. Moran 2011, 311).

6.5. Rahmenbedingungen für die Arbeit der Peers

Diese Rahmenbedingungen werden in vier Kategorien dargestellt.

Unterstützende Voraussetzungen

In den Einrichtungen bzw. in den Teams sollte nach Moran et al., 2011, 312 eine Arbeitskultur mit Recovery-Orientierung gegeben sein. Dies meint u.a., dass die Einrichtungen sich gegenüber den Interessen und Möglichkeiten der Peers flexibel verhalten. Der „persönliche Kontakt und die Beziehung“ (Hiller 2011, 25) sind hervorzuheben.

Vorbereitung des Teams

Franke et al. 2010 entwickelten ein drei-Stufen-Modell. Auf der ersten Stufe bereiten sich die Teams auf die Integration von Peers vor. Die zweite Stufe bezieht sich auf die angemessene und individuelle Einarbeitung. Auf der dritten Stufe geht es um längerfristige Unterstützungsmaßnahmen für Peers mit dem Ziel einer guten Integration ins Team. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, Klienten, Einrichtungsleiter und Mitarbeiter über die speziellen Belange der Peers aufzuklären (Kemp et al., 2012).

Solche strategischen Veränderungen innerhalb der Binnenstruktur von Einrichtungen sind dann am erfolgreichsten, wenn „weiche Veränderungen auf der Ebene der Organisationskultur mit harten Veränderungen auf der Ebene der Organisationsstruktur einhergehen“ (Rose 2003, 1331, zit. n. Palloks 2013). Solche Veränderungen werden vor allem dann wirksam, wenn sie von einer überzeugenden Stellungnahme der Einrichtungsleitung begleitet werden (Heckermann 2014, zit. n. Jahnke 2014).

Einarbeitungsphase der Peers

Eine erfolgreiche Einarbeitung der Peers ist eine Führungsaufgabe. Sie besteht darin, eine Atmosphäre, getragen von Loyalität und Vertrauen herzustellen, Informationen und Kenntnisse über die Organisation zu sammeln, die Rolle und das Aufgabenprofil des Peers zu definieren, Spezialwissen zu vermitteln, eine angemessene und ausreichende Begleitung zu gewährleisten und den Kontakt zu einer Bezugsperson herzustellen (vgl. Palloks 2014, 22ff). Als Vorbereitung für die Beschäftigung eines Peers sei neben einem "gründlichen Kennenlernprozess" (Hiller 2011, 53) und "ausführliche[n] Informations- und Austauschmöglichkeit[en] für das Team" (ebd., 53) die "Aufgaben- und Rollenfindung" ausschlaggebend (vgl. Hiller 2011, 53).

Negativ formuliert wird in drei Studien auf folgenden Sachverhalt hingewiesen: Ein Mangel an Rollenklarheit, fehlendes Wissen über die Auftragsstruktur und unzureichende Arbeitsplatzstrategien zur Integration von Peers führen zu erheblichen Hindernissen. Dadurch werden auch die spezifischen Fähigkeiten der Peers untergraben (vgl. Gates et al. 2007, Moll et al. 2009, Gillard et al. 2013, zit. n. Mahlke 2014, 279).

Wird die Arbeitsweise der Peers zu stark formalisiert und die Peer-Rolle unflexibel strukturiert, kann die Peer-Rolle ihren besonderen Charakter verlieren (Mahlke 2014, 280).

Supervision und Ansprechpartner

Zur Stärkung der Position der Peers sind Supervision, Intervision sowie ausreichend Ressourcen und ein konstanter Ansprechpartner von Bedeutung (vgl. Basset et al., 2010, 19).

Schon- und Schutzhaltung

Es existiert eine Diskrepanz zwischen der geforderten "Schon – und Schutzhaltung" (Schulz et al. 2014, S. 26) gegenüber Peers, welche auf "Nachsicht und Unterstützung" und dem gleichzeitigen Anspruch auf Gleichbehandlung zwischen Peers und den professionellen Mitarbeitern beruht (Palloks 2013, S. 36). Gleichzeitig wird ein Anspruch auf Gleichbehandlung zwischen Peers und den professionellen Mitarbeitern reklamiert. "[...] Probleme gibt es vor allem, wenn Peers erwarten, als Kollegen anerkannt zu werden, gleichzeitig aber Nachsicht einfordern oder mitbetreut werden wollen." (Nussbaumer 2009, S. 221). Diese Diskrepanz wird in der Studie von Moran et al., 2011 ausformuliert. Die Autoren zeigen, dass die Arbeitsumgebung vor allem dann unterstützend auf den Recovery-Prozess wirkt, wenn die Peers in schwierigen, krankheitsbedingten Zeiten Unterstützung erfahren.

6.6. Wie kann eine Stellenbeschreibung für Genesungsbegleiter gestaltet sein?

Es ist nicht einfach, über Stellen- und Funktionsbeschreibungen eine strukturierte bzw. flexible Festlegung des Arbeitsfelds zu erreichen. Jahnke,

2014, 101 zitiert einen EX-IN-Projektleiter der Caritas. "Leider kann ich keine so klare Position vertreten [...]. Ich bin hin- und hergerissen. Ich sperre mich innerlich gegen das ständige Aushandeln von Einzelfällen, andererseits halte ich eine flächendeckende tarifliche Festlegung auf einem möglichst niedrigen Niveau auch nicht für vertretbar." (siehe Jahnke 2014, 101).

Andere Akteure, wie zum Beispiel Sielaff, zit. n. Jahnke 2014, 22, reklamieren ein eigenständiges Berufsfeld für Peers und schlagen vor, einen Kompromiss zwischen dem Berufsfeld und der individuellen Eignung des GB zu finden. "Erst kommt der Mensch! Und wenn der zu unserem Unternehmen passt, dann finden wir gemeinsam mit ihm eine geeignete Tätigkeit." (Jahnke 2014, 55).

Solch vergleichbar vage Statements veranschaulichen unseres Erachtens nach die Schwierigkeiten der Erschließung und Erarbeitung eines Berufsfelds in dem oben geschilderten Zwiespalt.

6.7. Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung

In Kürze erscheint eine Übersichtsarbeit zur Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit seit 2010. Wegen ihrer Aktualität haben wir die folgende Übersicht aus dem Artikel von Mahlke et al., 2015 übernommen. Die hier referierten Ergebnisse empirischer Untersuchungen entsprechen den Befunden in unserer Literaturanalyse.

Publikation	Methode	Zeitraum/Studien	Ergebnisse summarisch; Evidenzlevel, Empfehlungen
Repper & Carter 2011	Inklusive Literatur-Review	1995 bis 2010 20 Studien; qualitative und quantitative Methoden	Positive Effekte für Nutzer: reduzierte Hospitalisierung, größere Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Effekte für Peers: Recovery, Selbstbewusstsein, soziale Netzwerke, mehr Arbeitsmöglichkeiten, Stigmatisierung/Diskriminierung durch andere Mitarbeiter Keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Doughty & Tse 2011	Inklusive Literatur-Review, NHMRC-System	1980 bis 2008 27 Studien: 17 RCT, drei quasi randomisierte und sieben Vergleichsstudien	Positive Effekte für Nutzer: höhere Behandlungszufriedenheit, höhere Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Artizipative Forschung: Peers als Rater oder Interviewer erhielten häufiger auch negative und kritische Antworten Keine negativen Effekte Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Walker & Bryant 2013	Literatur-Review mit Metasynthese	1990 bis 2010 20 qualitative Studien (z.B. Interviews Fokusgruppen)	Positive Effekte für Nutzer: Rollenvorbilder, stärkere Hoffnung, Motivation, größeres soziales Netzwerk, bessere, schnellere, vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu Peers; Effekte für Peers: höhere Zufriedenheit, Recovery, Selbstbewusstsein, Wohlbefinden, soziale Netzwerke; niedrige Bezahlung und Stigmatisierung/Diskriminierung Effekte für andere Mitarbeiter: mehr Empathie und Recovery-Orientierung, Konkurrenzängste Keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Rolle, Training und Supervision
Pitt et al. 2013	Systematisches Review mit Metaanalyse: Cochrane Collaboration; CONSORT	1979 bis 2011 11 RCT (n = 2 796)	Positive, signifikante Effekte für Nutzer: weniger Notaufnahmen; mehr gedeckte Bedürfnisse Keine negativen Effekte für Nutzer; Niedrig-moderate Evidenz Empfehlung der gründlichen Vorbereitung bei Implementierung von Peer-Arbeit
Mahlke et al. 2014	Narratives Review der aktuellen Literatur	2012 bis 2013	Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Peer spezifischer Rolle, Ausbildung und Vorbereitung in Institutionen. Da keine negativen Effekte unbedingt empfohlen zur stärkeren Recovery-Orientierung, Zwangsreduktion und entgegen Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung Keine negativen Effekte für Nutzer
Lloyd Evans et al. 2014	Systematisches Review mit Metaanalyse, Evidenzlevel nach GRADE	Beginn bis 2013 18 RCT (n = 5 597)	Positive, signifikante, Effekte: weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, Lebensqualität, größere Hoffnung, Empowerment und Recovery Keine negativen Effekte für Nutzer; Niedrige Evidenz; Nicht ausreichend für Empfehlung
Chinman et al. 2014	Literatur-Review, drei Evidenzlevel nach AEB	1995 bis 2012 Elf RCT, sechs quasi-experimentelle, drei Korrelationsstudien	Positive, inkonsistente Effekte: höhere Adhärenz, weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, stärkere Aktivierung, höheres soziales Funktionsniveau, größere Hoffnung, Selbstbestimmung und Recovery Keine negativen Effekte für Nutzer; Moderate Evidenz; Empfehlung von Peer-Arbeit und Kostendeckung

7. Ergebnisse der zweiten Interviewserie⁶

Es war zunächst beabsichtigt, die Ergebnisse der beiden Interviewserien (2013 und 2014) zu vergleichen. Auf diesen Vergleich konnte verzichtet werden, denn die Ergebnisse beider Interviewserien sind vergleichbar. Die zweite Interviewserie liest sich über weite Strecken hinweg wie eine Fortsetzungsgeschichte der ersten Serie. Ihr konnten auch nur sehr wenige neue Kategorien entnommen werden.

