

Hochschule Koblenz

Fachbereich: Sozialwesen

Studiengang: Bachelor of Arts: Soziale Arbeit

Psychiatrieerfahrene als Experten in der psychiatrischen Versorgung

Abschlussarbeit

zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Sven Helfrich

In den Birkengärten 42

67311 Tiefenthal

Matrikel-Nr.: **513479**

Erstkorrektorin: Frau Prof. Dr. Traudl Fücksle-Voigt

Zweitkorrektor: Herr Prof. Dr. Peter Franzkowiak

Abgabedatum: 31.08.2013

Sommersemester 2013

Abstrakt

Die Erfahrungswerte von Menschen mit psychischer Erkrankung nahmen in der sozialpsychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland bisher keine wesentliche Rolle bei der Behandlung der Patienten ein. In der vorliegenden Arbeit wird aufgezeigt, wie wertvoll das, auf Erfahrung basierende Wissen Psychiatrieerfahrener für die Behandlung von Patienten sein kann, auf welche Weise es nutzbar gemacht wird und auf welchen Wegen es Einzug in die sozialpsychiatrische Versorgung erhalten kann.

Dazu wurde einschlägige Fachliteratur bedeutender Autoren analysiert und ausgewertet und exemplarisch ein Projekt vorgestellt, das sich die Qualifizierung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleitern zum Ziel setzt.

Der Einsatz von Erfahrungsexperten in verschiedenen Arbeitsfeldern der Versorgung psychisch kranker Menschen lässt auf eine Vielzahl positiver Auswirkungen auf Patientenebene, aber auch auf professionelle Fachkräfte und auf die Peers selbst schließen. Allerdings werden diese positiven Eindrücke von Befürchtungen der professionellen Mitarbeiter begleitet.

Die bisherigen Erfahrungen und die erhöhte Zufriedenheit seitens der Patienten zeigen jedoch, dass der Einbezug Psychiatrieerfahrener als Ergänzung zu den herkömmlichen Angeboten der sozialpsychiatrischen Versorgung eine neue Perspektive für alle Beteiligte eröffnet.

Keywords: Erfahrungsexperte, Peer-Support, Ex-In, Erfahrungswissen, Psychiatrieerfahrene, Nutzerbeteiligung

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Struktur der psychiatrischen Versorgung	5
2.1 Die Geschichte der Psychiatrie	5
2.2 Die Psychiatrie-Enquete	7
2.2.1 Die gemeindenahe Versorgung	9
2.2.2 Der Ansatz der Personenzentrierung	11
2.3 Anforderungen an die Sozialpsychiatrie in der Gegenwart	12
3. Trialog und Psychoseseminar	15
3.1 Ursprung und Entwicklung: Vom Monolog über den Dialog zum Trialog	15
3.2 Merkmale des Trialogs	17
3.3 Psychoseseminare und ihre Wirkung	19
3.4 Kritik und Grenzen des Trialogs	21
3.5 Vom Trialog zum Peer-Support	22
4. Vom Psychiatrieerfahrenen zum Experten	23
4.1 Ursprung der Bewegung	23
4.2 Was sind „Experten aus Erfahrung“?	24
4.3 Die Entstehung von „WIR-Wissen“ aus „ICH-Wissen“	27
4.4 Wirkung der Peer-Arbeit	34
4.5 Befürchtungen, Widerstände und Grenzen der Peer-Arbeit	41
4.6 Implementierung der Peer-Arbeit in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung	44
4.7 Aufgabenfelder der Erfahrungsexperten	46

5. Experienced-Involvement (EX-IN)	48
5.1 Was ist „EX-IN“?	48
5.2 Aufbau der Ausbildung	49
5.2.1 Grundkurs	49
5.2.2 Aufbaukurs	52
5.3 Berufliche Perspektiven der Absolventen	54
6. Einfluss der Erfahrungsexperten auf andere Bewegungen	56
6.1 Recovery	56
6.2 Empowerment	58
6.3 Inklusion	60
7. Fazit	63
8. Literaturverzeichnis	71

1. Einleitung

Lange Zeit wurden Menschen mit einer psychischen Erkrankung¹ vom Versorgungsnetzwerk lediglich als Objekt psychiatrischer Behandlung und Forschung betrachtet. Ihr Verhalten, Wille und Forderungen wurden patriarchalisch als irrational, krank und unnormal abgetan. Eine gegenseitige Unterstützung Betroffener in Form von Beratung oder Ermutigung, wie sie beispielsweise in der Suchthilfe oder der Aidshilfe schon seit längerem verbreitet ist, war daher bislang häufig an Vorurteilen und Diskriminierungen gescheitert (vgl. Utschakowski 2007, S. 277). Die Psychiatrie-Enquete² von 1975 „Zum gegenwärtigen Stand der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter“ wurde, zusammen mit zahlreichen Reformen im Anschluss, zum Wegweiser in eine neue modernere Sozialpsychiatrie, die die Versorgung von Betroffenen verbessern und ihre Rechte gleichzeitig stärken sollte. Einhergehend mit dieser Neuordnung entwickelten sich einige Bewegungen, unter ihnen der Triolog. Der Triolog betrachtet Patienten³ nicht mehr nur als Objekt, sondern fordert eine verstärkte Subjektorientierung ein, bei der individuelle Erfahrungen, Erkenntnisse und Bewertungen der Betroffenen im Vordergrund stehen sollen (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 11). Auch die aus der Kritik an der Psychiatrie entstandene Betroffenenbewegung brachte die Entwicklung neuer, auch unkonventioneller Ansätze voran. So bezieht sich moderne Sozialpsychiatrie heute immer mehr auf den Erfahrungshintergrund Betroffener. Psychiatrieerfahrene⁴ wurden mehr und mehr sowohl als Experten in eigener Sache⁵, als auch als eine Bereicherung für die psychiatrische Versorgung angesehen. (vgl. Bock 2012, S.22).

In vielen gesundheitlichen Bereichen ist die bewährte Unterstützung von Betroffenen für Betroffene längst vorhanden und zum Normalfall geworden. Die Suchtkrankenhilfe wäre ohne Selbsthilfegruppen gar nicht mehr vorstellbar. In Selbsthilfegruppen für demenzkranke Menschen tauschen sich zu regelmäßigen Treffen Betroffene aus, teilen ihre Sorgen mit, stellen Fragen, spenden Hoffnung und ermutigen sich gegenseitig. Betroffene, die in ihrer Vergangenheit immer wieder mit herausfordernden Lebenslagen konfrontiert wurden und diese bewältigen konnten unterstützen also andere Menschen, die in ihrem Leben in ähnliche Situationen geraten sind. Diese Form der Unterstützung wird im Fachjargon als „Peer-Support“, ins Deutsche übersetzt „Unterstützung durch Gleiche“ bezeichnet (vgl. Utschakowski 2012, S.

¹ Die Bezeichnung „Mensch/en mit psychischer Erkrankung“ ist die im Deutschen politisch korrekte Ausdrucksform und wird synonym mit der Wortwahl „psychisch kranke/r Mensch/en“, „Patient/en“, „Klient/en“ sowie „Betroffene/r“ angewandt.

² Auf die Psychiatrie-Enquete (franz. „Umfrage“ oder „Untersuchung“) wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen.

³ Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit ausschließlich die maskuline Schreibweise verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit immer auch das weibliche Geschlecht angesprochen wird.

⁴ Die Bezeichnung „Psychiatrieerfahrene“ bezieht sich auf Menschen, die sich in ihrer Vergangenheit auf Grund einer vorübergehenden oder nach wie vor existierenden psychischen Erkrankung in Behandlung befanden und daraufhin Erfahrungswerte hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung sammeln konnten.

⁵ Die Bezeichnung „Experte in eigener Sache“ wird in der vorliegenden Arbeit synonym mit „Experte aus Erfahrung“, „Erfahrungsexperte“, „Peer“, „Peer-Spezialist“ und „Genesungsbegleiter“ angewandt.

14). Der Ursprung des Peer-Supports geht auf die Anfänge des Trialogs zurück. 1989 wurde in Hamburg das erste Psychoseseminar⁶ ins Leben gerufen. Damit war der Weg für den regelmäßigen Austausch Betroffener in einem herrschaftsfreien Diskurs geebnet. „Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung⁷ bedeutet dies [Peer-Support], dass Menschen aktiv werden, die selbst psychische Krisen durchlebt und in der Regel auch psychiatrische Dienste genutzt haben. Im Vordergrund der Unterstützung steht statt der Anwendung professioneller Methoden der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern.“ (ebd.). Der Ansatz zielt also darauf ab, den Wissensschatz Betroffener (Erfahrung von Anderssein, Ausgrenzung, psychisches Leid, Identität) für Theorie und Praxis nutzbar zu machen. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei den Bewältigungsstrategien und den jeweiligen individuellen und sozialen Ressourcen zu, die den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Krisen geholfen haben (vgl. Utschakowski 2007, S. 279f.). „Um ein Experte durch Erfahrung zu werden“, so van Haaster und Koster (2005, zit. n. Utschakowski 2007, S. 280) „ist es erforderlich, dass jemand [Betroffener] seine eigenen Erfahrungen reflektiert und sie mit anderen [Betroffenen], die die gleiche oder ähnliche Erfahrung gemacht haben, teilt. Es ist erforderlich, dass die Experten ihre Erfahrungen mit einer Vielzahl anderer Erfahrungen anderer Personen in unterschiedlichen Situationen vergleichen.“ Experten aus Erfahrung können, insbesondere nach dem Erwerb einer Qualifikation⁸, in verschiedenen Feldern der psychiatrischen Versorgung tätig werden. So wären beispielsweise Tätigkeiten in Selbsthilfegruppen, im Qualitätsmanagement, als Angestellter, oder sogar als Leiter einer psychiatrischen Einrichtung vorstellbar (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 373). Darüber hinaus erhofft sich insbesondere die Betroffenenbewegung, deren Angehörige, aber auch viele in der Psychiatrie tätige Professionelle⁹ mit Hilfe von Erfahrungsexperten die Arbeitsweise und Methodik der psychiatrischen Versorgung nachhaltig und zu Gunsten ihrer Patienten revolutionieren zu können.

Viele sehen in Psychiatrieerfahrenen somit eine Art Hoffnungsträger, die mit ihrem praktischen Ansatz und einer anderen Nähe zum Patienten den theoriebasierten Ansatz vieler Professioneller mit einer lebensnahen, lösungs- und bedürfnisorientierten Perspektive erfrischen könnten. Und auch für die Psychiatrieerfahrenen selbst birgt das Einbringen ihrer praktischen Fähigkeiten eine riesige Chance, wieder oder erstmalig auf dem allgemeinen

⁶ Das Psychoseseminar wird in Kapitel 3.3 näher erläutert.

⁷ Mit der „psychiatrischen Versorgung“ ist die Gesamtheit aller, an der gemeindenahen und personenzentrierten Versorgung, beteiligten ambulanten, halbstationären, stationären und komplementären Institutionen gemeint. Die Bezeichnung wird synonym mit „sozialpsychiatrische Versorgung“ angewandt.

⁸ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 5 erläutert.

⁹ Mit „Professionelle“ sind alle Berufsgruppen die im Arbeitsfeld der Psychiatrie tätig sind gemeint. Z. B. Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Psychologen/innen, Psychotherapeuten/innen, Neurologen/innen, Heilerziehungspfleger/innen oder Ergotherapeuten/innen. Die Bezeichnung wird synonym mit „(professionelle) Fachkräfte“ und „psychiatrische Fachkräfte“ angewandt.

Arbeitsmarkt Fuß fassen zu können. Doch sind Betroffene mit ihrem Erfahrungsschatz tatsächlich in der Lage, die psychiatrische Versorgung zu verbessern? Eine vertrauensvollere und von Empathie geprägte, konstruktivere Beziehung mit Patienten aufzubauen? Oder behalten doch die Zweifler Recht, deren Argumentation auf hohe Ausfallzeiten, erhöhtes Konfliktpotential im Team und Unsicherheit beim Patienten hinzielt? Und zeigen sich am Ende vielleicht sogar die Erfahrungsexperten selbst eher skeptisch, ob sie von ihren Kollegen ernst genommen würden und der immensen Belastung einer Arbeitsstelle überhaupt standhielten? Welche Auswirkungen hätte die Einbeziehung von Experten durch Erfahrung aus sozialpolitischer Sicht? Liefere der Ansatz sogar Gefahr, als Spielball der Politik missbraucht zu werden, um unter dem Tarnmantel der „Bedürfnisorientierung“ dringend benötigte Gelder auf Kosten der Qualität in der psychiatrischen Versorgung einzusparen?

Auf Grund meines familiären Hintergrunds wuchs ich in unmittelbarer Nähe zum „Masurenhof“¹⁰ auf, einem sozialpsychiatrischen Wohnheim, das meine Großtante zusammen mit ihrem Ehemann 1969 gründete. Durch den regelmäßigen Kontakt zu Menschen mit psychischer Erkrankung, entwickelte sich über Jahre hinweg mein Interesse für diesen Bereich. Da ich in verschiedenen Praktika im Wohnheimbereich, einer Tagesstätte und beim Sozialpsychiatrischen Dienst stets mit den „traditionellen“ Angeboten und Leistungen der psychiatrischen Versorgung in Berührung kam, wurde ich neugierig, als ich einen Beitrag aus der Psychiatriereform 2011¹¹ von Martin Zinkler las, der sich u. a. mit „Ex-In“ und Peer Support beschäftigte. Schnell wurde mir klar, welches Potential in Psychiatrieerfahrenen steckt und welche neuen Chancen sich daraus für die gesamte Psychiatrie ergeben könnten. Auch aus meinem Unverständnis heraus, weswegen dieser Ansatz so spät Einzug in die psychiatrische Versorgung erhält, tauchte ich tiefer in die Thematik ein und konkretisierte in der Folge mein Interesse und somit das Thema für meine Bachelor-Arbeit.

Die Arbeit folgt dem Ziel, die Einbeziehung von Erfahrungsexperten in die psychiatrische Versorgung ganzheitlich zu beleuchten sowie sich kritisch mit den Auswirkungen dieses Ansatzes auf Patienten, Professionelle und Psychiatrieerfahrene zu befassen. Zudem soll ein Einblick in die Entstehung der Peer-Arbeit gegeben werden. In der Psychiatrie tätigen Fachkräften soll eine umfassende Darlegung der Thematik geboten werden. Darüber hinaus sollen durch das Thema der vorliegenden Arbeit sowohl Führungskräfte der psychiatrischen

¹⁰ Der „Masurenhof“ ist eine sozialpsychiatrische Einrichtung, in der Menschen mit psychischen Behinderungen in verschiedenen Betreuungsformen individuelle Hilfen und Dienstleistungen angeboten werden. Die Angebote des Masurenhofs umfassen neben der Heimbetreuung in verschiedenen Einrichtungen außerdem begleitetes Wohnen in externen Wohngruppen, einzelbetreutes Wohnen, sowie betreute Wohngemeinschaften, ambulant betreutes Wohnen, tagesstrukturierende Angebote sowohl für eigene, als auch für externe Klienten und in Kooperation mit anderen Trägern eine Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion.

¹¹ Zinkler, M. (2012). Fremdbestimmung versus Empowerment aus klinischer Sicht – Entwicklung in England und Deutschland. In Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P. (Hrsg.). Psychiatriereform 2011... der Mensch im Sozialraum (S. 274-279). 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Versorgung als auch Psychiatrieerfahrene Anregungen sammeln, um zukünftige personelle bzw. berufliche Entscheidungen auf Grundlage der getroffenen Aussagen neu zu überdenken. Schließlich sollen auch an der Thematik Interessierte die Möglichkeit haben, sich anhand der Inhalte der Arbeit eine eigene Meinung zu bilden oder gegebenenfalls ihre vorhandene Einstellung zu reflektieren.