Vor dem Hintergrund der Literaturanalyse wird dieser Sachverhalt dahingehend bewertet, dass die zentralen Sachverhalte und Prozesse zur Arbeit der GB sowohl in der Fachliteratur, als auch in den beiden Interviewserien eine hohe Konsistenz aufweisen. Deswegen erwarten wir, dass auch eine weitere Interviewserie z.B. nach weiteren 12 Monaten zu ähnlichen Ergebnissen führen dürfte.

Andere Ergebnisse sind unseres Erachtens zu erwarten, wenn zukünftig GB auch in Einrichtungen arbeiten, die ihnen skeptisch bis kritisch gegenüberstehen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass auch ein Jahr nach Projektbeginn die GB weiterhin hohe Akzeptanz erfahren und das Modellprojekt insgesamt als erfolgreich zu bewerten ist.

Hinweis

Im Folgenden werden Abkürzungen verwendet. IP steht für den Begriff Interviewpartner. Nähere Bezeichnungen der IP-Gruppen, bestehend aus professionellen Mitarbeitern, Genesungsbegleitern und Klienten, werden durch die Kennzeichnung IPp, IPg und IPk vorgenommen. Die IP wurden in der Interviewführung durch Buchstaben in alphabetischer Reihenfolge gekennzeichnet. Die Zitation im Text zeigt somit die IP-Gruppe als auch das explizite Interview (Bsp. IPp_a).

7.1. Was verändert sich in der Praxis durch den Einsatz von Genesungsbegleiter?

Die Mitarbeiter, GB und Klienten der beteiligten Projekteinrichtungen wurden in verschiedener Hinsicht befragt. Die hierfür verwendeten Gesprächsleitfäden sind im Anhang des Berichts dargestellt. Uns interessierte vor allem, welche durch den Einsatz von GB bewirkten konkreten Veränderungen benannt wurden. Im Einzelnen ergeben sich folgende Befunde:

Nutzerorientierung

In zahlreichen Interviews kommt zum Ausdruck, dass aus Sicht der Mitarbeiter der beteiligten Projekteinrichtungen die Mitwirkung der GB eine entlastende Funktion hat. Die GB bieten Dienstleistungen an, die in den Routinen der Einrichtungen nicht vorgesehen waren. Informelle Treffen und Ausflüge sind

⁶ Für diesen Abschnitt sind Wiebke Noltkämper und Lisa Reisch verantwortlich.

Beispiele für solche zusätzlichen Angebote. Vor allem aber ist zu vermuten, dass die Klienten der Projekteinrichtungen im Kontakt mit den GB motiviert sind, angemessenere und geschicktere Bewältigungsmechanismen für ihre Probleme zu entwickeln.

Die Mittlerfunktion (zwischen Psychiatrie-Erfahrung und professioneller Dienstleistung) der GB wird sowohl von den Klienten (Nutzer) als auch von den Mitarbeitern der Einrichtungen, sowie den GB selbst hervorgehoben.

Als gewissermaßen freie, von den formalisierten Routinen unabhängige Mitarbeiter können die GB vergleichsweise bedürfnisorientiertere Angebote entwickeln. Diese werden aus der Perspektive der Mitarbeiter primär als Entlastung und Ergänzung ihrer Angebote verstanden.

Entlastung und Ergänzung

Die Mitarbeiter sehen in der Arbeit der GB eine Entlastung und einen Ausgleich im Verhältnis zu ihren eher systematisierten Angeboten und Dienstleistungen. In diesem Kontext werden häufig Freizeitaktivitäten genannt.

Zu den entlastenden und ergänzenden Funktionen sind auch die „praktischen Tipps“ zu zählen, die die GB in Beratungsgesprächen „auf Augenhöhe“ geben.

Solche Gespräche haben bisweilen einen intimeren Charakter; es gibt offensichtlich Klienten, die mit den GB über Themen sprechen, die aus Schamgefühl im Gespräch mit den Mitarbeitern vermieden werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auch aus der Perspektive der Ergänzung und Entlastung den GB ein Vertrauensvorsprung zuzurechnen ist. Sie haben eine Brückenfunktion in der Beziehung zwischen den hauptamtlichen Mitarbeitern und den Klienten. Wir werden auf diesen Gedankengang später zurückkommen.

„Der GB ist nicht nur durch die Zuwendung eine Bereicherung für die Klienten. Er kommt ihnen auch durch sein besonderes Erfahrungswissen um eine psychische Erkrankung zugute.“ (IPp_i)

Exkurs: Erfahrungswissen

In der Ausbildung zum GB werden die Begriffe „Ich-Wissen“, „Wir-Wissen“ und „Erfahrungswissen“ verwendet. „Ich-Wissen“ entsteht aufgrund der persönlichen Erfahrung mit der eigenen Krankheit und dem eigenen Recovery-Prozess (siehe hierzu unten, Exkurs Recovery). „Wir-Wissen“ entsteht in der gemeinsamen Auseinandersetzung der Kursteilnehmer mit ihren persönlichen Erfahrungen. Diese Auseinandersetzungen sollen zu einem tieferen Verständnis und kollektivem Wissen der Gruppe zu psychischen Erkrankungen und Recovery führen. Dieses kollektive Erfahrungswissen (manchmal auch reflektiertes „Wir-Wissen“ genannt) ist Handlungsgrundlage der Arbeit als GB.

Wir können den Stellenwert der persönlichen Erfahrungen der GB (also ihr Erfahrungswissen) auf der Grundlage der Interviews nicht beurteilen. In der Literaturanalyse zeigt sich ein mehr oder minder einheitliches Bild. Zwar ist es methodisch schwierig, persönliche Erfahrungen so zu operationalisieren, dass diese einer weiteren Analyse zugänglich sind. Hervorzuheben ist aber, dass vergleichbare Erfahrungen (GB und Klienten) Kommunikation und Verständnis erleichtern können (siehe hierzu auch 6.1.).

Zu den Beziehungen von Mitarbeitern und Genesungsbegleiter – „Betroffenenperspektive“

Die teilweisen intensiven Gespräche zwischen GB und Mitarbeitern werden in zahlreichen Interviews als Lernfeld beschrieben. Im Mittelpunkt solcher Gespräche (zum Beispiel bei Teamsitzungen) steht die so genannte „Betroffenenperspektive“. Hierunter ist ein zusätzliches Verständnis- und Bewertungsschema zu verstehen. „EX-IN ist ein kleiner Strom, der zu einem großen hinzufließt, um ihn vielfältiger zu machen. Nicht mehr und nicht weniger“ (Wagenbrenner, zit. n. Jahnke 2014, S. 92).

„Durch den GB können die Mitarbeiter Situationen der Hilflosigkeit und Not aus der Betroffenenperspektive erfahren. Das ist für einige Mitarbeiter von großer Bedeutung.“ (IPp_i)

„Es findet ein reger Austausch zwischen dem GB und den Mitarbeitern in Bezug auf ihr unterschiedliches berufliches und persönliches Erfahrungswissen statt. Es lernt jeder vom Anderen.“ (IPg_o)

Genesungsbegleiter zwischen den Klienten und den Mitarbeitern

Einige GB verstehen sich als wechselseitige „Vermittler“ und „Dolmetscher“ zwischen Klienten und Mitarbeitern der Einrichtungen.

„Der GB wird von den Mitarbeitern oft als eine Art Dolmetscher aufgesucht.“ (IPg_o)

Diese Funktion hat einen uneinheitlichen Stellenwert; ein GB lehnt diese Funktion kategorisch ab. Er vermittele nicht zwischen Klienten und Mitarbeitern.

Selbstreflexion der Mitarbeiter

Exkurs: Haltung und Grundhaltung

In der Sozialpsychiatrie werden die Begriffe „Haltung“ bzw. „Grundhaltung“ häufig verwendet. Damit ist in etwa die Abkehr von einem symptom-orientierten Zugang zu Klienten gemeint. Häufig wird versucht, „Haltung“ mit Begriffen wie Achtsamkeit, Respekt, Wertschätzung und Ressourcenorientierung verständlicher zu machen.

„Durch den Einsatz von GB konnten die Mitarbeiter ihre eigene Haltung im Umgang mit Klienten reflektieren. Deswegen begegnen sie ihnen nun bewusster auf einer Augenhöhe und trauen ihnen mehr zu.“ (IPp_m)

Nach den Beobachtungen von Amering, 2009 gelingt es den GB vergleichsweise leicht, die Anliegen von Klienten explizit und anschaulich zu formulieren. Von solchen Fähigkeiten können die Mitarbeiter profitieren (vgl. 6.3.).

Die Möglichkeiten zur Ausformulierung des „Innenlebens“ der Klienten durch die GB kann Wahrnehmung und Reflektion der Mitarbeiter sensibilisieren und ihre Haltung bedürfnisorientierter gestalten. Ob und inwieweit solche Effekte dauerhaft sind oder ob sie etwa nur in Anwesenheit eines GB auftreten, können wir nicht beurteilen.

Genesungsbegleiter und Klienten

In einer teilweise idealisierenden Sprache formulieren einige Mitarbeiter ihre Erfahrungen mit Klienten, zu denen sie überhaupt keinen Zugang finden. Sie formulieren auch Erfahrungen mit Klienten, wo die Kontaktaufnahme missverständlich verlief oder sogar unmöglich war. In solchen Situationen, etwa mit isolierten, sehr einsam lebenden Klienten, können die Gespräche mit GB Voraussetzung für einen Recovery-Prozess sein.