Die methodischen Grundlagen der vorgelegten Arbeit beziehen sich in erster Linie auf eine intensive Literaturrecherche von Fachliteratur und deren Auswertung sowie eines beispielhaften Projekts im 5. Kapitel über die Qualifizierung von Psychiatrieerfahrenen.

Zu Beginn der Arbeit liegt der Fokus zunächst auf der Struktur der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Nach einer historischen Einführung in die Entwicklung der Psychiatrie bis nach Ende des zweiten Weltkriegs, wird die Psychiatrie-Enquete in ihren Anfängen, ihrem Inhalt und ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie genauer beleuchtet. Im Anschluss folgen Bezug nehmend auf die Enquete zwei elementare Grundpfeiler der psychiatrischen Versorgung unserer heutigen Zeit: Die gemeindenahe Versorgung sowie der Ansatz der Personenzentrierung bzw. der Bedarfsorientierung. Abschließend folgt ein Überblick über die heutigen Anforderungen an die Sozialpsychiatrie. Das Kapitel soll als Grundlage dienen, auf der die darauffolgenden Inhalte dieser Arbeit aufbauen. Anschließend wird die Aufmerksamkeit auf den Dialog gerichtet. In das Kapitel eingeleitet wird mit dem Ursprung des Dialogs und seiner Entwicklung. Es folgen Merkmale und die Wirkung des herrschaftsfreien Diskurs', bevor auch die vorhandene Kritik am Dialog thematisiert wird. Da wie eingangs angedeutet der Dialog als Fundament des Peer-Supports angesehen werden kann, folgt dementsprechend eine Überleitung in das nächste Kapitel „Vom Psychiatrieerfahrenen zum Experten“. Auch hier wird zu Beginn der Ursprung dieser Bewegung beleuchtet, bevor sich näher mit der Frage auseinandergesetzt wird, was ein Experte aus Erfahrung eigentlich genau ist. Nach der Klärung des Begriffs wendet sich die Arbeit der Entstehung von Wir-Wissen zu. Darauf folgt ein ausführlicher Abschnitt, der sich mit der vielfältigen Wirkung von Peer-Arbeit auseinandersetzt. Ähnlich wie beim Dialog, so gibt es auch Befürchtungen und Widerstände gegen die Arbeit von Experten aus Erfahrung, die anschließend thematisiert werden. Bevor das Kapitel mit den vielseitigen Aufgabenfeldern der Erfahrungsexperten in der Psychiatrie schließt, wird der Frage nachgegangen, wie sich Peer-Arbeit in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung implementieren ließe. Aufbauend auf dieses Kapitel folgt das Projektbeispiel „Experienced-Involvement“, das die Qualifizierung von Psychiatrieerfahrenen und deren Einbeziehung in die psychiatrische Versorgung thematisiert. Hierbei soll zunächst die konzeptionelle Ausrichtung von „Ex-In“ geklärt werden, wie das Projekt zustande kam und welche Ziele es erfüllen soll. Anschließend folgen Aufbau, Struktur und Inhalte der Ausbildung, deren Module jeweils in zwei verschiedene Kurse gegliedert sind. Zum Ende dieses Kapitels

hin soll auch auf die berufliche Perspektive der Absolventen eingegangen werden. Im Schlussteil der Arbeit wird auf den Einfluss der Peer-Arbeit auf andere sozialpsychiatrische Ansätze eingegangen. Abschließend folgt ein Fazit, in dem die vorangegangenen Ausführungen resümiert, die wesentlichen Aussagen der Arbeit reflektiert und benannt und offene Fragen thematisiert werden.

2. Struktur der psychiatrischen Versorgung

2.1 Die Geschichte der Psychiatrie

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder sonstigen Verhaltensauffälligkeiten wurden bis zum Ende des 18. Jahrhunderts meist zusammen mit Kriminellen und Landstreichern in Zuchtanstalten oder Asylen unter unmenschlichen Bedingungen eingesperrt. Sie galten als unheilbar und damit als eine Gefahr für gesellschaftliche Werte und die öffentliche Ordnung (vgl. Häfner 2001, S. 73). Noch vor der Jahrhundertwende sprach sich Pinel¹² nach dem Umsturz der Gesellschaftsordnung durch die Französische Revolution für einen humaneren Umgang mit psychisch und geistig erkrankten Menschen aus und forderte gleichzeitig das volle Bürgerrecht sowie die Achtung vor sozialen Privilegien¹³ der Krankheitsrolle ein. Viel an der Lage der kranken Menschen änderte sich allerdings nicht. Sie wurden weiterhin in Asylen verwahrt, die in „Heil- und Pflegeanstalten“ umbenannt wurden. Die Behandlungsmethoden beschränkten sich auf Grund fehlenden Wissens weiterhin auf folterähnliche Praktiken, Zwangsjacken oder warme Bäder zur Verringerung der Erregbarkeit (vgl. ebd. S. 75). Im 19. Jahrhundert wurde die Psychiatrie vor allem durch die Aufklärung geprägt. Der Heidelberger Psychiater Roller¹⁴ schloss sich der Meinung Immanuel Kants an, eine psychische Erkrankung basiere auf der Entordnung der Vernunft. Ihre Heilung sei nicht die Aufgabe von Medizinern, sondern die der Philosophen. Roller sah die Entordnung der Vernunft in der fehlgeleiteten Erziehung durch die Familie und die Lebensumwelt der Betroffenen begründet und zog daraus die Konsequenz, psychisch Kranke¹⁵ zur Behandlung aus ihrem krankheits-erregenden Umfeld zu nehmen und in weit abgelegenen Heilanstalten, in möglichst freundlicher Umgebung unterzubringen. Dieses Modell der Unterbringung wurde für zahlreiche psychiatrische Anstalten in vielen Ländern zum Vorbild (vgl. ebd. S. 75f.). Im Gegensatz dazu entwickelte der Psychiater Wilhelm Griesinger¹⁶ einen völlig konträren Ansatz, der auf der Integration psychisch kranker Menschen in soziale Strukturen und die Gesellschaft fußte. Er sah in der Rückkehr der „Kranken“ aus ihrem künstlichen und monotonen Leben in ein natür-

¹² Philippe Pinel, französischer Psychiater (1745-1826).

¹³ „Diese Menschen sind nicht als Schuldige, sondern als Kranke zu behandeln, die alle Rücksicht verdienen, die man einem leidenden Menschen schuldig ist.“ (Pinel).

¹⁴ Christian Friedrich Wilhelm Roller, deutscher Psychiater (1802-1878).

¹⁵ Die veraltete Wortwahl „psychisch Kranke“ und „Kranke“ wird in der historischen Literatur häufig synonym mit dem heute politisch korrekten Begriff verwendet.

¹⁶ Wilhelm Griesinger, deutscher Psychiater (1817-1868).

liches soziales Medium einen wesentlichen therapeutischen Faktor, den in dieser Form keine andere Anstalt bieten könne. Darüber hinaus forderte Griesinger den konsequenten Verzicht mechanischer Zwangsmaßnahmen und moralischer Repressalien (vgl. Fischer 2011, S. 19). Allerdings traf dieser Ansatz auf wenig Resonanz, sodass die bisherigen Formen der Behandlung meist beibehalten wurden, aber auf Grund mangelnder qualitativer Methoden scheiterten. In der Folge machten sich Resignation und therapeutische Untätigkeit breit. Lediglich einige wenige Anstaltsdirektoren, meist mit religiösem Hintergrund, traten dem zunehmenden Verfall der Anstalten und der Unfreiheit der Kranken mit aktiver Tagesgestaltung, Entlassungsprogrammen und Nachsorge entgegen und verminderten so etwaige gesundheitliche und soziale Folgen des Aufenthalts (vgl. Häfner 2001, S. 77f.). Der Übergang in das 20. Jahrhundert war insbesondere durch die Industrialisierung und eine hohe Geburtenrate gekennzeichnet. Die Zahl der kranken Menschen in den psychiatrischen Krankenhäusern stieg immens an und konnte durch die mangelnde Bettenkapazität der Neubauten kaum aufgefangen werden. Nach wie vor war das Gefälle zwischen den Lebensstandards der Normalbürger zu den Unterkunftsbedingungen psychisch Kranker gewaltig. Auf Grund der stark ansteigenden Anzahl psychisch kranker Menschen setzten in großen Teilen Deutschlands, aber auch in Europa und den USA Bedenken ein, „die Geisteskrankheiten seien aus Gründen genetischer Degeneration des Volkskörpers in steiler Zunahme begriffen.“ (ebd. S. 78) Dieser Meinung schlossen sich so auch viele Professoren, Mediziner und sogar Parlamentarier an, die damit die Voraussetzung für die Verbreitung der Eugenetik¹⁷ schufen. „Die Vernichtung lebensunwerten Lebens“¹⁸ wurde erstmals im 19. Jahrhundert thematisiert und fand ihren erschütternden Höhepunkt im Nationalsozialismus, der durch systematische Massentötungen mehr als 200.000 Opfer forderte und 300.000 Zwangssterilisationen verantwortete. Schon im ersten Weltkrieg wurde die Ausgrenzung von psychisch kranken Menschen aus der Gesellschaft der sozial Starken mit dem Entzug mangelnder Ressourcen wie Lebensmittel gefördert. So belegt die Verdopplung bis Verdreifachung der Sterblichkeitsrate in deutschen Anstalten während des Krieges 1914 bis 1918, dass psychisch Kranke in dieser Zeit ganz am Ende der sozialen Rangordnung standen (vgl. ebd. S. 78ff.). Die Schrecken des Krieges und die Verbrechen der NS-Diktatur führten nach dessen Beendigung zu einer einschneidenden Neubesinnung der Gesellschaft auf Menschenrechte. Bevor 1948 die allgemeine Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen verkündet wurde, beschloss die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland das Grundrecht jedes Menschen auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit (vgl. ebd. S. 82). Auf Grund enormer Renovierungsstaus in psychiatrischen Krankenhäusern nach dem Krieg hielten die drasti-

¹⁷ Eugenetik, auch Eugenik, bez. die „Wissenschaft, die sich mit allen Einflüssen befasst, welche die angeborenen Eigenschaften einer Rasse verbessern und welche diese Eigenschaften zum größtmöglichen Vorteil der Gesamtheit zur Entfaltung bringen.“ (Galton, zit. n. Neuer-Miebach 1997, S. 293f.).

¹⁸ Euphemistische Bezeichnung der Massentötung „T4“ von Menschen mit Behinderungen im dritten Reich.

schen Unterschiede der Lebensqualität von Bürgern und psychisch Kranken in der Zeit des Wiederaufbaus weiter an. In den 50er Jahren bahnten sich aus der Kritik über die elenden Lebensbedingungen psychisch Kranker erste Reformvorschläge, die meist aus dem Ausland übernommen wurden. Neben der Entwicklung neuer Psychotherapiemethoden gelang mit der Entdeckung der Psychopharmaka der therapeutische Durchbruch, der nun erstmals zu einem breiten Spektrum an ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten führte. Der Wandel zur therapeutischen Disziplin, in der Menschen mit psychischer Erkrankung nun nicht mehr nur verwahrt und beaufsichtigt, sondern von Psychiatern mit der bestmöglichen Therapie behandelt wurden, war vollzogen und galt als eine tiefgreifende Veränderung der psychiatrischen Versorgung. Allerdings zog dieser Wandel keine beträchtlichen Verbesserungen der nach wie vor menschenunwürdigen Lebensumstände der Erkrankten in den psychiatrischen Institutionen¹⁹ nach sich. Erst in den 60er und 70er Jahren rückte die von Disziplin und Hierarchie geprägte Psychiatrie auch auf Grund der Studentenrevolte und Kulturrevolution der 68er Jahre in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Ein kritisches Bewusstsein wurde entwickelt, das nach Liberalität und Toleranz strebte und mit Randgruppen sympathisierte. Die ersten Impulse zur Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems waren gegeben (vgl. ebd. S. 83ff.).

2.2 Die Psychiatrie-Enquete

Nachdem es in Großbritannien Mitte der fünfziger Jahre mit dem Mental Health Act²⁰ und in den Vereinigten Staaten Amerikas Anfang der sechziger Jahre mit der Kennedy-Botschaft bereits zur Reformierung der Psychiatrie kam, waren die ersten Tendenzen in Deutschland erst Anfang der 70er Jahre absehbar. Auf Grund der Emigration zahlreicher Psychiater im zweiten Weltkrieg und der Zerstörung jeglicher Entfaltung der Sozialpsychiatrie während der NS-Diktatur, war die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland nach dem Krieg gegenüber anderen Ländern stark ins Hintertreffen geraten. So setzte sich der Deutsche Ärztetag²¹ erstmals 1970 mit den offensichtlichen Mängeln in der Versorgung psychisch kranker Menschen auseinander, auf die zuvor einige Kritiker aufmerksam gemacht hatten (vgl. Finzen, Schädle-Deininger 1979, S. 5f.). In der Folge entwickelten sich auch Interessenvertretungen psychisch kranker Menschen wie die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP) oder die „Aktion psychisch Kranke e. V.“ (APK), der wegen ihrer hochrangigen und breit gefächerten Besetzung (u. a. Abgeordnete des Bundestags und reformaktive Psychiater) später die Verwaltung der Enquete-Kommission übertragen wurde. Im Juni 1971 beschloss der Deutsche Bundestag nach einem Antrag, die Bundesregierung mit einer Enquete zu beauf-

¹⁹ Mit „psychiatrischen Institutionen“ sind alle Einrichtungen der Sozialpsychiatrie gemeint.

²⁰ Gesetz über die Rechte von Menschen mit psychischer Erkrankung in Großbritannien.

²¹ Die Hauptversammlung der Bundesärztekammer findet jährlich statt und erarbeitet u. a. Positionen zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft (vgl. Bundesärztekammer 2013).

tragen, um die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland näher zu betrachten. Nur zwei Monate später nahm die 19-köpfige Sachverständigenkommission zusammen mit etwa 180 anderen Mitgliedern, die in Arbeitsgruppen, Expertenteams, Redaktionsteams, Gutachter und anderen Bereichen untergliedert waren, ihre Tätigkeit auf. Ihr Auftrag bestand darin, bis Oktober 1973 zunächst einen Zwischenbericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD vorzulegen, um 1975 schließlich einen Endbericht zu formulieren (vgl. Häfner 2001, S. 90f.). Der Zwischenbericht der Kommission vom 19.10. offenbarte bereits schwerwiegende Mängel²² in vielen Bereichen der psychiatrischen Versorgung, die nachfolgend stichpunktartig dargelegt werden:

- Massive Überbelegung der stationären Einrichtungen: durchschnittlich um 35%
- Überalterung der Bausubstanz: Ein Viertel der Betten entstand vor der Jahrhundertwende
- Unterbringung der Kranken in großen Schlafsälen: bis zu 20 Betten
- Zu wenig Personal: Im Schnitt ein Sozialarbeiter für 715 Aufnahmen (vgl. Häfner 2001, S. 94)
- Mangelhafte sanitäre Bedingungen: Durchschnittliches Verhältnis von 1:11
- Keine Privatsphäre: Keine Möglichkeit der Aufbewahrung von Eigentum

Die Enquete-Kommission bezeichnete die allgemeinen Lebensumstände psychisch Kranker in stationären Einrichtungen als elend, zum Teil menschenunwürdig und unzumutbar und verwies auf unbedingt notwendige Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse. Diese waren allerdings lediglich dazu geeignet, die schlimmsten Missstände zu beseitigen und führten nicht notwendigerweise dazu, weitere strukturell bedingte Mängel der Versorgung zu beheben.

Im September 1975 wurde der Endbericht der Expertenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fertiggestellt und vorgelegt. Das 430-seitige Werk umfasst neben dem Stand der Versorgung psychisch Kranker in den 70er Jahren und den Vorschlägen zur Neuordnung der Versorgung noch Empfehlungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen, zu rechtlichen Problemen bei der Versorgung psychisch Kranker, zur Primärprävention psychischer Störungen und zum Personalbedarf psychiatrischer Einrichtungen. Außerdem beinhaltet der Bericht Anmerkungen zur Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie eine Prioritätensetzung für die Grundforderungen und Rahmenbedingungen der Enquete. Die Rahmenbe-

²² Vgl. Finzen (1979, S. 51-58).

dingungen²³ die aus der Enquete hervorgehen beziehen sich auf unumstößliche Prinzipien, deren Gewährleistung unbedingter Vorrang gegenüber anderen Zielsetzungen und Forderungen eingeräumt wurde:

- Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung²⁴
- Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten²⁵
- Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Außerdem benennt die Expertenkommission bestimmte Prioritäten²⁶, deren Umsetzung in Einklang mit den aufgestellten Prinzipien den Vorzug vor allen anderen Empfehlungen haben sollte:

- Aus- und Aufbau der komplementären²⁷ und ambulanten Dienste
- Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Aufbau der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher sowie der Versorgung von Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken

Vor allem die Forderungen nach einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung zogen einen aufkommenden und in der Folge durch einige Psychiatriereformen weiterentwickelten und gefestigten Paradigmenwechsel nach sich, der nach vielen Jahrzehnten den institutionszentrierten Ansatz ablösen und den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Vordergrund stellen sollte. Die Gemeindenähe gehört heute, wie auch der Ansatz der Personenzentrierung, mit zu den wichtigsten Grundlagen einer modernen psychiatrischen Versorgung.

2.2.1 Die gemeindenahe Versorgung

Die gemeindenahe Versorgung ging als eine der essentiellen Forderungen aus der Enquete für die Psychiatrie in Deutschland hervor. Der erste Ansatz in diese Richtung ging bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts von Wilhelm Griesinger, einem der Begründer der modernen

²³ Die Rahmenbedingungen wurden aus „Psychiatrie-Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ übernommen.

²⁴ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 2.2.1 erläutert.

²⁵ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 2.2.2 erläutert.

²⁶ Die Prioritäten wurden aus „Psychiatrie-Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ übernommen.

²⁷ Komplementäre Einrichtungen sind wichtige Glieder in der Kette von Therapie, Rehabilitation und Versorgung und ergänzen das ambulante, stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgungsangebot für nichtkrankenhausbehandlungsbedürftige psychisch kranke Menschen (vgl. Schlitt 1997, S. 569f.).

Psychiatrie, aus. Griesinger, der u. a. auch psychisch Kranke mit Körperkranken gleichstellte, entwickelte ein Reformkonzept für die psychiatrische Versorgung, aus dem hervor geht, dass in jeder größeren Stadt eine, an ein Krankenhaus angebundene, Einrichtung vorhanden sein solle, die akut und chronisch kranke Menschen behandeln müsse. Er sah darin zum einen den erheblichen Vorteil, dass Ärzte und Psychiater Patienten in ihrem Haus oder bei ihrer Familie aufsuchen und sich einen persönlichen Eindruck der Lebensumstände machen konnten, um daraus folgernd über eine Klinikeinweisung zu urteilen. Zum anderen war Griesinger der Überzeugung, die Nähe eines psychisch Kranken zu seiner Heimat, seiner Familie oder Angehörigen wäre ein wichtiger Faktor bei seiner Genesung und könnte die Voraussetzung für eine wirksame Nachsorge schaffen. Schon im 19. Jahrhundert war also die therapeutische Idee geboren, den Kontakt zwischen Menschen mit psychischer Erkrankung und ihrer Umgebung zu fördern und eine Dezentralisierung²⁸ der Hilfsangebote anzustreben, um den Kranken Bewegungsfreiheit zu schaffen und ihnen beim Erhalt ihrer Individualität bessere Möglichkeiten einzuräumen (vgl. Psychiatrie-Enquete 1975, S. 60f.).

Die Definition einer „Gemeindenahen psychiatrischen Versorgung“ ist in Teil B3 unter Kapitel 1 „Leitlinien einer bedarfsgerechten Versorgung“ bei 1.2 des Schlussberichts der Psychiatrie-Enquete festgelegt. Danach entspricht ein psychiatrisches Versorgungssystem den Bedürfnissen der Bevölkerung, „wenn es in erreichbarer Nähe eine bedarfsgerechte Vielfalt von präventiven, diagnostisch-therapeutischen, rehabilitativen, beratenden, betreuenden und pflegenden Angeboten zu Verfügung stellt.“ (ebd. S. 204). Den Begriff „erreichbare Nähe“ legt die Kommission auf die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen durch Patienten innerhalb von einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln fest. Dies entspricht in etwa einem Radius von 25 km, in dem psychisch kranke Menschen die nächstgelegene Anlaufstelle zur Behandlung ihrer Erkrankung erreichen sollten (vgl. Kuhlenkampff 1975, S. 13). Eine weitere Komponente der gemeindenahen Psychiatrie besteht in der Überschaubarkeit der verschiedenen Versorgungsgebiete sowie deren Bevölkerungszahl. Die Größe eines Standardversorgungsgebiets beziffert die Kommission auf 150.000 bis 350.000 Menschen. Angestrebt werden sollte im Durchschnitt ein Gebiet von etwa 250.000 Einwohnern (vgl. ebd. S. 14). Nur durch die Begrenzung der Versorgungsgebiete sei laut Kommission eine nachhaltige und sinnvolle psychiatrische Versorgung realisierbar. Darüber hinaus soll auch eine räumliche Nähe zwischen halbstationären Diensten und Arbeitsstätten, Wohngebieten, Sozialeinrichtungen der Gemeinden und Ämtern geschaffen werden, um so ein effektiveres Arbeiten der halbstationären Einrichtungen zu ermöglichen. Im Rahmen der Gemeindenähe wird außerdem auf die Empfehlung einer kooperativen und konsiliarischen²⁹ Verknüpfung aller an

²⁸ Meint die strukturelle Verlagerung psychiatrischer Angebote von den Akutkrankenhäusern, hin zu gemeindenahen Einrichtungen und Diensten.

²⁹ „Beratend“

der Versorgung Beteiligten hingewiesen. Diese Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen sei lediglich dann durchführbar, wenn sie im persönlichen Kontakt geschehe und sich an vorgegebenen Strukturen eines oder mehrerer Gemeindebezirke orientiere (vgl. ebd. S. 13).

Die Psychiatrie-Enquete fordert außerdem die Aufrechterhaltung der Kontakte von psychisch kranken Menschen in ihre Heimat und zu Angehörigen ein und weist auf die drohenden Konsequenzen in Form von Hospitalisierung, der Beeinträchtigung der Therapie und der Förderung der Überbelegung in Krankenhäusern hin. Außerdem empfiehlt sie, der Isolation der Psychiatrie vorzubeugen, indem sich diese zu den Einwohnern einer Gemeinde hin öffnet und ihre Dienste offen anbietet (vgl. Psychiatrie-Enquete 1975, S. 204).

2.2.2 Der Ansatz der Personenzentrierung

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 war der Startschuss für eine kontinuierliche Reformierung und Veränderung der Psychiatrie bis heute. Was von der Expertenkommission schon damals als „bedarfsgerechte und umfassende“ Versorgung eingefordert und eingeleitet wurde, setzte sich nach weiteren Reformen als der personenzentrierte Ansatz fort. In den Jahren nach den Empfehlungen der Enquete entstanden zahlreiche und mannigfache Einrichtungsformen, die ein neues System der Versorgung bildeten. Diese waren auf Grund ihrer Struktur ausschließlich angebotsorientiert ausgerichtet, d. h. die jeweilige Einrichtung suchte sich Patienten heraus, die zu ihrem Konzept und ihren Angeboten passten. Der tatsächliche Bedarf der Menschen in einem Versorgungsgebiet wurde ignoriert (vgl. Kunze 2001, S. 117f.). Daraus ergab sich eine grundsätzliche Frage: „Haben Menschen ihren Hilfebedarf nach den vorhandenen Einrichtungen auszurichten? Oder sollten die Hilfen sich am Bedarf der hilfebedürftigen Menschen orientieren?“ (Kunze 1995, S. 95). Die Rehabilitations-Kette³⁰ stieß schon bald auf Kritik, da ein psychisch kranker Mensch der stationär behandelt wurde bei einer Veränderung seines Hilfebedarfs oftmals in eine andere Einrichtung mit einem kompatiblen Angebot verlegt werden musste. Die ständigen Verlegungen untergruben private und insbesondere therapeutische Beziehungen, sodass kein anhaltendes Vertrauen aufgebaut werden konnte und Fortschritte im Genesungsprozess des Patienten immer wieder abrissen. Zudem wurden Menschen bei jedem Einrichtungswechsel erneut aus ihrem vertrauten Umfeld entwurzelt. Dieser Zustand erzeugte sowohl auf der Seite der Patienten, als auch bei den Fachkräften gehörigen Widerstand (vgl. Aktion psychisch Kranke 2000, S. 23). Psychiatrieerfahrene und ihre Angehörigen forderten aus diesem Grund folglich eine größere Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse ein. Auch politisch war eine höhere Nutzerbeteiligung an sozialen Dienstleistungen gewünscht. So wurde 1991 vom Bundesministerium für Gesundheit der Auftrag erteilt,

³⁰ Kette verschiedener Einrichtungen mit unterschiedlichen, in sich möglichst homogenen Standardpaketen für Personen mit, im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf (vgl. Kunze 2004, S. 19).

ein Konzept zur Personalbemessung im ambulanten und komplementären Bereich zu erarbeiten. Dazu wurde eine Kommission gegründet, die als Bezugspunkt vom individuellen Hilfebedarf der Menschen in ihrem Lebenskontext ausging und auf dieser Grundlage zielorientierte Angebote entwickelte. Die Organisation der Hilfen und die Finanzierung dieser sollten sich nach dem jeweiligen Patient richten und nicht den Bedarf an den bestehenden Strukturen der Institutionen und deren Finanzierung anpassen (vgl. Kunze 2001, S. 117). Der Abschlussbericht der Kommission Personalbemessung wurde 1998 mit dem Wirkungsziel vorgestellt, chronisch psychisch kranken Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem eigenen Lebensumfeld zu ermöglichen. Dem Bedarf der Patienten angepasste, möglichst qualitativ hochwertige und dennoch effiziente Leistungen der Anbieter sollten als Konsequenz aus dem Bericht der Kommission entwickelt werden. Einhergehend damit konnte auch die vorherige Verschwendung der therapeutischen Ressourcen in der Reha-Kette behoben werden. Diese Reformierung des psychiatrischen Systems zog zum einen den Perspektivwechsel vom institutions- zum personenzentrierten Ansatz nach sich und zum anderen die Wende von der Angebots- zur Bedarfsorientierung. Durch die Verwirklichung dieses Paradigmenwechsels sollte die Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung von Menschen unmittelbar in der Nähe ihres Lebensumfelds erfolgen, um einen kontinuierlichen und auf Dauer ausgerichteten Genesungsprozess zu ermöglichen. Der Lebensmittelpunkt des psychisch kranken Menschen wurde also zum Bezugspunkt aller erforderlichen professionellen Hilfen, die nun entsprechend der Veränderung des Hilfebedarfs flexibel angepasst und angeboten werden konnten, ohne therapeutische oder andere geknüpft Beziehungen aufzugeben und den einschreitenden Heilungsprozess zu fragmentieren (vgl. ebd. S. 120).

2.3 Anforderungen an die Sozialpsychiatrie in der Gegenwart

Nach der Psychiatrie-Enquete als Fundament für eine Reihe weiterer Psychiatriereformen und jüngst der UN-Behindertenrechtskonvention kommt auf die Sozialpsychiatrie heute eine Vielzahl an Herausforderungen zu, um den Ansprüchen der Nutzer, der Angehörigen und der Bürger gerecht zu werden. Die grundlegendsten Leitmotive der modernen Sozialpsychiatrie werden folgend skizziert.

So führt Rosemann (2011) zunächst die individuelle Bedarfsorientierung der psychiatrischen Hilfen in qualitativer Hinsicht, in ihrem Umfang und ihrer Dauer als einen Standard der Sozialpsychiatrie an. Der Lebensweg des Individuums sollte im Mittelpunkt stehen und die Hilfen dem Patienten ermöglichen, sein Leben in seinem Lebensumfeld selbst zu gestalten (vgl. Rosemann 2011, S. 41). Weiter sollten psychiatrische Hilfen inklusiv sein, d. h. kein Mensch sollte auf Grund der Schwere seiner Behinderung von vornherein von einer Hilfe ausgeschlossen sein. Zudem hat inklusive Hilfe das Ziel, positiv auf die Teilhabe des Patienten am Leben im sozialen Raum hinzuwirken. Hilfen und Angebote der psychiatrischen Versorgung

sollten außerdem in der Form verlässlich sein, dass sie Strukturen ausbilden, die stabile persönliche Bindungen ermöglichen. Zur Verlässlichkeit der Hilfen gehört außerdem, dass sie uneingeschränkt auch Menschen zur Verfügung stehen, die sich nicht ausschließlich regelkonform verhalten oder über geringe Eigeninitiative verfügen und stets auch denjenigen nachgehen, deren Willenskraft krankheitsbedingt eingeschränkt ist (vgl. ebd. S. 41f.). Ein weiterer Aspekt guter psychiatrischer Hilfe besteht in der integrierten Organisation. Hierbei koordinieren professionelle Fachkräfte nach einem gemeinsamen Austausch mit dem Patient und ausgerichtet an dessen Anliegen Hilfen und Maßnahmen, die zur Genesung von der psychischen Erkrankung beitragen. Nicht die erkrankte Person alleine muss sich um die Organisation seiner Hilfen bemühen. Bei der Koordination der Hilfen ist auch der Einbezug aller weiteren Personen und Institutionen, die in einer Beziehung zum Klienten stehen und seine Genesung positiv beeinflussen könnten mit eingeschlossen (vgl. ebd. S. 42f.). Eine wesentliche Voraussetzung psychiatrischer Hilfe ist deren hohe fachliche Kompetenz und Professionalität. Psychisch erkrankte Menschen haben einen Anspruch auf die bestmögliche fachliche Hilfe. Diese ist am ehesten dann gegeben, wenn die beanspruchten Hilfen von fachlich gut ausgebildeten Mitarbeitern, möglichst in einem multiprofessionellen Setting erbracht werden können. Dazu gehört sowohl die fachliche Perspektive von Angehörigen, als auch die von Menschen mit Psychiatrieerfahrungen (vgl. ebd. S. 43). Psychiatrische Hilfe sollte außerdem in der Gesellschaft akzeptiert sein. Individuelle Abweichungen in der Lebensführung müssen eine Bereicherung des gesellschaftlichen Lebens darstellen, soweit das Leid des Betroffenen oder seiner Umgebung nicht zu große Dimensionen annimmt. Hilfen sollten darüber hinaus auf eine Weise ausgestaltet sein, welcher sich der Betroffene bei der Inanspruchnahme nicht mehr schämen muss (vgl. ebd.). Letztlich macht auch ihre Transparenz eine gute psychiatrische Hilfe in der heutigen Zeit aus. Betroffene sollen den Hintergrund und den Zweck erbrachter Hilfen verstehen können. Der Sinn von Hilfen muss klar verständlich sein. Die Angebote der psychiatrischen Versorgung sowie die einzelnen Leistungserbringer müssen unter öffentlicher Beobachtung stehen. Ein Weg dorthin können beispielsweise Besuchskommissionen, Beschwerdestellen oder die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG³¹ sein. Zuletzt sollten psychiatrische Hilfen auch für den Steuer- und Beitragszahler transparent sein, um den Einsatz der notwendigen finanziellen Mittel zu rechtfertigen und damit der psychiatrischen Versorgung mehr gesellschaftliche Akzeptanz beizuführen (vgl. ebd. S. 43f.). Die Realisierung dieser Ansprüche gelingt nach Rosemann nur dann, wenn alle lokalen und regionalen Leistungsanbieter gemeinsam zusammenarbeiten. So können gemeindepsychiatrische Verbände beispielsweise die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, die o. g. Ziele zu erreichen (vgl. ebd. S. 44).