Exkurs: Recovery

In allgemeiner Form ist unter „Recovery“ Wiedergesundung zu verstehen. Mit anderen Worten: Recovery ist Anspruch, Ziel bzw. ein Prozess, der es ermöglichen soll, auch mit erheblichen psychischen Problemen ein gutes Leben führen zu können. Recovery stellt so etwas wie die Abkehr von Behandlungskonzepten dar.

Unter dem Dachbegriff Recovery wurden vor allem im letzten Jahrzehnt verschiedene Modelle, Handbücher und Leitlinien entwickelt. In diesem Panorama sind zwei Eckpunkte zu erkennen. In einer christlichen Tradition haben einige US-Staaten explizit christliche Begriffe wie Hoffnung, Heilung und Genesung (=Recovery) in den Mittelpunkt ihrer Psychiatrie-Politik gestellt. Aus einer eher sozialstaatlichen Perspektive wurde im Vereinigten Königreich (UK) der gesamte Gesundheitssektor nach Recovery-Prinzipien neu formuliert. Ziel dieser Umstrukturierung ist, Klienten in eine Position zu versetzen, Verantwortung für sich selbst (stärker als zuvor) zu übernehmen. Ziel ist auch, Klienten bei Entscheidungsfindungen zu unterstützen.

„Der Kontakt zum GB war für den Klienten und seinen persönlichen Recovery-Prozess hilfreich. Für den Klienten war es nach langer Isolation möglich, Kontakt zu einem GB aufzunehmen, weil dieser an seiner Innenansicht interessiert war.“ (IPp_a)

Da, wie gesagt, die Kontakte zwischen GB und Klienten auf „gleicher Augenhöhe“ gedacht sind und auf gemeinsamen oder ähnlichen Erfahrungen basieren, entwickeln sich nicht selten Freundschaften. Manche GB bieten den Klienten auch freundschaftliche Kontakte an.

Beziehungsgestaltung

Einige GB legen Wert auf methodisches Vorgehen, andere handeln im Umgang mit den Klienten eher intuitiv. Unabhängig von diesem Unterschied ist die Arbeitsweise der GB im Modellprojekt von einer positiven Grundhaltung geprägt.

„Der GB ist sehr ruhig und sanft im Kontakt mit den Klienten, was diesen sehr gut tut.“ (IPp_e)

„Die Klienten scheinen die wertschätzende Haltung des GB positiv wahrzunehmen und suchen den Kontakt zu ihm.“ (IPp_e)

Solche positiven Eigenschaften und Umgangsformen prägen aber auch die Haltung vieler Mitarbeiter. Dies kann dazu führen, dass Klienten sich ihre Ansprechpartner nach Sympathie aussuchen, soweit dies möglich ist.

„Der Klient hat keinen besonderen Zugang zum GB. Er wählt einen Ansprechpartner nach Sympathie, egal ob GB oder Mitarbeiter.“ (IPg_o)

Zunehmende Sicherheit

Im Vergleich zu den im Zwischenbericht dargestellten Befunden erscheint die Tätigkeit der GB ein Jahr später strukturierter. In vielen Interviews kommt zum Ausdruck, dass die GB selbstsicherer und zielorientierter auftreten können.

„Der GB lernte in Reflexionsgesprächen von den Mitarbeitern seine Selbstzweifel zu beseitigen, in bestimmten Situationen den Blick von sich zu nehmen und geduldiger im Umgang mit Menschen zu sein.“ (IPg_k)

7.2. Qualifikation der Genesungsbegleiter

Wie gesagt, haben alle im Modellprojekt beschäftigten GB die EX-IN-Ausbildung absolviert. Die meisten GB kennen sich aufgrund ihrer gemeinsamen Ausbildung im ersten Ausbildungskurs. Man kann also vermuten, dass die GB über einen in etwa einheitlichen Qualifikationsstandard verfügen. Außerdem verfügen alle GB aus der Zeit vor ihrer psychischen Erkrankung über verschiedene Ausbildungen und Qualifikationen.

Rollenverständnis und Rollenunklarheiten

Einvernehmlich äußern sich Mitarbeiter und GB, dass es für die GB ein längerer, aber wichtiger Prozess ist, ihre Positionierung und Aufgaben in der jeweiligen Einrichtung zu finden. In der Periode der Einarbeitung sind verschiedene Absprachen zu treffen.

„Das Rollenverständnis des GB ist noch unklar. Für Beratungsgespräche bedarf es daher einer Formulierung, in welcher Funktion sich der GB vorstellt.“ (IPp_e)

Für die GB gab es zu Beginn ihrer Tätigkeit einige Unklarheiten zu der Frage, „was sie hier machen können“. Treten sie gegenüber dem Klienten als ein Vertreter der Einrichtung oder als quasi unabhängiger Berater auf? Können sie sich mit dem Leitbild der Einrichtung identifizieren? Wie soll man mit der

Psychopharmaka-Frage umgehen, wenn ein GB hierzu eine sehr andere (kritische) Einstellung als ein Mitarbeiter hat?

„Es gab Schwierigkeiten, den Standpunkt des GB bspw. zur Notwendigkeit von Psychopharmaka mit dem Leitbild der Einrichtung zu vereinen. Hierzu waren Gespräche zwischen dem Anleiter und dem GB notwendig, um eine Art der Repräsentation zu finden, mit denen beide zufrieden sind.“ (IPp_r)

Entsprechende Fragen sind nicht einfach zu beantworten. Im Ergebnis glaubt zum Beispiel noch heute ein GB, von Klienten und teilweise auch von Mitarbeitern eher als ein weiterer Klient, als ein GB wahrgenommen zu werden.

„Es besteht die Gefahr, dass die Mitarbeiter den GB nicht als Kollegen, sondern als weiteren Klienten wahrnehmen, um den sie sich auch noch kümmern müssen.“ (IPp_g)

Professionalität – eigene Berufsgruppe?

Analog zu den heterogenen Befunden in der Literatur treten Fragen zum Rollenverständnis in den Hintergrund. Stattdessen wird die professionelle Arbeit der GB betont. Im Modellprojekt wird die Arbeit der GB zumeist als professionelle Arbeit wahrgenommen. Ihnen fehlt es aus der Sicht der Klienten und vieler GB weder an Kompetenz noch an Professionalität.

„Dem Klient hat es bei dem GB nicht an Kompetenz oder Professionalität gefehlt.“ (IPk_c)

„Ob Mitarbeiter oder nicht war für Klienten nicht entscheidend. Er hat gemerkt, dass ihm die Stunden gut tun und die Hilfe praxisnah ist.“ (IPk_c)

Einige GB argumentieren, die GB sollen bzw. werden sich in Richtung einer eigenständigen Berufsgruppe entwickeln.

„GB sind keine schlechten Sozialpädagogen, sondern stehen für eine eigenständige Berufsgruppe.“ (IPg_d)

Zu dieser (unseres Erachtens wichtigen Frage) gibt es einige interessante Beobachtungen. Gegenüber der Vorstellung, dass Genesungsbegleitung eine eigene Berufsgruppe darstellt, hat sich eine Gegenposition entwickelt. Sie geht davon aus, dass Genesungsbegleitung eine individualisierte Tätigkeit darstellt, die schwerlich verallgemeinerbar ist.

Es ist für die Zukunft zu empfehlen solchen Fragen zur Kompetenz und den Aufgaben von GB kritischer nachzugehen, als dies im Rahmen unserer beiden Interviewserien möglich war.

Krankheits- und Genesungsgeschichte der Genesungsbegleiter

Der Stellenwert der Krankheits- und Genesungsgeschichte der GB wird von unseren Interviewpartnern undeutlich formuliert. Es ist davon auszugehen, dass diese Geschichte für viele Psychiatrie-Erfahrene eine persönliche Geschichte bleibt. Diese ist aber auch als soziales Kapital der GB zu verstehen, mit dessen

Hilfe sie überhaupt erst die Chance erhalten haben, in den Modelleinrichtungen mitarbeiten zu können. Voraussetzung hierfür ist, dass die GB gelernt haben, ihre Krankheits- und Genesungsgeschichte kommunizieren zu können. Die interviewten Klienten bewerten die Kommunikation über die Krankheits- und Genesungsgeschichte der GB unterschiedlich. Für einige Klienten ist der persönliche Hintergrund der GB wichtig, für andere nicht.

Allen GB ist bewusst, dass im Kontext von EX-IN keine Selbstdarstellungen inszeniert werden sollten. Die persönliche Geschichte der GB sollte auch nicht in den Mittelpunkt der Gespräche mit Klienten gerückt werden. Die GB sollten auch nicht mehr von sich preisgeben, als es ihnen selbst gut tut. Schließlich sollten die GB ihre persönlichen Geschichten (oder die Geschichten anderer GB) nur dann in ein Klientengespräch einbringen, wenn dies situativ angemessen erscheint.

„Der GB nimmt sich und die eigene Geschichte zurück. Er bringt sie nur dann ein, wenn er tatsächlich nach der eigenen Erfahrung gefragt wird. Das ist meist der Fall, wenn sich die Klienten für die EX-IN-Ausbildung interessieren.“ (IPg_h)

Belastbarkeit

In der Literatur wurde die Diskrepanz zwischen einer geforderten Schutzhaltung, die auf Nachsicht beruht, und einer geforderten Gleichbehandlung zwischen GB und Mitarbeitern herausgearbeitet (siehe 6.5., Abschnitt Schon- und Schutzhaltung). In dieser Spanne zwischen Schutzhaltung und Gleichbehandlung argumentieren auch unsere Interviewpartner.

Einige Mitarbeiter äußern, dass die GB mit ihrer Tätigkeit nicht überfordert sind. Auch sind sie mit der ihnen übertragenen Verantwortung zufrieden. Andere GB wünschen sich mehr Verantwortung. Einige Mitarbeiter vermuten, dass die GB überfordert sind, dass ihre Belastbarkeitsgrenze überschritten wurde. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass die GB weniger belastbar als die Mitarbeiter sind. Überraschenderweise werden zum Teil auch administrative Aufgaben als Überforderung wahrgenommen.

„Es war oft zu viel Verantwortung für den GB, und dabei geht es nicht um den Umgang mit den Klienten, sondern um die Überforderung mit der alltäglichen Bewältigung der Arbeit.“ (IPp_e)

„Die GB sind aufgrund ihrer Erkrankung wenig belastbar. Sie sind bereits einmal erkrankt und haben eine Anfälligkeit gezeigt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Arbeit mit psychisch kranken Menschen auch für stabile und erfahrene Mitarbeiter seelisch belastend ist.“ (IPp_i)

Soweit die Mitarbeiter die GB vor Überforderung zu schützen haben, ist die erwartete Gleichbehandlung (GB und Mitarbeiter) in Frage gestellt.

„Das Team kann bis zu einem gewissen Maße mittragen, wenn einer der Kollegen kurzzeitig weniger belastbar ist. Aber es kann nicht auf die ständig geringe Belastbarkeit eines Kollegen Rücksicht nehmen.“ (IPp_g)

7.3. Nähe und Distanz

Exkurs: Abgrenzung / Abgrenzungsfähigkeit

Man unterscheidet zwischen einer Sach- bzw. inhaltlichen Ebene und einer Beziehungsebene im Kontext professioneller Arbeit mit Klienten. Die Beziehungsebene ist von bewussten und unbewussten Motiven und Intentionen durchsetzt. Zu viel Nähe (Durchlässigkeit), aber auch zu viel Distanz (Abgrenzung) kann auf der Beziehungsebene zu Problemen führen. Die Beziehungsebene ist immer auch durch ein Machtgefälle geprägt. Mitgefühl ist Voraussetzung für eine tragfähige Beziehung. Mitleid kann sich für beide Seiten als problematisch erweisen. In dieser Hinsicht ist Abgrenzungsfähigkeit eine wichtige Voraussetzung.

Dieser Balance-Akt zwischen Nähe und Distanz stellt nicht nur für die Mitarbeiter eine Herausforderung dar. Deswegen haben wir unsere Interviewpartner befragt, wie die GB im ersten Jahr des Modellprojekts damit umgehen. Denn, von außen her betrachtet, könnte es doch sein, dass die GB überfordert sind und zum Beispiel aufgrund ähnlicher Erfahrungen alte Wunden aufgerissen werden.

Im Modellprojekt wurde dieser Balance-Akt von Anfang an für wichtig erachtet. Die GB haben offensichtlich in den meisten Einrichtungen die Möglichkeit, sich auch in belastenden Situationen an den entsprechenden Erfahrungen der Mitarbeiter orientieren.

*„Bezüglich der Abgrenzungsfähigkeit der GB scheint es keine Schwierigkeiten zu geben. Die GB standen im engen Austausch mit dem Team und konnten sich dort orientieren und Unterstützung bekommen.“
(IPp_g)*

Umgekehrt gilt aber auch: Aufgrund der Krankheits- und Genesungsgeschichte der GB ist zu vermuten, dass die GB spezielle Abgrenzungsmechanismen entwickelt haben, die ihrerseits für die Mitarbeiter von Interesse sind.

In einer besonderen Situation sind die GB, aber auch die Mitarbeiter in Langzeit-Einrichtungen (Tagesstätten und therapeutischen Wohngemeinschaften). In solchen dauerhaft angelegten Settings gestaltet sich sowohl der beschriebene Balance-Akt, als auch ein „respektvoller Umgang“ vergleichsweise schwierig.

*„Dem GB fällt es schwer, die nötige Distanz zu den Klienten zu schaffen. Von Beginn an bestand ein besonderes Vertrauen, weswegen die Klienten den GB duzten. Ihm gelingt es nicht, sich durchzusetzen und auf dem „Sie“ zu bestehen. Er muss immer wieder dazu angeleitet werden.“
(IPp_e)*

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Befunde hierzu widersprüchlich sind. Einmal werden freundschaftliche Verhältnisse, „gleiche Augenhöhe“, Verständnis und Nähe erwartet – und auf der anderen Seite Distanz auf der Beziehungsebene. Beide Erwartungen haben ihren eigenen Sinn und hinter ihnen stehen viele Erfahrungen. Wir vermuten, dass es noch einige Zeit dauern

wird, bis sich die entsprechenden Beziehungsverhältnisse dauerhaft und angemessen etablieren.

„Es bestand die Befürchtung, der GB könnte sich nicht genügend abgrenzen. Eine gute Abgrenzung wurde begünstigt dadurch, dass der GB im Vorfeld Praktika absolviert hat, dass durch die kurzen Kontakte keine engen Bindungen entstehen können und dass es zudem keine Akutpatienten sind, die sich in besonderer Not befinden.“ (IPg_d)

7.4. Recovery und Empowerment

Vor allem Recovery (siehe 7.1., Exkurs Recovery), aber auch Empowerment sind Schlüsselbegriffe innerhalb der EX-IN-Bewegung. Beide Begriffe stehen für die Vertiefung und Erweiterung von Klienten- Autonomie. Die dahinter stehenden Orientierungen wurden mittlerweile im Sozialrecht und der Sozialpolitik aufgegriffen (siehe zum Beispiel die Stichwörter Inklusion und Teilhabe). Auch die sozialpolitisch ermöglichten EX-IN-Projekte sind Ausdruck dieser Entwicklung. Ihre Tragweite ist zurzeit nicht abzusehen. Siehe dazu zum Ende dieses Berichts mehr.

Hinter dem Schlüsselbegriff Empowerment stehen verschiedene Überlegungen und entsprechende Konzepte. Grob gesagt lassen sie sich in lebensweltorientierte und personenzentrierte Konzepte einteilen. Autonomie, soziale Teilhabe und eigenbestimmte Lebensregie sind Schlagwörter aus der Rubrik Lebensweltorientierung, Selbstgestaltung, Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung sind Schlagwörter aus der personenzentrierten Rubrik.

Es ist auffallend, dass die entsprechenden Textpassagen in allen unseren Interviews personenzentriert angelegt sind. Dies muss kein Nachteil sein, ist aber sicherlich eine Einengung der Möglichkeiten, die das Berufsfeld für GB anbieten könnte.

Hoffnung

Hinter dem Sammelbegriff Hoffnung steht, unabhängig von religiösen Interpretationen, die Erwartung für eine bessere Zukunft. Hoffnung ist auf abstrakt-positive Weise emotional und handlungsanleitend besetzt. Vermutlich sind entsprechende Sinngebungen im professionellen Bereich in den Hintergrund gerückt. Dies würde erklären, warum für Psychiatrie-Erfahrene und GB sowohl in ihrer Literatur als auch in ihrer Praxis der Sammelbegriff Hoffnung einen hohen Stellenwert hat.

Wir sind der Auffassung, dass dieser Ansatz für Klienten, die sich aufgegeben haben, die demoralisiert sind und keine Perspektive mehr für sich sehen, zumindest im Kontext der Kontaktaufnahme sehr hilfreich sein kann. In unserer Literaturanalyse (siehe 6.1.) finden sich Beispiele dafür, dass GB (im tendenziellen Unterschied zu Mitarbeitern) in der Lage sind, Hoffnung zu verbreiten. Denn sie stehen ja gewissermaßen als personifizierte Erfahrung für ein besseres Leben nach einer psychischen Erkrankung.

„Durch die Erfahrung mit einer eigenen psychischen Erkrankung kann der GB ein Hoffnungsträger sein. Er kann vermitteln, dass eine psychische Erkrankung überwunden werden kann und eine Verbesserung mit der nötigen Geduld möglich ist.“ (IPg_b)

„Viele Klienten sehen und kennen den GB nur in seinem jetzigen stabilen Zustand und können sich ihn nur schwer vorstellen, dass er sich damals ebenfalls in einer psychischen Krise befand. Er gibt ihnen dadurch Hoffnung.“ (IPg_o)

Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien (Coping) tragen dazu bei, auch mit erheblichen psychischen Einschränkungen zurechtzukommen zu können. Ein überlegter und angemessener Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen ist das Ziel coping-orientierter Hilfe. Der GB kann mit den Klienten aus eigener Erfahrung Krisen reflektieren. Sie können gemeinsam praxisnahe Bewältigungsstrategien erarbeiten, um psychischen Stabilität zu erhalten.

„Oftmals waren es nur Kleinigkeiten, mit denen der GB dem Klienten helfen konnte, die sich jedoch als praktische Tipps für die Bewältigung des Alltags herausstellten.“ (IPk_c)

Selbstkonzepte der Genesungsbegleiter

Die Tätigkeit als GB in verschiedener Hinsicht eine positive, sinnstiftende Funktion. Es ist positiv zu bewerten, dass ein Jahr nach Beginn des Modellprojektes sowohl der Zusammenhalt zwischen den GB als auch deren Akzeptanz bei Klienten und Mitarbeitern stabil ist. Wir haben zahlreiche Beispiele dafür notiert, dass die GB in konstruktiver Weise immer wieder neue Lösungs- und Verbesserungsvorschläge für die Probleme entwickeln, die der berufliche Alltag mit sich bringt. Im Modellprojekt war sichtbar, dass die Tätigkeit den GB Freude bereitet und ihr Selbstwertgefühl verstärkt.