³¹ Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe

Die Selbstbestimmung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und die volle Teilhabe dieser am Leben in der Gesellschaft sind zwei weitere Grundsätze der psychiatrischen Versorgung und nehmen in der aktuellen Diskussion großen Raum ein. Teilhabe bedeutet in diesem Kontext eine aktive Handlung und muss gesellschaftlich so organisiert werden, dass durch Hilfen und Unterstützung Menschen mit psychischen Erkrankungen gleichberechtigt mit anderen Bürgern im Leben stehen können (vgl. ebd. S. 49). Selbstbestimmung ist nach Arnade nur dann gegeben, wenn sich ein Mensch zwischen mehreren akzeptablen Wahlmöglichkeiten frei nach seinem Willen entscheiden kann (vgl. Arnade 2013, S. 21). Dieser und der Leitgedanke der Teilhabe rückten vor fünf Jahren durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention³² (UN-BRK) zusätzlich in den Mittelpunkt und wurden so zu elementaren Grundpfeilern der zukünftigen Sozialpsychiatrie. Die Konvention, der bisher 128 Staaten aus aller Welt angehören, beinhaltet keine gesetzlichen Neuerungen oder Änderungen hinsichtlich der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Sie betont lediglich die bestehenden Menschenrechte und konkretisiert diese auf die Lebenssituation behinderter Kinder, Frauen und Männer. Somit hebt sie die Gleichberechtigung aller Menschen, gleich welcher Abstammung, Geschlechts, sexueller Orientierung oder Behinderung hervor (vgl. ebd. S. 19).

Schon die in der UN-BRK eingangs formulierte Definition von Behinderung weist im Gegensatz zum traditionell medizinischen Modell auf eine völlig andere Perspektive hin. So entsteht Behinderung nicht auf Grund eines persönlichen und individuellen Defizits, das eine Person an der Teilhabe am Leben hindert, sondern durch die Wechselwirkung der Behinderung mit existierenden einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, wie beispielsweise unzugängliche Verkehrsmittel oder gesellschaftliche Stigmatisierung. Dies entspricht dem Slogan der Kampagne „Aktion Grundgesetz“: „Behindert ist man nicht, behindert wird man“. Bereits dieser veränderte Blickwinkel auf die Ursache von Behinderung leitet einen zentralen Gedanken der UN-Konvention ein: die volle gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe aller Menschen am Leben (vgl. ebd.). Auch der Begriff „Würde“ spielt in der UN-BRK eine wesentliche Rolle. Die Würde aller Menschen, unabhängig von Behinderung, Herkunft, Geschlecht, usw. soll durch die Umsetzung der Konvention geschützt und gewahrt werden und wird so zum zentralen Motiv der Erklärung. Wie in der sozialen Definition bereits erwähnt tritt Behinderung erst dann in Erscheinung, wenn existierende gesellschaftliche und infrastrukturelle Barrieren Menschen daran hindern, am Leben teilzunehmen. Um dem entgegenzuwirken, müssen Teilhabe behindernde Barrieren abgebaut und schließlich vollständig aufgelöst werden. Barrierefreiheit ist ein weiterer wichtiger Aspekt der UN-Konvention. So ist es ein erklärtes Ziel der Mitgliedstaaten, Unverständnis, Stigmatisierung und Ablehnung in der Gesellschaft

³² Nähere Hintergründe werden in Kapitel 6.3 erläutert.

mit Aufklärung, Förderung von Verständnis und aktivem Anbieten von Hilfen zu bekämpfen um somit Barrierefreiheit zu schaffen und Teilhabe trotz einer Behinderung zu ermöglichen (vgl. Heinz 2013, S. 37). Weitere Grundsätze der BRK sind die Achtung der individuellen Autonomie, der Freiheit, sowie der Unabhängigkeit von Menschen mit Behinderung. Betont wird außerdem der Kampf gegen Diskriminierung, für Chancengleichheit und für die Zugänglichkeit zur physischen Umwelt, Transportmitteln, Informationen, Einrichtungen und anderen öffentlichen Institutionen (vgl. Art. 3). Die Konvention betont außerdem nochmals das Recht aller Menschen mit Behinderung als Rechtssubjekt anerkannt zu werden, ihre Gleichberechtigung vor dem Gesetz und ihr Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit (vgl. Art. 12 und 14). Auch die Themenbereiche Bildung (Art. 24), Gesundheit (Art. 25) und die Achtung der Privatsphäre (Art. 22) werden angesprochen.

In der Gesamtbetrachtung erfährt das Leben von Menschen mit Behinderungen durch die UN-Behindertenrechtskonvention eine neue und besondere Wertschätzung. Sie versucht hervorzuheben und aufzuzeigen, welchen wertvollen Beitrag Menschen mit einer Behinderung zur Vielfalt der Gesellschaft leisten können. Neben den zahlreichen Aussagen und Forderungen weist sie jedoch auch auf die oftmals schwierigen Bedingungen und Hindernisse auf dem Weg zur Teilhabe sowie auf Verletzungen von Rechten hin, denen Menschen mit Behinderungen an vielen Orten dieser Welt nach wie vor ausgesetzt sind (vgl. Arnade 2013, S. 19).

3. Trialog und Psychoseseminar

3.1 Ursprung und Entwicklung: Vom Monolog über den Dialog zum Trialog

Die Institutionalisierung der Psychiatrie war die Konsequenz auf die Hilflosigkeit und die Unfähigkeit der Wissenschaft, psychisch kranke Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Durch speziell geschaffene Anstalten, weit abgelegen von den Ballungszentren wurden Kranke aus der Normalität und ihren sozialen Strukturen herausgerissen und einem strengen Regime unterworfen. Für Michael Foucault³³ war die Gründung der Psychiatrie Auslöser für den Abbruch des Austauschs mit den psychisch Kranken und gleichzeitig der Beginn der Unterhaltung von Psychiatern und Ordnungsmächten über den „Wahnsinn“. Die „Insassen“ der Anstalten verloren jegliche Rechte und wurden durch medizinische Theorien, wissenschaftliche Testversuche und den unmenschlichen Umgang seitens der Institutionen ausschließlich als „Objekt“ betrachtet und dementsprechend behandelt (vgl. Siemen 2004, S. 18f.). Damit begann ein Monolog der Ärzte und Pfleger miteinander über die krankhaften Abweichungen ihrer Patienten, ohne diese mit ihren persönlichen Auffassungen, Erfahrungen, Gefühlswelten und Erkenntnissen in ihre eigene Behandlung mit einzubeziehen. Im-

³³ Michael Foucault, französischer Psychologe und Soziologe (1926-1984).

merhin unternahmen einige Psychiater nach dem Ende des 2. Weltkriegs anhand anthropologischer Ansätze den Versuch, psychisch Kranken ihr „Subjektsein“ zurückzugeben und den vormals objektivierenden und monokausalen Erklärungsansatz aus der NS-Zeit endgültig aufzulösen. Jedoch hatte dies bis in die 70er Jahre hinein nur wenige Auswirkungen auf die Lebensumstände psychisch Kranker, die nach wie vor von Entmündigung und Rechtlosigkeit geprägt waren (vgl. ebd. S. 19f.). Mit der Psychiatriereform 1975 veränderte sich die Struktur der psychiatrischen Versorgung vollkommen. Durch die Umwandlung der Großkrankenhäuser in Akutkrankenhäuser und der Entstehung zahlreicher Einrichtungen mit verschiedenen Hilfsangeboten konnte die, in den alten Anstalten vorhandene, strenge Disziplinierung und Reglementierung aufgehoben und die Lebensverhältnisse psychisch kranker Menschen zunehmend normalisiert werden. Patienten mussten nun erstmals von Behandlungsmethoden und Therapien überzeugt werden, um ihre Mitwirkung daran sicherzustellen. Dazu musste der Monolog der Fachkräfte nun endgültig aufgegeben werden und in einen Dialog, zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen übergehen. Wenngleich diese erste Entwicklung zum Dialog noch nicht gänzlich zur Subjektivierung des psychisch erkrankten Patienten beitrug, so wurde er mit seinen Angehörigen von der Psychiatrie nun immerhin als sinnvoller Faktor bei der Behandlung der Erkrankung akzeptiert. Dieser Trend, der an vielen Wohnheimen für psychisch kranke Menschen lange Zeit völlig vorbei ging, nahm in den 90er Jahren durch psychoedukative Ansätze, kognitive Verhaltenstherapien, Angehörigengruppen, etc. nochmal zu. Unberührt davon verblieb allerdings die ungleichberechtigt gestaltete Beziehung der drei Protagonisten zu Gunsten der Entscheidungsmacht des zuständigen Arztes (vgl. ebd. S. 21). Eine entscheidende Rolle in der Entwicklung hin zum herrschaftsfreien Austausch zwischen Psychiatrieerfahrenen und Professionellen nahm eine Anhörung zwangssterilisierter und die Euthanasie³⁴ überlebender Mensch 1987 vor dem Innenausschuss des Deutschen Bundestags ein. Diesen hatte kurz zuvor der Soziologe Klaus Dörner mit Politikern ausgehandelt. Unter den Beteiligten befand sich u. a. Dorothea Buck³⁵, die auf Nachfrage des damaligen Behinderten-Beauftragten des Bundesgesundheitsministeriums ihre Vorstellungen für eine humane Psychiatrie aufschreiben sollte. Erstmals war es also auf der Seite der Professionellen von Interesse, wie Betroffene ihre Psychosen selbst erleben und verstehen. Nur zwei Jahre später ging aus der Absicht Bucks, einen Arbeitskreis für mehr Mitbestimmung der Patienten in der Psychiatrie zu gründen der „Triolog“ in Hamburg hervor, bei dem der gleichberechtigte Erfahrungsaustausch erstmals an einem festgelegten Ort in strukturierter Form stattfinden konnte (vgl. Buck 2009, S. 5). Bis 1998 gründeten sich deutschlandweit etwa 100 Psychoseseminare. 2004 nahmen bereits 5000 Betroffene regel-

³⁴ Ermordung von Psychiatriepatienten und Menschen mit Behinderungen im dritten Reich.

³⁵ Dorothea Buck, Psychiatrieerfahrene und Überlebende der NS-Diktatur sowie Mitbegründerin der ersten Psychoseseminare und bedeutende Persönlichkeit der Betroffenenbewegung (*1917).

mäßig am Trialog teil, zu dem alle am Genesungsprozess beteiligten Protagonisten auf neutralem Boden und ohne jeglichen therapeutischen Zwang über Erfahrungen und Konsequenzen sowie den Umgang mit der Erkrankung und psychischen Problemen offen diskutieren und sich miteinander austauschen (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 315). Noch ist von der trialogischen Vorgehensweise der Verantwortlichen in der Psychiatrie außerhalb von Psychoseseminaren wenig erkennbar. Die dort dominierende Gesprächsform ist auf Grund der strukturell bedingten Ungleichheit weiterhin zwischen Monolog und Dialog anzusiedeln. Dennoch birgt der Trialog Potential dazu, in Zukunft eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Patienten und der Sozialpsychiatrie zu gestalten (vgl. Siemen 2004, S. 22).

3.2 Merkmale des Trialogs

Noch herrscht nach Siemen der Monolog bei der Versorgung psychisch kranker Menschen vor. Die Bestimmungsmacht bei therapeutischen Entscheidungen liegt nach wie vor unverkennbar beim behandelnden Arzt oder Psychiater. Laut Günter Storck von der DGSP ist die Einführung des Trialogs eine Grundvoraussetzung für den Aufbau einer demokratischen Handlungskultur und damit zur weiteren Reformierung der Psychiatrie. Der gleichberechtigte Diskurs zwischen Patienten, Professionellen und Angehörigen ist darüber hinaus eine Möglichkeit dazu, die klassische Haltung von Fachkräften von der Behandlung und Bestimmung, zur Verhandlung mit dem Patienten umzukehren. Der Betroffene muss als Subjekt professionellen Handelns wahrgenommen werden (vgl. Storck 2004, S. 103).

Was aber bedeutet eigentlich der Begriff „Trialog“, der weder im Fachlexikon der Sozialen Arbeit, noch im Duden Erwähnung findet? Nach Bombosch et al. kann unter Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Protagonisten im sozialpsychiatrischen Entwicklungsprozess gesehen werden, die jeweils in einer Beziehung gleichberechtigter Partner miteinander agieren. Mit „Protagonisten“ sind in diesem Kontext Patienten, ihre Angehörigen und die behandelnden professionellen Fachkräfte gemeint. (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 14). Thomas Bock, einer der Mitbegründer des Psychoseseminars, bezeichnet mit dem Trialog „die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw.“ (Bock 2009, S. 4). Das Psychoseseminar dient eigens für die Umsetzung der trialogischen Idee als Übungsfeld für den herrschaftsfreien Diskurs³⁶. Sowohl Psychiatrieerfahrene als Experten in eigener Sache als auch Professionelle mit Ausbildung und Angehörige begegnen sich auf Augenhöhe, bilden sich fort und vermitteln Respekt für jeweilige subjektive Wahrnehmungen und ihre unterschiedlichen Bedürfnisse. Der Austausch

³⁶ Siehe auch Habermas' und Apels Diskursethik.

von Erfahrungen, Wahrnehmungen und Kenntnissen sowie der gegenseitige Perspektivwechsel stehen im Vordergrund (vgl. ebd. S. 4f.).

Die Sinnhaftigkeit und das Ziel des Dialogs oder eines Psychoseseminars kann dann erreicht werden, wenn einige Regeln eingehalten und Kriterien erfüllt werden. So ist es notwendig, das dialogische Seminar an einem neutralen Ort abzuhalten, um keiner der beteiligten Parteien den Vorteil des Hausrechts einzuräumen. Gebäude der psychiatrischen Versorgung könnten beispielsweise die Gefahr bergen, dass sich Psychiatrieerfahrene auf Grund des Settings professionell Tätigen gegenüber in der Hierarchie als unterlegen fühlen und sich dementsprechend im anschließenden Diskurs eher passiv verhalten. Des Weiteren ist es von enormer Bedeutung, dass keiner der Beteiligten seine Definitionsmacht hinsichtlich Krankheitsursachen und richtiger Therapiemethoden für allgemein gültig und zutreffend ansieht. Vielmehr geht es um den wertneutralen Austausch des Wissensschatzes Psychiatrieerfahrener mit den Erfahrungen und Kenntnissen der Experten durch Ausbildung (vgl. Fricke 2004, S. 78). Ein weiteres wesentliches Kriterium für den produktiven Austausch in einem dialogischen Seminar ist die Voraussetzung der Freiwilligkeit zur Teilnahme jedes Beteiligten. Vor allem das Interesse an Sichtweisen, Erfahrungen und Ängsten der anderen Gruppen und Patienten und das Ernstnehmen und die Berücksichtigung dieser sollten die Motivation zur Teilnahme an Psychoseseminaren geben. Weiter ist es von Relevanz, dass sowohl die Fachkräfte der Psychiatrie, als auch die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen mit konsequenter Offenheit am Seminar teilnehmen. Dies gilt insbesondere bei brisanten Erfahrungen, Gefühlen, Ängsten und der Hilflosigkeit im Umgang mit der eigenen Erkrankung (vgl. ebd. S. 78f.). Der Dialog erfordert außerdem von allen Beteiligten die Fähigkeit zur Empathie und zum Perspektivwechsel mit den anderen Gruppen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die o. g. Offenheit nicht zu Verletzungen, Schuldzuweisungen oder Missverständnissen führt. Jeder der Teilnehmer sollte deshalb nachvollziehen können, warum bestimmte Handlungen beim Gegenüber Verletzungen verursachen können und weshalb es situativ zu bestimmten Handlungen gekommen ist. Letztlich ist es außerdem von besonderer Bedeutung, dass außerhalb des Dialogs über jedwede Inhalte absolutes Stillschweigen zwischen den Teilnehmern vereinbart wird. Dies ist die existenzielle Voraussetzung für das Heranwachsen und die Stärkung der im Dialog notwendigen Vertrauensgrundlage (vgl. ebd. S. 79).

Das dialogische Handeln mit all seinen erfüllten Voraussetzungen nimmt sich zum Ziel, die Deutungs- und Entscheidungsmacht auf der Seite der Professionellen in Frage zu stellen und in eine demokratische Handlungskultur umzuwandeln. Entscheidungen sollen in einem offenen und gleichberechtigten Diskurs getroffen werden, indem alle drei teilnehmenden Gruppen einen Perspektivwechsel vollziehen (vgl. Bombosch et al. 2004, S. 15). Der Dialog fördert außerdem die Qualität der Sozialpsychiatrie durch das Miteinander der Beteiligten mit

ihren jeweiligen Ressourcen und ihrem Expertentum und unterstützt zudem das Anliegen des psychisch kranken Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben (vgl. Storck 2004, S. 103).

3.3 Psychosese minare und ihre Wirkung

Thomas Bock (2004) definiert das Psychosese minar als ein Übungsfeld trialogischen Handelns, dessen Inhalt hauptsächlich auf dem Erzählen von Geschichten und dem Austausch subjektiver Erfahrungen zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen basiert. Mit einem wechselseitigen Lernprozess wird in einem offenen Diskurs über gemeinsam bestimmte Themen gesprochen, bei denen sich alle Beteiligte als Experten gegenüberstehen. Bei möglichst wechselnder Moderation steht die gemeinsame Sprache, Empowerment³⁷ und Selbstbestimmung im Vordergrund. Allen Teilnehmern wird die Möglichkeit der Anonymität gewährt. Die Entscheidung, an einem Psychosese minar teilzunehmen, sollte allerdings auf eigener Verantwortung fußen und keiner Fremdbestimmung vorweggehen (vgl. Bock 2004, S. 34).

Der Nutzen und die Wirkung der Psychosese minare auf Menschen mit psychischer Erkrankung, ihre Angehörigen und Fachkräfte der psychiatrischen Versorgung kann völlig unterschiedlich ausfallen. Psychiatrieerfahrenen geht es in erster Linie darum, subjektive Konzepte, Einstellungen, Bewertungen und individuelle Bewältigungsstrategien für ihre Genesung mit anderen Besuchern zu teilen, zu diskutieren und die Schlüsse daraus im eigenen Lebensentwurf zu integrieren und für den weiteren Heilungsprozess nutzbar zu machen (vgl. Bock 2009, S. 4). Das Psychosese minar ermöglicht bei den psychisch kranken Teilnehmern gerade deswegen eine Entwicklung, weil diese – nicht wie in einer freiwilligen oder verordneten Therapie – nicht von Psychotherapeuten oder Psychiatern abverlangt wird. Patienten können befreit von jeglichem Zeitdruck und äußeren Zwängen das lernen und aus den Veranstaltungen mitnehmen, was sie für notwendig erachten. Das Psychosese minar ist deshalb ein gutes Fundament für eigene freiwillige Veränderungen, weil diese dort nicht gefordert werden und den Teilnehmern somit Autonomie eingeräumt wird. Durch den selbstbestimmten und nahezu absichtslosen Rahmen der Veranstaltungen beteiligen sich auch diejenigen rege und aktiv am offenen Diskurs, die sonst eher introvertiert und verhalten auf öffentliche Diskussionen eingehen. Das Erzählen von der eigenen Person und begleitenden Symptomen in der entspannten Atmosphäre fördert außerdem den Integrationsprozess (vgl. Bock 2004, S. 33). Ein weiteres Paradoxon der Psychosese minare ist die leichtere Verständigung über die psychische Erkrankung mit fremden Betroffenen als mit eigenen Freunden oder Familienmitgliedern. Es treffen Menschen aufeinander, die nicht voneinander abhängig oder füreinander verantwortlich sind. Durch diese Distanz – anders als bei familiären oder freund-

³⁷ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 6.2 erläutert.

schaftlichen Beziehungen – wird die Handlungskompetenz der Teilnehmer gesteigert. Somit entsteht eine umfassendere Übersicht und Entschiedenheit, die eine bessere Verständigung zwischen den Parteien ermöglicht. So sprechen beispielsweise jüngere psychisch kranke Menschen Erfahrungen mit ihren Psychosen an, die Eltern eines anderen Patienten aus dieser Perspektive nie von ihrem eigenen Kind hätten annehmen können.

Auch aus der Sicht einer professionellen Fachkraft kann das trialogische Seminar zu einem besseren Verständnis und einer produktiveren Beziehung zum behandelnden Patienten beitragen. So ist, ähnlich wie bei den Betroffenen auch, ohne den äußeren Handlungs- und Erwartungsdruck ein gelasseneres Aufnehmen von Informationen und ein umfassenderes Wahrnehmen der Gefühlswelten und Erfahrungen der teilnehmenden psychisch kranken Menschen möglich. Professionelle bekommen außerdem die Möglichkeit, in einem zwanglosen Setting die Auseinandersetzung und Analyse Betroffener mit ihrer Psychose zu verfolgen, welcher Sinn dieser beigemessen wird und ob der Erkrankung auch positive Seiten abgewonnen werden. Auf diese Weise wird die Fachkraft davon in Kenntnis gesetzt, über welche Bewältigungsstrategien der Psychiatrieerfahrene bereits verfügt und welche davon auch ohne professionelles Zutun größeren Erfolg versprechen. Auf Grund des herrschaftsfreien Raums fällt es Psychiatrieerfahrenen zudem leichter, professionellen Fachkräften Rückmeldung über therapeutische Methoden zu geben. Dies eröffnet für Profis die Chance, ihr eigenes Handeln zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen (vgl. ebd. S. 33f.). Der Dialog eröffnet oftmals eine andere Perspektive auf psychotische Erfahrungen, entfernt sich von der pathologischen und nähert sich der sinngebenden Betrachtungsweise. Er schützt den Profi im hektischen Alltag außerdem davor, „die Stärken des Patienten, die Chancen der Krise und die Funktion der Psychose“ (ebd. S. 35) nicht aus den Augen zu verlieren.

Auch für die Angehörigen nimmt der Dialog eine wesentliche Bedeutung ein. Nachdem diese lange Zeit ausgegrenzt und sogar als hinderlich für den Genesungsprozess psychisch kranker Menschen betrachtet wurden, bietet das Psychoseseminar diesen nun die Möglichkeit, Erlebnisse, Sorgen, Erfahrungen und Fragen mitzuteilen und im Erfahrungsaustausch nach neuen Wegen zu suchen. Der offene Diskurs unterbindet außerdem Feindseligkeiten oder Abqualifizierungen gegenüber Eltern, Großeltern, Geschwistern oder anderen Anverwandten. Psychoseseminare verhelfen Angehörigen im gleichberechtigten Dialog zu neuen Kenntnissen für eine bessere Beziehungsgestaltung zu ihrem Familienmitglied aber auch zur Verringerung bestehender Vorurteile (vgl. Meyer 2009, S. 5f.). Wie oben bereits genannt ermöglicht der Dialog Familienangehörigen eine bisher unbekannte Sichtweise auf Psychosen, die sie von ihrem Familienmitglied auf diese Weise nie erfahren oder annehmen konnten. Angehörige gewinnen außerdem Informationen über situativ hilfreiches und weniger hilfreiches Verhalten gegenüber ihrem Familienmitglied und erfahren aus erster Hand, dass die Genesung von einer psychischen Erkrankung möglich ist. So sieht die

Angehörigenbewegung im Dialog einen wesentlichen Beitrag zu einer humanen und gleichberechtigten Psychiatrie, die auch das familiäre und soziale Umfeld des erkrankten Menschen mit einbezieht und ein zufriedenstellendes Leben in und mit seiner Umwelt ermöglicht (vgl. ebd. S. 6).

3.4 Kritik und Grenzen des Dialogs

Wie schon Siemen, so stellt auch die Psychiatrieerfahrene Sybille Prins fest, dass in vielen Bereichen der Psychiatrie nach wie vor der Monolog kennzeichnend für die Gesprächshierarchie zwischen Professionellen und Betroffenen ist. Die Ursache hierfür könnte in der Sichtweise einiger Professioneller begründet liegen, dass dialogisches Arbeiten mit ihrer speziellen Klientel nicht möglich sei. Diese Einstellung beraubt nicht nur Fachkräfte, sondern insbesondere den Betroffenen jegliche Chancen des Dialogs. An Profis wird in Psychoseminaren die Herausforderung gestellt, sich selbst und eigene Therapieverfahren auf Grund von Reaktionen der Psychiatrieerfahrenen kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Ist bei einer Teilnahme am Seminar keine wirkliche Motivation vorhanden oder fehlt die Überzeugung und der Glaube an den dialogischen Gedanken, wird der eigentliche Nutzen für psychiatrische Fachkräfte ad absurdum geführt (vgl. Prins 2004, S. 189f.). Ein weiterer negativer Aspekt besteht in der Gefahr, Betroffene und Angehörige könnten sich von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung instrumentalisieren lassen. Vielen Institutionen ist es ein besonderes Anliegen, bei neuen Entwicklungsansätzen, speziell im Wettkampf gegen die Konkurrenz, Vorreiter und Aushängeschild für Kostenträger, Patienten und Angehörige zu sein. Die Qualität des Dialogs darf hierdurch allerdings nicht leiden. Dialog sollte inhaltlich als solcher erkennbar bleiben und nicht zu einer Scheinveranstaltung mit dekorativem Wert verkommen (vgl. ebd. S. 190). Der Sinn eines Psychoseminars besteht im subjektiven Austausch von Geschichten, Erfahrungen, Gefühlen und Kenntnissen Betroffener aus ihrem Leben mit ihrer Psychose. Coping-Strategien³⁸ werden weitergegeben, ein offener Diskurs mit Angehörigen und Professionellen sollte auf gleicher Augenhöhe stattfinden. Der Nutzen des Dialogs findet allerdings dann keine Anwendung mehr, wenn Fachkräfte der Psychiatrie die autobiografischen Berichte der Patienten, zu denen sie sonst vermutlich keinen Zugang hätten, in medizinische und therapeutische Fachsprache transformieren. Dadurch gingen wertvolle Aussagen Betroffener verloren und das hohe Maß an Authentizität würde aufgelöst (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 92). Hinsichtlich des Kriteriums der Herrschaftsfreiheit darf auch in Frage gestellt werden, ob diese bei Psychiatrieerfahrenen in Interaktion mit Angehörigen und insbesondere Professionellen überhaupt empfunden werden kann. Die Kompetenz der Betroffenen ist in dialogischen Seminaren auf ihre psychische Erkrankung beschränkt. Demge-

³⁸ Engl. „to cope“, bewältigen, kann synonym mit „Bewältigungsstrategien“ verwendet werden.

genüber nehmen Professionelle mit einem Informations- und Wissensvorsprung teil und haben außerhalb der Psychoseseminare zudem wesentliche Entscheidungskompetenzen inne. So könnten einige der Teilnehmer an der tatsächlich vorhandenen Augenhöhe zwischen den Gruppen zweifeln. Auch dies würde letztlich die Qualität des Dialogs beeinflussen. Des Weiteren findet in Seminaren eine Verfestigung der Rollenzuschreibungen der drei unterschiedlichen Parteien statt. Beteiligte nehmen entweder als Patienten, Angehörige oder Profis teil. Die einhergehende Stigmatisierung wird somit nicht wie angestrebt aufgelöst, sondern weiter intensiviert (vgl. Prins 2004, S. 192f.). Der Nutzen des Dialogs für Angehörige und Psychiatererfahrene durch deren Austausch untereinander ist unbestritten. In Frage gestellt werden darf allerdings, ob das dialogische Handeln in Seminaren überhaupt Auswirkungen auf den psychiatrischen Alltag und die Behandlung psychisch kranker Menschen haben kann, wenn sich insbesondere die für die Behandlung Verantwortlichen selbst nicht aktiv am Dialog beteiligen. Auch auf übergeordneter Ebene können konzeptionell nur dann Veränderungen erfolgen, wenn sich ebenso Einrichtungsleiter und Geschäftsführer psychiatrischer Einrichtungen an der dialogischen Idee beteiligen. Letztlich gilt für den Dialog, wie für alle anderen Projekte psychiatrischer Versorgung auch, die Gefahr von Sozialkürzungen. Diese könnten das dialogische Handeln auf Grund fehlenden Personals und mangelnder Zeit zusätzlich erschweren (vgl. ebd. S. 193).

3.5 Vom Dialog zum Peer-Support

Im Dialog treffen Betroffene, Angehörige und Professionelle im psychiatrischen Kontext aufeinander, um subjektive Wahrnehmungen und Erfahrungen von Psychosen auszutauschen und Bewältigungsstrategien weiterzugeben. So findet in der offenen Diskussion ein wechselseitiger Lernprozess statt, der eine gemeinsame Sprache zum Ziel hat. Experten durch Ausbildung, durch Erfahrung und Angehörige bilden sich wechselseitig fort, vermitteln gegenseitigen Respekt für subjektive Wahrnehmungen, verknüpfen Perspektiven und versuchen, sich empathisch in das Handeln anderer Teilnehmer hineinzusetzen. In Psychoseseminaren findet somit eine gemeinschaftliche Reflexion statt, die auf Subjekt- und Bedürfnisorientierung abzielt und den Menschen ganzheitlich mit seiner Erkrankung erfasst. Das heißt, seine Stärken, die Chancen seiner Krisen, die Funktion seiner Psychose und seinen sozialen und biografischen Kontext mit einbezieht. In der Akutpsychiatrie wird wegen Zeit- und Personal-mangel oftmals auf die umfassende Perspektive des Patienten verzichtet (vgl. Bock 2004, S. 35). So geht der enorme Erfahrungsschatz psychisch kranker Menschen verloren und mit ihm die angestrebte subjektorientierte Behandlung. Die Psychiatrie als empirische Wissenschaft stützt sich jedoch auf praktische Erfahrungen. Wie also könnte diese Disziplin speziell auf die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Kenntnisse Betroffener verzichten (vgl. Dochat 2011, S. 4)? Der Dialog fördert also die Genesung von Patienten mit einer psychischen Er-

krankung durch subjektive Konzepte, Einstellungen und insbesondere individuellen Bewältigungsstrategien. Der Dialog führt außerdem dazu, Patienten zu sensibilisieren und eigene Erfahrungen im Austausch mit anderen zu reflektieren. Es ist also eindeutig, dass Psychosen nicht nur Leid, Unsicherheit, Verzweiflung und andere negative Aspekte mit sich bringen, sondern auch zur Ausbildung eigener Kompetenzen führen, die in überindividuellen Kontexten hilfreich und von großem Nutzen sein können, wie beispielsweise im Austausch mit anderen Psychiatrieerfahrenen, in Selbsthilfegruppen oder sogar in einer bezahlten psychosozialen Tätigkeit (vgl. Bock 2012, S. 25).