„Der GB erlebt, wie er selbst in seiner Tätigkeit zunehmend sicherer wird und die Arbeit genießen kann. Es ist viel Wert für ihn, gebraucht zu werden und sich einbringen zu können.“ (IPg_d)

„Für den GB persönlich ist EX-IN ein großer Erfolg. Er hat viel an Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein gewonnen, kann Ängste besser regulieren, hat nun eine geregelte Tagesstruktur und kann positiver in die Zukunft schauen.“ (IPg_d)

„Der GB hat durch seine Tätigkeit in der Einrichtung einen großen sozialen Gewinn erfahren. Trotz eigener Befürchtungen ist die Tätigkeit als GB wider der Erwartung sehr gut für sein psychisches Wohlbefinden.“ (IPg_o)

„Durch die Tätigkeit hat der GB an Selbstwert gewonnen. Durch die Anerkennung nimmt er sich nicht mehr nur als psychisch kranker Mensch wahr, sondern entdeckt andere Fähigkeiten an sich. Das Leben ist dadurch bunter geworden.“ (IPg_o)

An dieser Stelle ist zu erinnern, dass dem Modellprojekt im Wesentlichen zwei Fragestellungen zu Grunde liegen.

Ist es mit Hilfe des EX-IN-Ansatzes möglich, Psychiatrie-Erfahrenen stabile und für sie attraktive Beschäftigungsverhältnisse zu schaffen? Diese Fragestellung des Bezirks Oberbayern trat im Projektzeitraum in den Hintergrund. Dies vermutlich deswegen, weil das Modellprojekt schon von Beginn an zeigte, dass diese Frage positiv zu beantworten ist.

Hat die Tätigkeit der GB im psychiatrischen und psychosozialen System einen Nutzen für das Klientel? Diese Fragestellung trat im Projektzeitraum in den Vordergrund. In vielen Interviewpassagen zeigt sich, dass offen oder verdeckt die Effizienz und Effektivität der Leistungen der GB mit der Leistung der Mitarbeiter verglichen wurden. In solchen, sich wiederholenden Vergleichen wurde diese Frage positiv beantwortet.

7.5. Interne Prozesse in den Einrichtungen

Gute Zusammenarbeit

Im Projektzeitraum haben sich die Mitarbeiter und die GB verständigt. Sie haben einrichtungsspezifische Regeln und Absprachen zur Arbeit und Einbindung der GB entwickelt. Etwas pathetisch formuliert ein Mitarbeiter diesen wechselseitigen Anpassungs- und Gewöhnungsprozess wie folgt.

„Auf seine eigene Weise ist jeder Mitarbeiter durch den Austausch und den Kontakt zu dem GB ein Teil von EX-IN geworden.“ (IPp_m)

Vorbereitungen im Team

Die Mitarbeiter der Modelleinrichtungen haben sich intensiv auf die Integration der GB vorbereitet. Diese Investition war eine Voraussetzung für das Gelingen des Modellprojekts. Umgekehrt, dies zeigt unsere Literaturanalyse, ist das Risiko des Scheiterns hoch, wenn solche Vorbereitungen ausbleiben und die Einrichtungsleitung darauf setzt, dass sich Mitarbeiter und GB arrangieren (siehe hierzu auch den Abschnitt 6.5.).

„Die Mitarbeiter haben sich im Voraus mit der Position des GB im Team und den damit aufkommenden Fragen beschäftigt und auseinandergesetzt.“ (IPp_m)

„Ein offener Umgang im Team ist sehr wichtig, damit kein Konkurrenzdenken entsteht.“ (IPk_l)

Genesungsbegleiter als Belastung der Einrichtung

Wir haben Hinweise, wonach gerade in kleinen Einrichtungen der Aufwand zur Integration des GB in das Team relativ groß ist. Dies ist auch nicht verwunderlich, weil kleinere Teams weniger Möglichkeiten haben, auf Veränderungen routiniert zu reagieren. Siehe hierzu ein Zitat aus einem kleinen und aus einem großen Team:

„Der Einsatz des GB war eine zusätzliche Belastung für das kleine Team und wurde nicht als Ergänzung empfunden.“ (IPp_e)

„Durch den Einsatz des GB gab es keine Veränderungen im Team. Das Team ist ein großes, erfahrenes und gegenüber den psychiatrischen Belangen der Klienten sehr reflektiert und offen. Zudem arbeitet die GB noch nicht lange in diesem Team.“ (IPp_g)

Wir haben auch Hinweise aus der Literatur, wonach Einrichtungen mit einem „hohen Patientendurchsatz“ (zum Beispiel in der Akutpsychiatrie) Schwierigkeiten haben, GB für 4 bis 8 Stunden pro Woche tragfähig zu beschäftigen.

Genesungsbegleiter mit generellen Ansprüchen in arbeitsteilig organisierten Einrichtungen

In einigen Einrichtungen gab es zu Beginn des Projekts mehr Fragen als Antworten zur Organisation möglicher Angebote der GB. Diese Rollenunklarheit hat sich in einigen Einrichtungen auch noch in der zweiten Interviewserie, also ein Jahr nach Projektbeginn, niedergeschlagen. Hauptthema waren (und sind teilweise noch) Kompetenzen und Aufgabenbereiche. Es gab Meinungsverschiedenheiten zwischen den Mitarbeitern und den GB. Gleichwohl haben wir den Eindruck, dass solche Konflikte nicht im Vordergrund stehen.

Exkurs: Genesungsbegleiter als Berufsanfänger

In der Berufssoziologie geht man davon aus, dass die Einarbeitung neuer Mitarbeiter (soweit diese Berufsanfänger sind) einige Jahre dauert. In der Regel wird der Zeitraum mit zwischen drei bis fünf Jahren angegeben. Überträgt man diesen Befund auf die berufliche Situation der GB, kann die oben angesprochene Rollenunklarheit nicht verwundern. Sie ist im Gegenteil Ausdruck des Potentials, dessen Entfaltung im Einarbeitungsprozess zu verhandeln ist.

Ein wenig erinnert diese Situation an die von Berufsanfängern im psychiatrischen und sozialen Bereich. Sie haben in der Regel eine wenig bis überhaupt nicht spezialisierte Ausbildung durchlaufen. Learning by doing stellt sich ihnen als Berufsanfänger als wichtige Aufgabe.

„Es war nicht vorrangig der geringe Stundenumfang, der die Integration in das Team erschwerte, sondern in erster Linie die Rollenunklarheit. Die Rollenunklarheit ging zu Lasten des Teamfriedens und an die Belastungsgrenze des GB.“ (IPg_b)

Zusammenfassend kann gesagt werden: Wenn die Mehrheit der Mitarbeiter einer Einrichtung einen GB „haben wollen“, ist eine wesentliche Voraussetzung zur erfolgreichen Einbindung gegeben. Hierfür sprechen sowohl unsere Literaturanalyse als auch die Erfahrung unserer Interviewpartner.

7.6. Zur EX-IN-Ausbildung⁷

Aus der Perspektive der GB sind Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit der eignen Krankheits- und Genesungsgeschichte vorrangige Themen im Rahmen der EX-IN-Ausbildung. Auf den ersten Blick mag dies verwundern. Zu erinnern ist, dass die EX-IN-Ausbildung wie die eventuell spätere Tätigkeit als GB vor allem auch der Erhöhung von Stabilität, Selbstsicherheit und Arbeitsfähigkeit dienen.

„Durch den Besuch der Ausbildung unterscheidet sich der GB von anderen Psychiatrie-Erfahrenen. Er hat seine Erkrankung, deren Auswirkung und insbesondere die Genesung reflektiert.“ (IPk_q)

„Durch die Teilnahme an den einzelnen Modulen der EX-IN-Ausbildung verfügt der GB über ein hohes Maß an Selbstreflexion.“ (IPg_s)

Wie kann die Ausbildung verbessert werden?

Wir haben unsere Interviewpartner explizit zur Qualität der EX-IN-Ausbildung befragt. Die Ergebnisse sind uneindeutig und stehen für die GB nicht im Vordergrund ihrer Interessen. Verbesserungen werden in Hinsicht auf die praktische Ausbildung (diese sei zu kurz) und Profilbildung (die Ausbildung ist zu allgemein) vorgeschlagen. Weitere Nennungen beziehen sich auf den Wunsch nach Einrichtungslehre und Sozialrecht. Häufig kommen Überlegungen zum „beruflichen Weg“.

„Es sollte eine kurze Einheit dazu geben, wie sich die GB in ihrer Funktion vorstellen können. Mit der Zeit findet jeder einen eigenen Weg, aber das könnte besser vorbereitet werden.“ (IPg_h)

7.7. Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche aus der Sicht der Genesungsbegleiter

Wir fragten nach wichtigen Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen, um mögliche Profile für die Arbeit von GB formulieren zu können.

Einige GB sehen sich als Vermittler zwischen den Klienten und den Mitarbeitern. Hinter dieser Positionierung steht die sich wiederholende wie vage Vermutung, dass GB besser als Mitarbeiter die Bedürfnisse ihrer Klienten verstehen.

„Die GB sind Mentoren für die Klienten. Aufgrund des eigenen Erfahrungswissens über eine psychische Erkrankung können sie sowohl die Klientensicht als auch die professionelle Sicht als Teil des Teams verstehen und untereinander vermitteln.“ (IPg_h)

„Das Ziel der Stelle ist die Inklusion von Erfahrungswissen eines GB und die Erweiterung des Angebots der Einrichtung.“ (IPg_b)

Viele GB verstehen sich als Berater. Auch wollen sie an Teamsitzungen, Supervisionen, Klausurtagungen und Fallbesprechungen teilnehmen, um „die

⁷ Zur EX-IN-Ausbildung siehe das Kapitel „Ausbildung und Kurse“ auf der Homepage von EX-IN Deutschland: <http://www.ex-in.de/index.php/ausbildung-und-kurse.html>; Zugriff: 28.03.2015

Betroffenenperspektive“ einzubringen. Einige GB können sich auch vorstellen als Gruppenleiter zu arbeiten (Achtsamkeitsgruppe, Entspannungsgruppe, Betroffenen- und Angehörigengruppe, etc.). Weiter wird die Entwicklung neuer Projekte (Schreibwerkstatt, Beratungstelefon für Klienten, Elternabend etc.) oder das Angebot niedrigschwelliger Angebote (Spaziergänge, Koch- und Musikgruppen etc.) genannt. Darüber hinaus werden Vortrags- und Fortbildungstätigkeiten und Öffentlichkeitsarbeit erwähnt.

„Aufgabenschwerpunkte sind das Informieren der Klienten über das EX-IN-Angebot, die Einzelbetreuung evtl. in Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, die Teilnahme an Teamsitzungen und die Unterstützung der Leitung bei der Etablierung von EX-IN in der Einrichtung.“ (IPg_b)

Verschiedene Statements zur Berufspraxis von Genesungsbegleitern⁸

Wir haben gefragt für welche Tätigkeiten GB eher nicht in Frage kommen. Es werden Krisenintervention, kurze Informationsgespräche und administrative Tätigkeiten genannt.

„Informationsgespräche eignen sich wenig für den Einsatz eines GB, da die Klienten in kurzer Zeit Informationen erhalten wollen und keine Beziehung aufgebaut werden soll, in der die psychiatrischen Erfahrungen des GB hilfreich sein können.“ (IPp_e)

„Tätigkeiten, bei denen umfassendes Fachwissen nötig ist, wie beispielsweise die Beratung in sozialrechtlichen Fragen, sind weniger geeignet.“ (IPg_d)

„Für Krisen und Suizidalität können die GB nicht zuständig sein. Das muss die Verantwortung der HM und der Leitung bleiben.“ (IPg_h)

Kompetenzprofil der Genesungsbegleiter

Wir haben nach wünschenswerten Kompetenzprofilen gefragt, über die ein GB verfügen sollte. Es wurden folgende Stichwörter genannt:

Zuverlässigkeit, Engagement, Offenheit, Flexibilität, Reflexionsbereitschaft, Teamfähigkeit, Empathie sowie kommunikative und soziale Fertigkeiten.

„Offenheit dem Arbeitgeber gegenüber, ein authentisches Auftreten und die Lust, sich mit eigenen Angeboten in die Einrichtung einzubringen, sollten wichtige Voraussetzungen für die Tätigkeit als GB sein.“ (IPg_o)

„GB müssen freundlich sein und aktiv im Team arbeiten können. Sie müssen über Gesprächsführungskompetenzen verfügen und ihr Handeln reflektieren können.“ (IPg_d)

„Der GB muss vorrangig Offenheit mitbringen und über kommunikative und soziale Fertigkeiten verfügen. Aufgrund von Lebenserfahrung in unterschiedlichen Kontexten sollte ein Repertoire an Bewältigungsstrategien vorhanden sein.“ (IPp_i)

⁸ Zu erinnern ist, dass GB im Modellprojekt nur vier bis acht Stunden pro Woche arbeiten.

Angesichts der wenig ausdifferenzierten und übergreifenden Ansprüche an mögliche Arbeitsfelder haben sich vermutlich alle Einrichtungen des Modellprojekts geeinigt, Funktion und Tätigkeit der GB je nach individuellen Interessen in eine angemessene berufliche Passform zu verhandeln.

„Der Tätigkeitsbereich des GB ist nicht klar umrissen. Wo der GB am besten eingesetzt werden kann, musste ausprobiert werden und ist immer noch nicht abschließend geklärt.“ (IPp_e)

In der von uns analysierten Literatur werden hierzu zwei verschiedene Positionen formuliert. Eine Position besagt, dass man zu einer generellen Aufgaben- und Stellenbeschreibung für GB kommen solle. So ergibt sich Orientierungssicherheit für alle Beteiligten und man hat eine Grundlage zur Verberuflichung von GB geschaffen. Die Gegenposition spricht von individuellen Profilentwicklungsplänen für die GB. Diese Position scheint uns gegenwärtig angemessener. Mit der Zeit könne man einen genereller angelegten Orientierungsrahmen schaffen.

7.8. Arbeitsrechtliche Regelungen für Genesungsbegleiter

Um eine mögliche Vertragsgestaltung zu konzipieren, fragten wir nach der Arbeitszeit der GB, nach Rechten und Pflichten, nach Regelungen zur Schweigepflicht und nach jeweiliger Vertragsgestaltung und Vergütung.

Geringer Stundenumfang

Relativ häufig wurde berichtet, dass aufgrund der vergleichsweise geringen Anwesenheit die Einarbeitung der GB aufwendig ist.

„Weil der GB nur so wenige Stunden da ist, war die Einarbeitung sehr anstrengend und langwierig. Der Einsatzbereich des GB konnte lange nicht geklärt werden.“ (IPp_e)

„Die Arbeitszusammenhänge in einer großen Dienststelle sind sehr komplex, und da braucht es bei einem Stundenumfang von 6,5 Stunden sehr lange, bis man als GB den Überblick hat.“ (IPp_a)

Nicht nur in der Phase der Einarbeitung (zur Zeit der ersten Interviewserie, siehe Zwischenbericht), sondern auch im Zeitraum der zweiten Interviewserie wird die geringe Arbeitszeit von den meisten Interviewpartnern kritisiert. Nach wie vor gibt es Probleme mit dem Austausch der Informationen, die der GB benötigt.

„Aufgrund des geringen Stundenumfangs fehlt es dem GB besonders bei administrativen Tätigkeiten an Infos und Wissen, was er hätte, wenn er regelmäßig da wäre. So findet er schlecht Routine in den alltäglichen Aufgaben.“ (IPp_e)

Einige GB haben sich in den Interviews explizit für eine Stundenaufstockung ausgesprochen.

„Der GB würde gerne doppelt so viele Stunden in der Woche arbeiten. Aufzustocken wird jedoch schwierig, da die Stelle nicht weiter ausgebaut wird.“ (IPg_o)

Demgegenüber möchte ein GB den Stundenumfang nicht erweitern.

„Der GB ist mit seinem Stundenumfang zufrieden und hat das Angebot der Einrichtung, seine Stunden aufzustocken, aus persönlichen Gründen abgelehnt.“ (IPg_s)

Die Interviewpartner argumentieren mehrheitlich in Richtung eines deutlich höheren Arbeitskontingents. Demnach sind Arbeitszeiten von 8 Stunden pro Woche bis hin zu einer Vollzeitstelle denkbar und sinnvoll.

„Der GB empfand es als belastend, nach 3 Stunden wieder zu gehen. Es ist frustrierend, nicht länger bleiben zu können. Ideal wären 20 Stunden pro Woche, wenn die Beschränkungen, die sich aus dem Bezug von EU-Rente ergeben, nicht wären.“ (IPg_b)

„Aufgrund des geringen Stundenkontingents ist die Arbeitszeit nach der Teilnahme an einer Fachtagung schon aufgebraucht. Eine andere Lösung für die Vergütung ist wünschenswert.“ (IPg_b)

Arbeitszeitkontingente

Eine Möglichkeit wäre, Arbeitszeitkontingente entlang folgender Kriterien flexibel zu gestalten.

- Individuelle Lebensbedingungen und Belastbarkeit des GB
- Einkommensgrenzen, zum Beispiel aufgrund von Verrentung
- Einsatzmöglichkeit und Finanzierbarkeit in der Einrichtung

„Der Stundenumfang sollte sich danach richten, was sowohl für die GB als auch für das Team sinnvoll ist. Bei dem GB ist die Belastbarkeit zu berücksichtigen und in welchem Umfang er beispielsweise wegen einer Erwerbsunfähigkeitsrente arbeiten darf.“ (IPp_a)

„Die Stundenanzahl gehört individuell zwischen dem GB und den Mitarbeiter vereinbart. Die Stundenanzahl sollte nicht begrenzt sein. Jeder GB soll so viel arbeiten können, wie er sich zutraut.“ (IPg_k)

Rechte und Pflichten

Wir fragten nach den Rechten und Pflichten der GB. Fast alle Interviewpartner betrachteten es als selbstverständlich, den GB vergleichbare Rechte und Pflichten wie den Mitarbeitern zuzumessen. Diese sollten aber kontext- bzw. situationsangemessen formuliert werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die GB in der Regel nicht als Angestellte, sondern als Honorarkräfte arbeiten.

„Ein GB muss die gleichen Rechte und Pflichten haben wie die anderen Mitarbeiter. Ansonsten handelt es sich um Diskriminierung gegenüber dem GB.“ (IPg_k)

„Die Rechte und Pflichten des GB richten sich nach den individuellen Absprachen mit der Einrichtung. Nur mit entsprechenden Rechten und Zugriffen ist das Arbeiten für den GB sinnvoll.“ (IPg_b)

„Der GB hat die gleichen Rechte und Pflichten wie die HM. Im Unterschied zu den Mitarbeiter darf der GB allerdings keinen Dienst alleine übernehmen.“ (IPg_o)

Vertragsgestaltung und Vergütung

Die Interviewpartner bewerten die Wahlmöglichkeit zwischen einem festen Anstellungsverhältnis, einer geringfügigen Beschäftigung und einer Honorartätigkeit als sinnvoll. Hierbei soll die individuelle Lebenssituation des GB beachtet werden.

„Bei der Anstellung eines GB wird als sinnvoll erachtet, je nach seiner individuellen Lebenssituation die Möglichkeit zu haben, zwischen einem festen Anstellungsverhältnis und einer Honorartätigkeit zu wählen.“ (IPp_m)

7.9. Einarbeitung, Anleitung und Supervision⁹

Einarbeitungszeit

Die Einarbeitung eines GB kann viel Zeit und Unterstützung des Teams in Anspruch nehmen. Es geht in dieser Phase vor allem um die Teilnahme an Teamsitzungen, um den Austausch von Informationen über das Angebot der Einrichtung und bei Bedarf um die Vermittlung von PC- Kenntnissen.