4. Vom Psychiatrieerfahrenen zum Experten

4.1 Ursprung der Bewegung

Der Einsatz ehemaliger suchtkranker Menschen als professionelle Mitarbeiter in der Suchthilfe zur Unterstützung von akut erkrankten Patienten gehört seit über 30 Jahren der Angebotspalette der Suchtarbeit an und ist längst gesellschaftlich akzeptiert. Auch in der AIDS-Hilfe sind ähnliche Ansätze längst verbreitet und nicht mehr wegzudenken. Menschen, die sich in ihrem Leben auf Grund von großen Herausforderungen und Grenzerfahrungen spezielle Kompetenzen aneignen konnten, unterstützen andere Menschen, die mit ähnlichen Situationen und Erlebnissen in ihrem Leben konfrontiert werden. In der psychiatrischen Versorgung scheiterte diese Ansicht bisher stets an Vorurteilen und Diskriminierungen, da Einschätzungen psychisch kranker Menschen als irrational und unnormale gewichtet wurden (vgl. Utschakowski 2007, S. 277). Durch diese Geringschätzung seitens der Institutionen gegenüber ihren Patienten kommt der Kohärenz im Sinne gesteigerter Solidarität und Verständnis eine wesentliche Bedeutung zu. Es kommt untereinander zum regen Erfahrungsaustausch, Wahrnehmungen, Gefühle, Kenntnisse und Bewältigungsstrategien werden gegenseitig vermittelt. Hierin kann ein Grund für den Ursprung der Erfahrenenbewegung gesehen werden. Weiterhin stoßen viele Psychiatrieerfahrenen mit ihren Lebens- und Erfahrungswelten bei Fachkräften der psychiatrischen Versorgung auf Unverständnis. Sie fühlen sich nicht nur von der unaufgeklärten Gesellschaft, sondern auch von den Institutionen falsch verstanden. Dies führt zur Unzufriedenheit in der Behandlung und gegenüber den Versorgungsangeboten, die viele Psychiater bereits mit der Verwendung von Psychopharmaka als ausgeschöpft betrachten. Viele Betroffene sehen im Peer-Support deshalb eine sinnvolle, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Ergänzung traditioneller psychiatrischer Angebote, die, so Tooth et al. (1997, vgl. n. Utschakowski 2012, S. 15) oftmals nicht nur als unangemessen, sondern sogar als hinderlich für den Genesungsprozess psychisch kranker Menschen empfunden werden. An dieser Stelle entwickelte sich die Peer-Bewegung also aus der Kritik an den gewöhnlichen Hilfen heraus und stellte mit der Akzentuierung des Wertgehalts von Er-

fahrungen Betroffener eine Alternative zu diesen dar. Einhergehend mit diesen Entwicklungen kann der Ursprung der Erfahrenenbewegung aber hauptsächlich mit der Ausbreitung des Dialogs in Verbindung gebracht werden. So ähnelt der Ansatz der Peer-Arbeit mit der Vermittlung von Erfahrungen und Coping-Strategien zur Unterstützung anderer Betroffener der des dialogischen Denkens und Handelns. Auch bei der Arbeit von Experten aus Erfahrung stehen subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen für den Genesungsprozess im Vordergrund. Thomas Bock, Mitbegründer der Psychoseseminare, sieht im Peer-Support sogar ein Kind des Dialogs (vgl. Bock 2009, S. 4). Letztendlich kann auch in den zahlreichen Reformierungen der psychiatrischen Versorgung und den politischen Bemühungen nach einem bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungsangebot ein Katalysator der Betroffenenbewegung gesehen werden. Psychiatrieerfahrene und Fachkräfte haben ein grundlegend verschiedenes Verständnis von ätiologischen³⁹ und epidemiologischen⁴⁰ Ansätzen. Traditionelle Modelle von psychischen Erkrankungen werden von Betroffenen oft als unflexibel, stigmatisierend, entrechtend und defizitär angesehen. Durch die Einbeziehung von Erfahrungsexperten können bisher unberücksichtigte Informationen und durch Erfahrungen gewonnenes Wissen in Forschung, Lehre und Praxis eingesetzt und somit dem Wunsch vieler Patienten nachgekommen werden, ihren Bedürfnissen und ihrem Bedarf gerecht behandelt zu werden (vgl. Utschakowski 2007, S. 279).

4.2 Was sind „Experten aus Erfahrung“?

„Die Geschichte der Psychiatrie“, so Böhme (1980, zit. n. Utschakowski 2007, S. 279), „ist eine Geschichte der Außensicht auf das Phänomen der Ver-rücktheit. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung bleiben oft insbesondere jene Wissensbereiche unberücksichtigt, die sich aus den lebensweltlichen Erfahrungen jenes Teils einer Gemeinschaft herleiten, der über geringe gesellschaftliche Macht verfügt.“ „Die Verwissenschaftlichung der Ver-rücktheit“, so Foucault (1977, zit. n. ebd.), „führt daher nicht notwendigerweise zu einer Präzisierung von Erkenntnis, sondern fördert den Prozess des Ausschlusses.“

Um eine, den Bedürfnissen der Patienten angepasste und damit hilfreiche psychiatrische Versorgung für Betroffene einzurichten, ist es notwendig, Grenzerfahrungen und Erfahrungen aus Lebenskrisen mit einzubeziehen und diesen im Behandlungsprozess einen besonderen Stellenwert zukommen zu lassen. Der Sinn psychiatrischer Krisen sollte in den Vordergrund rücken und Patienten bei der Findung ihrer Identität jenseits ihrer psychischen Erkrankung unterstützt werden. Das Expertenwissen, das Betroffene durch Erfahrungen mit ihren Krisen und deren Bewältigung gewonnen haben, ist bei diesem Ansatz von wesentlicher Bedeutung (vgl. ebd.). Mit welchen Ereignissen können die Erfahrungen eines Betroffe-

³⁹ Die Ursache (einer Krankheit) betreffend.

⁴⁰ Die Folgen und Ausbreitung (einer Krankheit) betreffend.

nen in Verbindung gesetzt werden? Die Berührung mit der Psychiatrie bedeutet für Betroffene oftmals die Erfahrung von Anderssein, von Krankheit, von Behinderung und von psychischem Leid sowie die direkten negativen Auswirkungen auf Körper, Seele und Identität. Der eigene erstellte Lebensentwurf ist im Vergleich zu Entwürfen gesunder Menschen oftmals inkongruent. Dies führt wiederum zu Unsicherheit und Ausgrenzung. Nicht zuletzt bedeutet die Erfahrung mit psychischer Erkrankung auch das Aufsuchen von Hilfen und die einhergehende Abhängigkeit von professionellen Fachkräften der Psychiatrie (vgl. ebd.)

All diese Erfahrungen bringen einen besonderen Wert mit sich. Dieser vorhandene, aber lange Zeit nicht beachtete Wissensschatz kann sich, weitergegeben durch Experten aus Erfahrung, positiv auf die Genesung von Patienten auswirken. Nachfolgend wird der Begriff des Experten durch Erfahrung näher definiert und erläutert:

„Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und / oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im sozio-kulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und / oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, damit umzugehen. Um ein Experte durch Erfahrung zu werden, ist es erforderlich, dass jemand seine eigenen Erfahrungen reflektiert und sie mit anderen, die die gleiche oder ähnliche (sic!) Erfahrungen gemacht haben, teilt. Es ist erforderlich, dass die Experten ihre Erfahrungen mit einer Vielzahl anderer Erfahrungen anderer Personen in unterschiedlichen Situationen vergleichen.“
(H. van Haaster und Y. Koster 2005, zit. n. Utschakowski 2007, S. 280)

Die Definition von van Haaster und Koster erläutert den Begriff des Erfahrungsexperten umfangreich und detailliert. Beide beziehen sich auf den Kontext der Gesundheitsversorgung. Als Grundvoraussetzung wird die Erfahrung mit einer Krankheit, Behinderung oder psychischen Problemen angeführt, aus der spezifische Fähigkeiten erwachsen. Der Betreffende lernt also, auf Grund seiner schwierigen Lebensphase / -situation, mit seinen Beeinträchtigungen zu leben und diese, auch in Situationen in denen die psychische Erkrankung an Bedeutung gewinnen könnte, besser zu bewältigen. Eine weitere Voraussetzung zum Experten aus Erfahrung besteht nach van Haaster und Koster darin, dass der Betreffende seine eigenen Erfahrungen selbst reflektiert⁴¹, diese also hinterfragt. Weiterhin ist es notwendig, die reflektierten Erfahrungen mit den Erfahrungen anderer Betroffener auszutauschen, die mit ähnlichen Problemlagen und Krisen konfrontiert wurden. In diesem Zusammenhang sollte der Betreffende seine Erfahrungen mit zahlreichen Erfahrungen Anderer in vergleichbaren Situationen auf ihre Allgemeingültigkeit hin überprüfen.

⁴¹ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 4.3 erläutert.

„Solomon (2004) hat Peer-Support als „sozial-emotionale, häufig auch praktische Unterstützung“ definiert, „die gegenseitig erfolgt oder von Menschen gegeben wird, die Erfahrung mit einer psychischen Störung haben, mit dem Ziel, eine erwünschte soziale oder persönliche Veränderung zu bewirken“ (ebd., S. 393).

(Amering, Schmolke 2012, S. 373)

Solomon geht in seiner Definition von 2004 über den Peer-Support mehr auf die Art der Unterstützung und die Wirkung der Hilfe ein. So beschreibt er die gegenseitig erfolgende Hilfe zwischen Psychiatrieerfahrenen als sozial-emotionale und praktische Unterstützung. Solomon hebt also besonders die emotionale Komponente bei der Hilfestellung zwischen Betroffenen hervor und weist auf den bedarfsorientierten Charakter der Unterstützung hin. Als Ziel am Ende einer erfolgreichen Peer-Beratung sieht er eine vom Patienten erwünschte soziale oder persönliche Veränderung.

In der Literatur wird oftmals zwischen Peer-Support und dem professionellen Peer-Support unterschieden. Während sich die erstgenannte Selbsthilfeform durch die reziproken Beziehungen aller voneinander profitierenden Teilnehmer kennzeichnet, verändert sich die Beziehung im professionellen Peer-Support dahingehend, dass der Hilfe- und Informationsbedarf lediglich auf einer Seite vorhanden ist und die andere Seite bestrebt ist, diesen professionell zu decken (vgl. Utschakowski 2012, S. 19f.).

„Nach der Definition von Peebles et al. (2007) handelt es sich dabei um „ein (sic!) oder mehrere Personen mit einer psychischen Krankheitsgeschichte, deren Zustand sich signifikant verbessert hat und die anderen Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit, die noch nicht so weit in ihrem Recovery-Prozess fortgeschritten sind, Hilfe und/oder Unterstützung bieten.““

(Amering, Schmolke 2012, S. 374)

Die Begriffserklärung der Autoren um Peebles ist mehr recoveryorientiert ausgelegt. Auch hier wird eine Krankheitsgeschichte einer oder mehrerer Personen vorausgesetzt. Psychiatrieerfahrene, deren Zustand sich ausreichend verbessert hat, unterstützen andere Menschen mit einer psychischen Erkrankung in ihrem Recovery-Prozess⁴².

Im 2007 erschienenen Buch von Knuf, Osterfeld und Seibert „Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit“ werden weitere Merkmale und Kriterien für Erfahrungsexperten aus der Broschüre „Betrifft: Professionalität“ aufgestellt.

So muss grundsätzlich die Bereitschaft dazu gegeben sein, dass Experten aus Erfahrung ihre Erlebnisse und die Beschäftigung damit aktiv als eine ihrer Ressourcen nutzen möchten. Eine weitere Voraussetzung besteht darin, dass die Fähigkeit und Kompetenz beim Erfah-

⁴² Nähere Hintergründe werden in Kapitel 6.1 erläutert.

nungsexperten gegeben sein muss, eigene Erfahrungen und den jeweiligen Umgang damit sachlich und objektiv zu reflektieren und zu hinterfragen. Kann diese Voraussetzung nicht erfüllt werden, ist eine effektive und optimierte Hilfestellung in Form von Peer-Support nicht möglich. Experten aus Erfahrung müssen außerdem den Mut, die Bereitschaft und die Kompetenz dazu aufbringen, über ihre eigenen Erlebnisse, Gefühle und ihren Reflexionsprozess zu sprechen. Richtigkeit und Wahrhaftigkeit im Austausch mit Patienten sind somit notwendig. Weiterhin muss ein Erfahrungsexperte für sich die Entscheidung treffen, ob er eigene Erfahrungen für andere Patienten sichtbar nach außen kommunizieren und diesen wenn nötig auch kritisch gegenüberstehen möchte. An diesem Punkt wird Offenheit und das Eingestehen eigener Fehler bzw. un guter Entscheidungen oder Verhaltensweisen für eine Tätigkeit als Erfahrungsexperte vorausgesetzt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt besteht in der Fähigkeit, offen für andere Vorstellungen zu sein, selbst wenn sich diese nicht leicht integrieren lassen. Ein Experte muss dennoch Raum für Irritation und für ihn nicht vertretene Werte zulassen. An ihn wird insofern die Herausforderung herangetragen, verschiedene Perspektiven einnehmen zu können und empathisch gegenüber anderen Patienten zu sein. Er nimmt außerdem einen Rollenwechsel, vom Patienten hin zum Unterstützer und Berater vor. Des Weiteren versucht ein Erfahrungsexperte zum einen, Hemmschwellen zu verringern und zum anderen, Fremdzuschreibungen in Frage zu stellen. Dabei und für andere nützliche Hilfen setzt er bewusst seine eigenen Erfahrungen als Hilfsmittel und Werkzeug ein. Er legt außerdem eine bereitwillige Grundhaltung an den Tag, die es ihm ermöglicht, ständig Neues zu lernen und zu erfahren und sich dadurch kontinuierlich weiterzuentwickeln. Neben der Entkräftung von Fremdzuschreibungen sollte ein Erfahrungsexperte auch einen konstruktiven Zugang für den Umgang mit Stigmatisierungen durch die Öffentlichkeit entwickeln und deren Funktionen aufdecken können. Ein letztes Kriterium besteht in der kritischen Auseinandersetzung der Experten mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Zu diesem Punkt gehören u. a. auch die Auseinandersetzung mit den finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung sowie die kritische Betrachtung der eigenen Rolle im Arbeitsumfeld und in Bezug zu professionellen Fachkräften (vgl. Utschakowski 2007, S. 280f.).

4.3 Die Entstehung von „WIR“-Wissen aus „ICH-Wissen“

Wie bereits in der Begriffserklärung von van Haaster und Koster angedeutet, besteht eine wesentliche Voraussetzung für einen Experten aus Erfahrung darin, eigene Erfahrungen zu reflektieren, diese mit vielen anderen Betroffenen auszutauschen und mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Situationen zu vergleichen. Erst wenn dieses Kriterium erfüllt ist, wird aus einem Psychiatrieerfahrenen ein Erfahrungsexperte. Auf diesen Prozess und den Begriff der

Erfahrung soll nachfolgend aus mehreren theoretischen Betrachtungsweisen ausführlicher eingegangen werden.