„Die Einarbeitung des GB erforderte viel Zeit und viele Absprachen im Team. Zwischenzeitlich wurde die Verantwortung innerhalb des Teams weitergegeben, da es für einen Mitarbeiter alleine zu anstrengend wurde.“ (IPp_e)

„Die Einarbeitung des GB war angemessen. Es wird großen Wert auf den Informationsaustausch und Dialog gelegt, das heißt, der GB ist bei den Teamsitzungen mit dabei und ist über den Verlauf informiert.“ (IPg_h)

Die GB haben die Möglichkeit, vor Beginn ihrer Tätigkeit eine Woche lang in der Einrichtung zu hospitieren, um ihnen den Einstieg zu erleichtern.

Anleitung

Wie gesagt, haben alle Einrichtungen im Modellprojekt einen Anleiter nominiert, der als Ansprechpartner und Bezugsperson für den GB verantwortlich ist. Außerdem fungiert dieser als „Brücke zum Team“.

⁹ Simone Hiller arbeitet zurzeit an ihrer Masterarbeit „Vorbereitung und Personaleinführung von GB im psychiatrischen und psychosozialen Bereich“. Im Jahr 2011 veröffentlichte sie ihre Bachelorarbeit zur Erwartungshaltung gegenüber dem EX-IN-Projekt der Mitarbeiter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Diese Arbeit kann hier geladen werden: http://www.ex-in-nrw.info/html/ex-in_evaluation.html; Zugriff: 28.03.2015

In den Interviews wurde nach der Zusammenarbeit zwischen Anleiter und GB sowie nach der Zufriedenheit hinsichtlich der Anleitung der GB gefragt. Die meisten IP berichten von einem offenen und vertrauensvollen Verhältnis zwischen GB und Anleiter.

*„Im vergangenen Jahr hat sich eine enge und vertrauensvolle Beziehung zwischen Anleiter und GB entwickelt. Trotz des geringen Stundenkontingents besteht eine gute Kommunikation untereinander.“
(IPp_m)*

Der Anleiter soll dem GB für Reflexionsgespräche und persönliche Anliegen zur Verfügung stehen. Solche Gespräche werden nach der Einarbeitungszeit weniger häufig geführt.

„Der GB hat sich sehr gut betreut gefühlt. Er wurde für Aufgabenbereiche angeleitet. Ihm wurde vermittelt, dass er mit jedem Anliegen zu dem Anleiter kommen kann.“ (IPg_s)

„Zu Beginn fand eine intensive Anleitung statt und es wurden individuelle Gespräche mit dem GB geführt, um mögliche Unsicherheiten zu nehmen. Nun finden diese nur noch bei Bedarf statt.“ (IPp_p)

EX-IN-spezifische Supervision für Genesungsbegleiter

In unserem Zwischenbericht wurde die Empfehlung für eine EX-IN-spezifische Supervision formuliert. Dieses Thema wurde später im Lenkungsausschuss des EX-IN- Projekts thematisiert. Seit dem Sommer 2014 finanzieren der Bezirk Oberbayern und die Modelleinrichtungen solch eine spezifische Supervision für die GB. Diese Praxis hat sich bewährt.

„Die Supervision ist absolut hilfreich und sinnvoll. In einem vertraulichen Rahmen gibt es den GB sowohl die Möglichkeit sich untereinander auszutauschen als auch ein Feedback von dem Supervisor zu bekommen.“ (IPg_d)

„Zur eigenen Positionierung im beruflichen Kontext ist für die GB eine eigene Supervision wichtig.“ (IPp_a)

Es gibt aber auch Bedenken:

„Die eigene Supervision für die GB ist überflüssig. Es besteht die Möglichkeit, sich im Team auszutauschen und das reicht.“ (IPg_h)

*„Die Supervision von EX-IN ist für den GB nicht sehr hilfreich, da er durch private Psychoanalysesitzungen keinen Bedarf hat, von sich aus etwas einzubringen. Aufgrund der langen Fahrtzeit und des Nichtzählens als Arbeitszeit ist die Motivation der Teilnahme an der Supervision gering.“
(IPg_o)*

7.10. Empfehlungen

Wir haben nach Empfehlungen für die Zukunft von EX-IN gefragt. Die Ergebnisse waren vergleichsweise unergiebig. Dies liegt vermutlich daran, dass

entsprechende Empfehlungen bereits zuvor zu den uns vorgegebenen Themenkatalog genannt wurden. Um Wiederholungen zu vermeiden, nennen wir hier nur weitere Überlegungen:

- Gemeinsame EX-IN-Workshops für Mitarbeiter vor Anstellung eines GB.
- Mitarbeiter sind eingeladen als Gäste zu speziellen Punkten an Seminaren der EX-IN-Ausbildung teilzunehmen.
- Vor einer Anstellung eines GB in einer Einrichtung sollte diese in Form einer Probezeit oder eines Praktikums einen Raum zum gegenseitigen Kennenlernen bereitstellen.
- Die GB sollen ermuntert werden, eigene Projekte zu entwickeln.
- Die Anstellung von GB sollte in die Regelfinanzierung übernommen werden.
- Die Ausbildung zum GB sollte weniger kosten.

7.11. Transparenz nach Innen und Außen

Stellen Einrichtungen GB an, hat dies Auswirkungen auf das Binnen- und Außenverhältnis der Einrichtungen. Sie arbeiten nicht mehr unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Solche Einrichtungen können davon ausgehen, dass die so gewonnene Transparenz ihre Reputation erhöhen kann.

„GB in der Einrichtung zu beschäftigen kann auf die Klienten eine vertrauensbildende Wirkung haben.“ (IPg_i)

Wir vermuten auch, dass die GB-Bewegung das Vertrauen der Psychiatrie-Erfahrenen steigert.

„Es spricht sich herum, dass ein GB Angebote in der Einrichtung anbietet, was bei den Betroffenen sehr gut ankommt.“ (IPp_r)

8. Ein Fazit in Stichpunkten

Zu den Tätigkeitsfeldern und der beruflichen Teilhabe der Genesungsbegleiter

In Kenntnisnahme der Entwicklung von EX-IN in Oberbayern beschloss 2014 der Bayerische Bezirktag, GB in die Regelfinanzierung aller sieben bayerischer Bezirke einzuführen. Vor dem Hintergrund dieses Beschlusses haben die Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern seit Januar 2015 die Möglichkeit, je eine Stelle für GB zu beantragen. Ob und inwieweit die sieben bayerischen überörtlichen Träger der Sozialhilfe (d.h. die Bezirke) auch EX-IN-Stellen für Wohngemeinschaften und Tagesstätten finanzieren, ist ihnen selbst überlassen. Mit diesem Beschluss ist EX-IN in Bayern in der Regelversorgung angekommen.

Vergütung – individuell oder pauschal?

Die GB artikulieren unterschiedliche Erwartungen an die finanziellen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit. Diese Erwartungen reichen von einer

„regulären Anstellung“ über Zuverdienst bis hin zu einer überschaubaren Honorartätigkeit.

Es ist eine offene Frage, inwieweit es den Leistungsträgern und den Sozialunternehmen gelingt, in der Ambivalenz zwischen individuellen Ansprüchen und einer leistungsgerechten Bezahlung befriedigende Lösungen zu entwickeln.

Genesungsbegleiter als zusätzliche Leistung?

Zu Beginn wurden die Leistungen von GB als zusätzliche Angebote innerhalb der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung verstanden (add-on). Mittlerweile ist erkennbar, dass einige Sozialunternehmen GB auch als Ersatz für traditionelle Berufsgruppen in Betracht ziehen. Damit folgt die deutsche EX-IN-Bewegung ihren angelsächsischen Vorbildern. Inwieweit diese Entwicklung problematisch bzw. folgenreich sein mag, ist an dieser Stelle weder absehbar noch bewertbar.

Genesungsbegleiter als berufliche Chance?

EX-IN ermöglicht einen interessanten und bedeutenden Weg zur beruflichen Wiedereingliederung. Wir vermuten, dass gegenwärtig einige hundert GB in Deutschland dabei sind, sich beruflich zu platzieren. Wir erwarten, dass sich diese Anzahl in den nächsten Jahren substantiell erhöhen wird. Von daher liegt der Gedankengang nahe, dass die GB beginnen werden, ihre Interessen selbst öffentlich zu artikulieren.

Das Aufkommen von Peers als soziale Bewegung

Verschiedene Hinweise sprechen dafür, das Aufkommen von Peers als Form einer sozialen Bewegung zu verstehen. Diese Bewegung hat sich zunächst außerhalb bzw. am Rande der Versorgungssysteme etabliert. Ihr Ziel war es von Anfang an, einen Platz innerhalb der Versorgung zu erhalten. Ihr Ziel war es auch, von der Sozialpolitik in verschiedener Form anerkannt zu werden. Damit sind Charakteristika der EX-IN-Bewegung formuliert.

Soweit sich diese Bewegung in Deutschland institutionalisiert, wäre sie als eine NGO (Nichtregierungsorganisation) zu verstehen. Für eine weitere Institutionalisierung spricht, dass EX-IN bereits jetzt viele Fürsprecher in der Sozialpolitik, der Psychiatrie und der Öffentlichkeit gewonnen hat. Hierfür spricht auch die Toleranz, das Interesse und Engagement der professionellen Mitarbeiter im Modellprojekt.

Genesungsbegleiter außerhalb psychiatrischer und psychosozialer Arbeitsfelder

Der Endbericht sollte so gelesen werden, dass es den GB in Oberbayern gelungen ist, eine sozialpolitische Anerkennung zu erfahren. Ihnen ist es auch gelungen, eine Position in der Regelversorgung zu erhalten. Wir erwarten, dass das bisher Erreichte nur eine Zwischenetappe darstellt. Hält man sich die entsprechende Entwicklung in den englischsprachigen Ländern vor Augen, wird

es vorstellbar, dass EX-INler größere Versorgungsanteile übernehmen. Es ist auch denkbar, dass GB innerhalb der Integrationsfachdienste, in Arbeitsagenturen, im betrieblichen Gesundheitsmanagement, in Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene oder auch innerhalb von Schulen und Universitäten tätig werden.

Im Zuge dieser Entwicklungen sind Diskussionen zum Verhältnis zwischen Behandlung, Therapie, Rehabilitation und Recovery zu erwarten. Es ist eine offene Frage, inwieweit die Fachöffentlichkeit partizipativ angelegte Support- und Recovery- Programme diskutiert und in professionelles Handeln umsetzen kann. Bisher ist der Blick vorwiegend auf die Möglichkeiten und Grenzen von EX-IN gerichtet. Vielleicht kann dieser Bericht zur Selbstreflexion professionellen Handelns beitragen.

Empfehlungen

Es ist auffallend, dass die Sprecher der EX-IN-Bewegung das Projekt bisher in einer sehr allgemeinen Form propagieren. Demnach sind den GB kaum Grenzen gesetzt und sie seien überall hilfreich einsetzbar. Gegenüber solchen globalen Ansichten, wäre es für die nahe Zukunft zu überlegen, Selbstverständnis und Ausbildung von GB zielgerichteter an gewünschten und möglichen Arbeitsfeldern auszurichten. Dies kann z.B. in Form berufsfeldorientierter Supervision bzw. Fortbildung erfolgen.

Es ist wünschenswert, dass die GB pointierter als bisher ihre eigenen Belange artikulieren. Hierzu bieten die verschiedenen EX-IN-Plattformen in Deutschland eine gute Möglichkeit. Diese Empfehlung ist nicht als Kritik an der Stellvertreter-Politik der EX-IN-Fürsprecher zu verstehen. Schließlich ist es ihnen zu einem sehr großen Teil zu verdanken, dass EX-IN-Projekte in Deutschland entstanden sind.

Zu den Treffen des Lenkungsausschusses des Modellprojekts kamen regelmäßig Sozialpolitiker, Vertreter der Verwaltung, professionelle Mitarbeiter, Einrichtungsleiter, Studenten und GB, um Erfahrungen auszutauschen. Diese Zusammentreffen waren für alle Beteiligten so gewinnbringend, dass einvernehmlich vorgeschlagen wurde, auch nach Projektende (etwa in Form eines Koordinierungsausschusses) zusammenzubleiben. Vor diesem Hintergrund möchten wir zum Abschluss empfehlen, die zukünftige Entwicklung von EX-IN nach Ablauf des Modellprojekts zu unterstützen. Zu denken ist an die Organisation regelmäßiger Treffen der Beteiligten für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch und zur Artikulation von Interessen. Es wäre auch daran zu denken, in einigen Jahren die Praxis der GB zu evaluieren.¹⁰

Insgesamt sind wir der Auffassung, dass es die EX-IN-Bewegung verdient hat, unterstützt zu werden.

¹⁰ Diese Empfehlung findet sich auch in zahlreichen Veröffentlichungen, die in der Literaturanalyse Verwendung fanden.

Literatur

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

Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). Lived Experience Leading The Way. Peer Support in Mental Health. <http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf> (Zugriff: 14.12.2014).

Bracke, P., Christiaens, W., & Verhaeghe, M. (2008). Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons With Chronic Mental Health Problems. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(2), 436–459. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00312.x> (Zugriff: 29.03.2015)

Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 215–229.

Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K., & Oxman, E. (2000). Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental Health Services Research*, 2(3), 155–164.

Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 490–497. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00970.x> (Zugriff: 29.03.2015)

Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1493–1496. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.57.10.1493> (Zugriff: 29.03.2015)

Cramer, M., & Hiller, S. (2015). Genesungsbegleitung (EX-IN) in Bayern. *Nervenheilkunde*, 34(4), 268–270

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11, S.123- 128

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-445

Dummont, J.M., & Jones, K (2002). Findings from a consumer/survivor defined alternative to psychiatric hospitalization. *Outlook*, Spring, 4-6

Franke, CC; Patron, BC und Gasner LA (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Aust J Prim Health* 16 (2), 179-86

Forchuk, C., Martin, M.-L., Chan, Y. L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556–564.

<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00873.x> (Zugriff: 29.03.2015)

Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 293–306.

<http://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4> (Zugriff: 29.03.2015)

Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13(1), 188.

<http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-188> (Zugriff: 29.03.2015)

Hardiman, E. R. (2007). Referral to consumer-run programs by mental health providers: a national survey. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 197–210.

<http://doi.org/10.1007/s10597-006-9079-y> (Zugriff: 29.03.2015)

Hiller, S. (2011). "Experienced-Involvement": Psychiatrie-Erfahrene als Peer-Spezialisten. Haltungen und Erwartungen von Mitarbeitern eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bachelorarbeit: Hochschule München FK11

Jahnke, B. (2014). EX-IN Kultur-Landschaften. Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion? Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster

Joel, S., & Jahnke, B. (2012). Was hat EX-IN eigentlich mit uns gemacht? Die Perspektive der EX-IN Absolventen. *Kerbe 4 /2012*.

Themenschwerpunkt S. 34-35

Kemp, V, & Henderson A.R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view.

Psychiatric Rehabil Journal 35 (4), 337-40

Kurtz, L. F. (1990). The Self-Help Movement. *Social Work with Groups*, 13(3), 101–115. http://doi.org/10.1300/J009v13n03_11 (Zugriff: 29.03.2015)

Lawn, S., Smith, A., & Hunter, K. (2008). Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, 17(5), 498–508.

<http://doi.org/10.1080/09638230701530242> (Zugriff: 29.03.2015)

Mahlke, C., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatrie*, 27 (4), 276 –281

- Mahlke, C., Krämer, U. M., Kilian, R., & Becker, T. (2015).** Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. In: *Nervenheilkunde* 4/2015. Schattauer
- Min, S.-Y., Whitecraft, J., Rothbard, A. B., & Salzer, M. S. (2007).** Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: a survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207–213.
- Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009).** Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: unique challenges and opportunities. *Work (Reading, Mass.)*, 33(4), 449–458.
<http://doi.org/10.3233/WOR-2009-0893> (Zugriff: 29.03.2015)
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998).** Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397–411.
- Moran, G., Russinova, Z., Gidugu, V., Yeon Yim, J., & Sprague, C. (2011).** Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers With Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research* 22: 304. Online Version:
<http://qhr.sagepub.com/content/22/3/304> (Zugriff: 14.12.2014)
- Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., & Trainor, J. (2006).** A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 1 – Literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 247–260.
- Nussbaumer, H. (2009).** Exit-sozial-Schulungen zum Peer-Coach. Erfahrungen aus Österreich. In: Utschakowski, Jörg/Sielaff, Gyöngyver/Bock, Thomas (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 216–225
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., & Trainor, J. (2006).** A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3—A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 273–283. <http://doi.org/10.1002/jcop.20099> (Zugriff: 29.03.2015)
- O'Hagan, M. (2011).** Peer support in mental health and addictions. A background paper.
http://www.peerzone.info/sites/default/files/resource_materials/Peer%20Support%20Overview%20O%27Hagan.pdf (Zugriff: 14.03.2015)
- Palloks, E. (2013).** Erstellung einer Konzeption zur Integration von "trockenen" Alkoholkranken in ein professionelles BehandlerInnen-Team mit Bezug zur EX-IN-Ausbildung am Beispiel einer Einrichtung aus dem Suchtbereich. Bachelorarbeit: Hochschule Landshut, Fakultät für Soziale Arbeit
- Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D., & Birecree, E. (1999).** Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 251–269.

Ratzlaff, S., McDiarmid, D., Marty, D., & Rapp, C. (2006). The Kansas Consumer as Provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174–182.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392–411. <http://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947> (Zugriff: 29.03.2015)

Rose, D. (2003). Having a diagnosis is a qualification for the job. In: *BMS*, 326, S. 1331

Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281–288.

Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(8), 1179–1184. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.57.8.1179> (Zugriff: 29.03.2015)

Schulz, G., & Afting-ljeh, M. (2014). Können Genesungsbegleiter die Resilienz von psychiatrischen Organisationen und den dort tätigen Mitarbeitern erhöhen? In: *Kerbe 1 / 2014. Themenschwerpunkt* S. 25- 28

Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., Evans, R., Sherman, P., & Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK . *BioMedCentral Psychiatry* 2014, 14:30

Solomon, P., & Draine, J. (1995). The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135–146. <http://doi.org/10.1007/BF02518754> (Zugriff: 29.03.2015)

Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (Hg.) (2010a). Vom Erfahrenen zum Experten. *Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabil Journal*; March; 36(1):28-34

Impressum

EX-IN im Bezirk Oberbayern Endbericht zum Modellprojekt

Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München

Leitung Begleitforschung

Prof. Dr. Manfred Cramer

Hagenbacherstr. 22

81243 München

Tel.: 089 89701050

Mobil: 0179 1194107

E-Mail: cramer@hm.edu

www.mmh.hm.edu

Projektleitung

Ute Wilhelmi

Bezirk Oberbayern

Regionalkoordination Suchthilfe / Psychiatrie

Prinzregentenstraße 14

80538 München

Tel.: 089 2198-22506

ute.wilhelmi@bezirk-oberbayern.de

Titelbild

© Christophe papke / photocase.de

Gestaltung / Schlussredaktion

Bezirk Oberbayern

Presse- und Informationsstelle

Prinzregentenstraße 14

80538 München

Tel.: 089 2198-90018

presse@bezirk-oberbayern.de

www.bezirk-oberbayern.de