Der Niederländer Harrie van Haaster sieht im Erleben von Erfahrungen eine Quelle von Weisheit, die dazu genutzt werden kann, das eigene Leben schöner, bedeutungsvoller und abwechslungsreicher zu erleben. Weiter ist er der Meinung, Erfahrungen seien zwar von persönlicher und subjektiver Natur, allerdings keinesfalls weniger wert als objektive wissenschaftliche Beobachtungen (vgl. van Haaster 2012, S. 48). Jede Beobachtung, die ein Mensch in seinem Leben macht, führt zur direkten Erfahrung emotionaler Werte, wie beispielsweise Freude, Ärger, Schmerz und befindet über richtig oder falsch. Je mehr ein Mensch also erlebt, desto mehr erfährt er und desto höher steigt das Maß seiner Weisheit. Durch soziale Prozesse wie z. B. Integration, Desintegration, Stigmatisierung oder Diskriminierung werden Erfahrungen geschärft und intensiver und führen so zur Vertiefung dieser und der Gefühlswelt. In wissenschaftlichen Disziplinen wie der Psychiatrie wird häufig mit Begriffsdefinitionen gearbeitet. Diese geben in der Regel auch das Ziel psychiatrischer Versorgung vor. Diese Vorgehensweise birgt nach van Haaster die Gefahr einer Verminderung der tatsächlichen subjektiven und daher reichhaltigeren Realität. Dennoch können Erfahrungen, transformiert in eine Sprache, ausgedrückt und beschrieben werden. Beispielsweise zur besseren Bewältigung, zur Bewertung ihrer Richtigkeit oder zur Vermittlung an andere Betroffene. In diesem Fall werden in einem besonders hohen und eindringlichen Maß Gefühle wie Mitleid, Spannung oder Empörung an die Zuhörer vermittelt. Diese ausdrucksstarken Gefühle stehen bei der Erzählung im Vordergrund (vgl. ebd. S. 48f.).

Werden Erfahrungen vermittelt und geteilt, so findet ein ausführlicher Austausch von individuellen Erfahrungen mit anderen Betroffenen statt, die ähnliche Situationen durchlebt haben und mit psychischen Krisen und Einrichtungen konfrontiert wurden. In diesem Austausch erkennen sich die Zuhörer oftmals wieder, ähnliche Erfahrungen können so miteinander verknüpft werden. Nach van Haaster ist diese Wiedererkennung im Betroffenenaustausch mit der o. g. Beobachtung und dem emotionalen Wert, der an diese Beobachtung gebunden ist, verwandt. Die Beteiligten erkennen also nicht nur die gleichen Situationen wieder, sondern auch die gemeinsam erlebte Gefühlsebene und die damit einhergehenden Emotionen. Außerdem verbunden mit diesem Prozess ist die gleichzeitige Wahrnehmung von Anerkennung und Respekt. Wird dem Erzähler zugehört und aufmerksam gefolgt, so erfährt dieser Anerkennung und so wie alle anderen Beteiligten das Bewusstsein und die Bestätigung, verstanden zu werden (vgl. ebd. S. 50).

Der Begriff des erfahrungsbasierten Fachwissens steht in enger Verbindung mit dem WIR-Wissen. Seine Entstehung basiert auf der Bewältigung und Reflexion von psychischen Krisen, Gewalt, bedrohlichen Erlebnissen und anderen entsprechenden Erfahrungen. Es geht sozusagen um die Wiederbetrachtung von eigenen und fremden Erfahrungen. Je mehr eige-

ne Erfahrungen eine Person durchlebt, von der (Wieder-)Betrachtung fremder Erfahrungen gelernt und die angeeignete Sachkenntnis in der Bewältigung ihres Lebens eingesetzt hat, desto höher ist ihr Grad der Weisheit. Die Grundlage für die Ausbildung von erfahrungsbasiertem Wissen liegt im alltäglichen Leben eines Menschen. Dieser nutzt sein Wissen dazu aus, sein Leben so unproblematisch wie möglich zu gestalten, indem er es in speziellen Lebenssituationen anwendet. Bei der professionellen Peer-Beratung werden diese situativen Sachkenntnisse an andere Betroffene, die mit ähnlichen Erfahrungen konfrontiert sind, mit dem Ziel weitergegeben, möglichst wenig Fehler zu begehen und den größtmöglichen Erfolg zu verzeichnen. Durch die Verbalisierung der Reflexion von Erfahrungen entstehen so bei einer Häufung an Aussagen zu einem bestimmten Kontext pragmatische Theorien (vgl. ebd. S. 51f.).

Erfahrungsbasiertes Wissen differenziert sich in seiner Entstehung deutlich im Vergleich zu empirischem Wissen, das in der Forschung zum Einsatz kommt. Empirisches Forschungswissen lässt sich im Gegensatz zum erfahrungsbasierten Wissen anhand von bestimmten Kriterien eindeutig auf seine Gültigkeit und Verlässlichkeit hin überprüfen. Beim Erfahrungswissen existieren bislang keine Definitionen, die es von anderem Wissen unterscheidet. Es sollte allerdings überprüfbar sein, ob es sich tatsächlich um solches Wissen handelt und nicht etwa um abwegige oder unrealistische Behauptungen oder gar gefährliche Ratschläge die eher zu negativer Veränderung führen. In der psychiatrischen Versorgung ist Fachkompetenz über Qualifikationen wie Ausbildungen, Studiengänge oder durch die Mitgliedschaft in einem Berufsverband, etc. abgesichert. Experten durch Erfahrung hingegen verfügen bei der Ausübung ihrer Hilfe in der Regel nicht über eine solche Qualifikation. Der positive Wirkungsgrad ihrer Arbeit muss daher ebenfalls über aufgestellte Kriterien abgesichert und ihre Tätigkeit vor Missbrauch geschützt werden. Auf Grund dessen ist eine Validierung⁴³ für die Qualitätssicherung des erfahrungsbasierten Wissens unabdingbar. Unter den Bedingungen, dass sich die „Erfahrung“ auf eine Erfahrung „aus dem täglichen Leben“ bezieht und der Begriff „erfahrungsbasiert“ mit „auf tagtäglichem Erfahrung gegründet“ definiert werden kann, stellt van Haaster folgende Kriterien auf, die charakteristisch für erfahrungsbasiertes Wissen gelten:

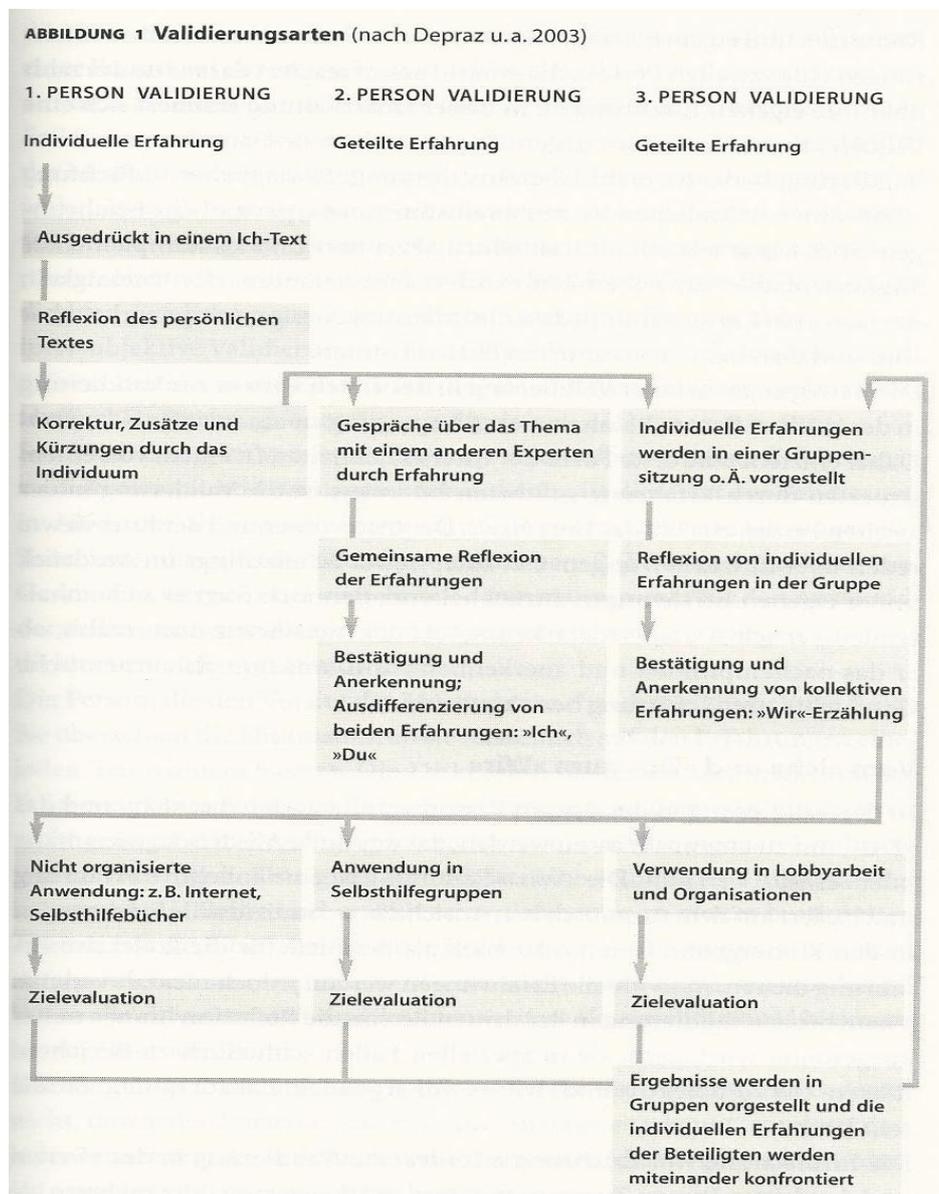
- Aufgebaut auf der persönlichen Erfahrung von Erfahrungsexperten
- Genutzt von einigen Initiativen wie Selbsthilfegruppen, Interessenverbänden, etc.
- Benutzt in bestimmten Bereichen und in bestimmten Kontexten
- Angewandt an verschiedenen Orten
- Angewandt von verschiedenen Erfahrungsexperten
- Von Erfahrungsexperten als wertvoll eingeschätzt

⁴³ Nachweis der Reproduzierbarkeit eines Ergebnisses anhand einer beschriebenen Vorgehensweise.

- Spricht die Kompetenzen der Erfahrungsexperten direkt an, es zu benutzen

Die Reflexion und das Mitteilen von Erfahrungen sind hierbei wesentliche methodische Komponente. Die erfolgende Bestätigung und die Anerkennung im Prozess des Peer-Support sind wirksam werdende Elemente. Treffen auf eine getätigte Aussage eines Experten aus Erfahrung alle oben aufgelisteten Kriterien zu, so gilt deren Qualität als abgesichert und somit validiert (vgl. ebd. S. 52ff.).

Auf welche Weise kommt erfahrungsbasiertes Wissen bzw. WIR-Wissen aber überhaupt zustande? In welchem Prozess wird es ausgebildet und entwickelt? Wie genannt geht erfahrungsbasiertem Wissen zunächst einmal die Erfahrung und Reflexion gewisser Situationen aus dem Alltag voraus. Van Haaster verdeutlicht den Prozess der Entstehung in einem Schaubild von Depraz et al. aus dem Jahr 2003:



Aus der Grafik⁴⁴ gehen drei Ebenen der Validierung von Erfahrungen hervor. Bei der Validierung in der ersten Person drückt das Individuum ein Erlebnis aus, beispielsweise durch einen Ich-Text. Dieses Erlebnis wird vom Individuum reflektiert. Diese Vorgehensweise unterscheidet sich demnach von einer rein subjektiven, nicht hinterfragten und überprüften Erfahrung. Das Individuum reflektiert, korrigiert und vervollständigt seine Aussage in der Art und Weise, bis diese vollends mit seiner Erfahrung korrespondiert. Es muss von der fertigen Aussage also objektiv behaupten können, dass diese genau mit seiner Erfahrung übereinstimmt (vgl. ebd. S. 54).

Bei der Validierung in der zweiten Person, werden persönliche Erfahrungen in einer Unterhaltung mit einer weiteren Person überprüft. Das Individuum gibt seine im ersten Schritt reflektierte und korrigierte Geschichte also weiter. Im Zentrum stehen nun zwei Personen mit eigenen Kontexten und Erfahrungen. Bei der Weitergabe der Geschichte durch das erste Individuum reagiert die zweite Person darauf und erzählt von seinen Erfahrungen. Hierbei werden die beiden Elemente Anerkennung und Bestätigung wirksam, es etabliert sich eine Validierung. Die Erfahrungen beider Personen müssen hierbei nicht übereinstimmen. Es ist aber bedeutsam, dass jede persönliche Erfahrung individuell akzeptiert wird. Es besteht sozusagen ein Einverständnis darüber, dass Uneinigkeit herrschen darf. Individuelle Erfahrungen müssen demnach nicht immer mit Erfahrungen der anderen Person übereinstimmen, sie werden aber gegenseitig akzeptiert und es wird anerkannt, dass beide Personen voneinander lernen können. Die gemeinsame Reflexion der Erfahrungen, die Ausdifferenzierung dieser in „Ich“ und „Du“ und die Aktivierung von gegenseitiger Bestätigung und Anerkennung fließt schließlich in die Validierung der dritten Person über (vgl. ebd. S. 56).

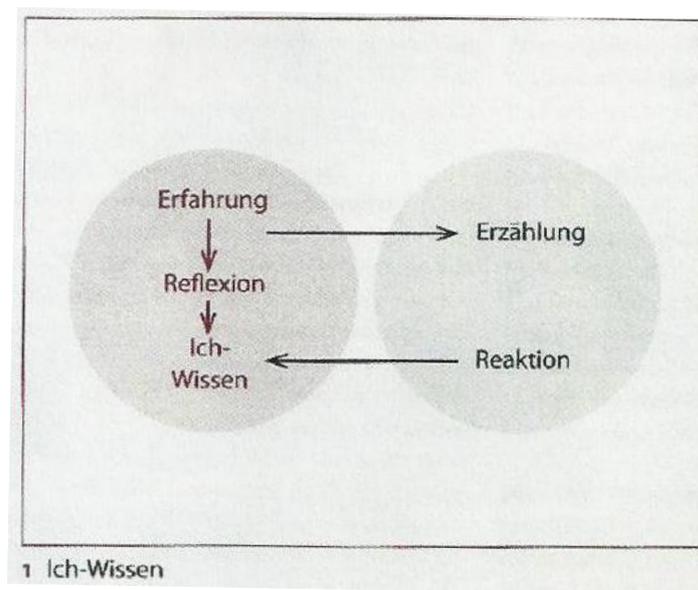
Bei diesem Vorgang zerschmelzen das „Ich“ und das „Du“ zu einem „WIR“. Bei der Validierung in der dritten Person werden nun Erfahrungen innerhalb einer Gruppe überprüft. Ziel ist es hier, am Ende des Prozesses eine Verallgemeinerung von Aussagen zu formulieren. Beispielsweise „man kann“ oder „es ist“. Die dabei erzeugte WIR-Erzählung entsteht durch den Austausch von Ansichten und wird schließlich zu einer kollektiven Erfahrung. Individuelle Erlebnisse von den beteiligten Personen treten zwar in den Hintergrund, können aber als Beispiel für die kollektive Erfahrung dienen und bedürfen wie bei der Validierung in der zweiten Person allgemeiner Akzeptanz. Wird die Reflexion bei der dritten Validierung weiter betrieben und immer weiter ausgeführt, so entstehen objektive Berichte, ähnlich einer wissenschaftlichen Studie (vgl. ebd. S. 56f.).

Einen ähnlichen Ansatz⁴⁵ bei der Entstehung von WIR-Wissen verfolgt Jörg Utschakowski. Auch er beschreibt diesen Prozess in drei Schritten, in denen zunächst „Ich-Wissen“, dann

⁴⁴ Quelle: Depraz et al. 2003, zit. n. van Haaster 2012, S. 55.

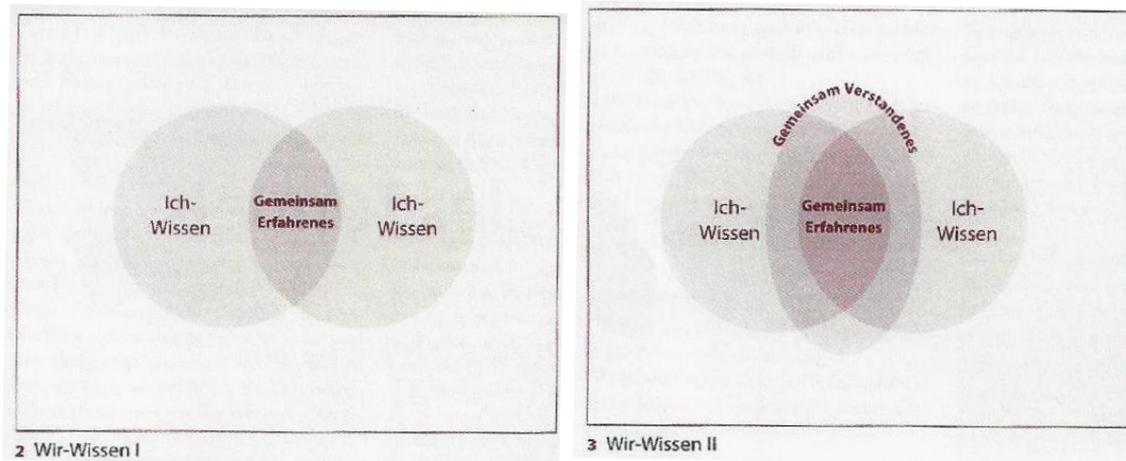
⁴⁵ Quelle der Grafiken 1, 2 und 3: Utschakowski 2010, S. 30.

„Wir-Wissen I“ und schließlich „Wir-Wissen II“ ausgebildet werden. Utschakowski sieht im Erfahrungsschatz von Menschen, die bereits mit schweren psychischen Krisen konfrontiert wurden, diese aber bewältigten und sich dabei spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen konnten, eine notwendige Ergänzung zur professionellen psychiatrischen Versorgung. Allerdings sieht auch er die fehlende Qualifikation von Erfahrungsexperten als Problem an. Ein Lösungsansatz dazu bietet das Projekt „Ex-In“⁴⁶, das Psychiatrieerfahrene zu professionellen Erfahrungsexperten ausbilden soll. Im Zentrum dieses Projekts steht die Entwicklung von Erfahrungswissen (vgl. Utschakowski 2010, S. 29f.):



Im ersten Schritt erfolgt hier, ähnlich wie bei van Haaster, die Reflexion und die Strukturierung jeder einzelnen Erfahrung eines Individuums. So soll aus der bloßen Erfahrung Ich-Wissen entstehen. Die Teilnehmer sollen sich also darüber bewusst werden, „wie sie sich ihre seelischen Erschütterungen erklären, wie sie sie in ihre Lebensgeschichte einordnen, welchen Sinn sie darin erkennen und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen.“ (ebd. S. 30f.). Das persönliche Erfahrungswissen soll somit über eine kritische Reflexion in ein Wissen überführt werden, das möglichst mit anderen Personen geteilt werden kann. Dabei ist es von wesentlicher Bedeutung, dass ein Experte aus Erfahrung nicht von der Allgemeingültigkeit seines Erfahrungswissens ausgeht und diesbezüglich keine Definitionsmacht einfordert. Das Ziel besteht vielmehr darin, einen gemeinsamen Standpunkt und eine gemeinsame Perspektive zu entwickeln, welche Verhaltensweisen und welche Strukturen, also welche Hilfe für einen Betroffenen in einer bestimmten psychischen Krise erforderlich ist. Auch dafür ist die Grundvoraussetzung der gegenseitige Austausch von Erfahrungsexperten, um „Wir-Wissen“ zu entwickeln (vgl. ebd. S. 31).

⁴⁶ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 5 erläutert.



Bei der Entstehung von „Wir-Wissen“ tauschen zwei Psychiatrieerfahrene miteinander ihre reflektierten Erfahrungen und somit ihr „Ich-Wissen“ aus. Dadurch entsteht das „Gemeinsam Erfahrenes“. In einem kollektiven Prozess des Austauschs in größeren Gruppen bildet sich daneben auch das „gemeinsam Verstandenes“. Hierbei werden von den Teilnehmern auch ausgetauschte Erfahrungen erkannt, durchdrungen und verstanden, mit denen sie bisher nie selbst konfrontiert wurden. Letztendlich beinhaltet das „Wir-Wissen“ auch eine Verständigung über nicht verstandenes Wissen, welches allgemein jedoch immer anerkannt wird (vgl. ebd.).

In dem Buch „Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen“ von Bettina Jahnke wird aus der Perspektive der „Ex-In“-Ausbildung der Entstehungsprozess des „Wir-Wissens“ betrachtet. Demnach steht an erster Stelle ebenfalls die Selbstreflexion von Erfahrungen. Diese erfolgt über bestimmte wiederkehrende Fragestellungen⁴⁷:

- Wie habe ich krankheitsauslösende Grenzsituationen durchlebt?
- Wie konnte ich meine Schwierigkeiten überwinden?
- Wer und was hat (sic!) mir dabei geholfen?
- Was habe ich dabei Neues über mich und mein Weltbild in Erfahrung bringen können?

Durch das Sammeln, Strukturieren und die systematische Betrachtungsweise der Erfahrungen eines Betroffenen entsteht „Ich-Wissen“. Daraus sollen Erklärungsmodelle für Krisen- und Lebenserfahrungen abgeleitet werden, die einen individuellen Sinn ergeben. Erfahrungen werden in der „Ex-In“-Ausbildung also sinnstiftend interpretiert. Ist der Prozess der Selbstreflexion abgeschlossen, so sollte die betreffende Person einen eigenen Standpunkt

⁴⁷ Die Fragestellungen wurden aus dem Buch „Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter“ (2012) von Bettina Jahnke übernommen.

beziehen und seine Vergangenheit verständlicher einordnen können (vgl. Jahnke 2012, S. 14).

Der zweite Schritt der Bildung von „Wir-Wissen“ setzt voraus, dass sich mehrere Erfahrungsexperten miteinander austauschen und andere am eigens produzierten „Ich-Wissen“ teilhaben lassen. Ein gemeinsamer Erfahrungshorizont wird erarbeitet, der über den individuellen Sinn einer psychischen Krise hinausgeht und sich die Suche nach einem kollektiven Sinn zum Ziel setzt. Dabei sollte vermieden werden, Lebenserfahrungen zu relativieren und anderen Teilnehmern Generalisierungen überzustülpen, um sich so zu profilieren. Durch den gemeinsamen Austausch und das Produzieren von „Wir-Wissen“ werden von den Psychiatrieerfahrenen neue hilfreiche Haltungen und Strukturen erarbeitet, um psychische Krisen in Zukunft besser bewältigen zu können (vgl. ebd. S. 14f.). Wie auch bei den Ansätzen von van Haaster und Utschakowski müssen im Prozess des „Wir-Wissens“ nicht alle Erkenntnisse von jedem der Teilnehmer übernommen werden. Wichtig ist auch hier, dass Unverständnis über „Wir-Wissen“ nicht mit Geringschätzung begegnet, sondern toleriert und akzeptiert wird. Die Atmosphäre beim Austausch einer Gruppe von Erfahrungsexperten sollte prinzipiell auf einer positiv-wertschätzenden, anti-diskriminierenden und personenzentrierten Basis beruhen, um so einen Bewusstseinswandel zu ermöglichen, der Lebenskrisen in eine persönliche Wachstumsphase umzuwandeln vermag (vgl. ebd. S. 15).

4.4 Wirkung der Peer-Arbeit

„Der Unterschied von Peer-Support zu Angeboten von nicht psychoseerfahrenen Professionellen liegt darin, dass sich Menschen begegnen, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben. Hierzu gehören die Erfahrung schwerer seelischer Erschütterungen und in der Regel auch die Erfahrung mit professionellen psychiatrischen Hilfeangeboten.“ (Utschakowski 2012, S. 17).

Dieser unterschiedliche Arbeitshintergrund von Erfahrungsexperten und Professionellen in der psychiatrischen Versorgung lässt die Vermutung zu, dass durch den Einsatz von Peers zahlreiche Effekte erzielt werden können, die sich sowohl bei Patienten und Angehörige, als auch bei professionellen Fachkräften, Peers selbst und den jeweiligen Institutionen niederschlagen. Allerdings wurde auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum bisher kaum Forschungsarbeit geleistet, sodass es nur wenige gesicherte Erkenntnisse zu diesem Thema gibt. Dies liegt auch daran, dass der professionelle Peer-Support in Deutschland erst in den letzten Jahren auf dem Vormarsch ist und zur Entfaltung kommt. Im englischsprachigen Raum dagegen gilt der Peer-Support schon länger als ein fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Dort liegen deswegen deutlich mehr Forschungsergebnisse vor. Insgesamt aber beruht ein Großteil der Wirkweisen von Erfahrungsexperten auf Annahmen der Autoren.

Im weiteren Verlauf des Kapitels wird nun eine Unterteilung in Patienten, Erfahrungsexperten, Professionelle und Angehörige vorgenommen und zu den jeweiligen Gruppen gesicherte Erkenntnisse und Annahmen zur Wirkung von Peer-Arbeit thematisiert. Diese werden im Text jeweils durch einen Absatz voneinander getrennt. Ergänzt werden diese vier Gruppen zum Ende hin durch die Wirkung der Peer-Arbeit auf betrieblicher Ebene.

Patienten

Bei der Wirkung der Peer-Arbeit auf Patienten gibt es, im Vergleich zu den anderen drei Gruppen, auffällig viele Forschungsergebnisse. Als Nutzer dieses psychiatrischen Angebots steht diese Gruppe natürlich im Blickpunkt. So konnte auf Grund des Einsatzes von Erfahrungsexperten, nach Peebles et al. (2007, vgl. n. Amering, Schmolke 2012, S. 374) eine Abnahme und Verkürzung stationärer Behandlungen von Menschen mit psychischer Erkrankung erzielt werden. Außerdem weist Peebles et al. darauf hin, dass Nutzer von Peer-Arbeit eine verbesserte soziale Unterstützung, eine erhöhte Funktionsfähigkeit und eine höhere Lebensqualität empfinden. Darüber hinaus gewinnen psychisch kranke Menschen durch den Einsatz von Erfahrungsexperten an Selbstbewusstsein und Optimismus. Insbesondere der optimistische Blick in die Zukunft ist für eine erfolgreiche Genesung von wesentlicher Bedeutung. Eine weitere Übersichtsstudie von L. Davidson et al. (2005, vgl. n. Utschakowski 2012, S. 17) ergab, dass die Qualität der psychiatrischen Versorgung durch Angebote von Erfahrungsexperten insgesamt nicht sank. Viele Betroffene zeigten mit Peer-Angeboten sogar eine höhere Zufriedenheit als mit traditionellen Angeboten Professioneller. Weiterhin konnten Lebensprobleme von Patienten durch die Mithilfe von Peer-Spezialisten besser reduziert werden. Der Wissenschaftler Peter Stastny untersuchte den Effekt von Experten durch Erfahrung in Case-Management⁴⁸-Teams. Dabei besetzte er verschiedene Teams jeweils mit Peers, die anderen Teams behielten ihre gewöhnliche Zusammensetzung bei. In seiner Studie konnte er belegen, dass die Patienten, die durch ein Case-Management-Team mit Peer-Spezialist in ihren vielschichtigen Problemen unterstützt wurden, eine größere Verbesserung ihrer Lebensqualität zeigten und Hauptprobleme mehr abnahmen als bei Klienten, die durch ein Team ohne Peer unterstützt wurden. Außerdem hielten die Klienten mit Peer-Unterstützung regelmäßigeren Kontakt zu ihrem jeweiligen Case-Manager⁴⁹ und zeigten in Bezug auf persönliche Zielsetzungen die größeren Entwicklungen (vgl. ebd.). Auch Greenfield et al. (2008, vgl. n. ebd. S. 17f.) konnten in ihrer Forschungsarbeit eine außerordentlich hohe Zufriedenheit psychisch kranker Menschen mit den Angeboten von Peers beim

⁴⁸ Erweiterte Einzelfallhilfe, soll Fachkräfte befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird (vgl. Löcherbach).

⁴⁹ Fall-Manager

Vergleich eines Kriseninterventionsdienstes mit und ohne Erfahrungsexperten belegen. Des Weiteren konnte bewiesen werden, dass die empfundene und gemessene Reduzierung der psychopathologischen⁵⁰ Symptome von Patienten mit Hilfe der Behandlung durch Peer-Spezialisten wesentlich höher war. Wie einleitend in diesem Kapitel durch das Zitat von Utschakowski bereits angeschnitten, verfügen Patienten und Erfahrungsexperten über einen ähnlichen Erfahrungshintergrund. Auf Grund dieser Gegebenheit zeigen Klienten bei der Zusammenarbeit mit Peers, nach einer Studie von Sells et al. (2006, vgl. n. ebd. S. 18) eine wesentlich höhere Bereitschaft zur Kontaktaufnahme als bei der gewöhnlichen Zusammenarbeit mit Fachkräften der psychiatrischen Versorgung. Weiterhin fühlen sich Betroffene durch die Interaktion mit Erfahrungsexperten mehr gemocht, sie fühlen sich verstanden und sie fühlen, dass sie akzeptiert werden. Aus vielen dieser erhobenen Daten und von Psychiatrieerfahrenen und Fachkräften entwickelten und durchgeführten Studien sticht eine Wirkung der Experten aus Erfahrung auf Patienten besonders hervor. Für einen Großteil der Betroffenen ist Hoffnung und die Förderung von Hoffnung für den Gesundungsprozess von elementarer Bedeutung. So haben viele erst dann einen Grund zu handeln, wenn sie Hoffnung auf eine Veränderung sehen. Bleibt ihnen diese Hoffnung verborgen, behalten viele der Patienten ihre Passivität bei und fügen sich in ihr Schicksal (vgl. ebd. S. 17-37).

Sowohl die auf empirische Forschung beruhenden Erkenntnisse als auch die Annahmen und Aussagen von Autoren zu der Wirkung von Peer-Arbeit auf Patienten sind mannigfaltig und zahlreich. So schreibt Achim Dochat in der Psychosozialen Umschau beispielsweise, dass Erfahrungsexperten bereits durch ihre Existenz Mut machend auf Patienten wirken können. Sie aktivieren Hoffnung beim Klienten, die sie selbst durch ihren eigenen erfolgreichen Recoveryprozess verkörpern. Dies wirkt sich positiv auf die Genesung der Patienten aus. Erfahrungsexperten bieten Betroffenen durch ihre Unterstützung außerdem eine Zielorientierung und Identifikationsmöglichkeit. Ihre Sichtweisen werden auf Grund des ähnlichen Erfahrungshintergrunds stärker und bewusster wahrgenommen und somit aufgewertet. Außerdem tragen Experten aus Erfahrung durch die Stärkung der Sichtweisen ihrer Klienten dazu bei, dialogisches Denken und Handeln und damit ein dialogisches Krankheitsverständnis zu verbreiten (vgl. Dochat 2011, S. 4f.). Weiterhin werden Erfahrungsexperten auf Grund ihrer Krankheitserfahrung von Betroffenen authentischer erlebt als professionelle Fachkräfte ohne jeglichen Erfahrungsschatz. Patienten können mit Peers ihre gemeinsamen Erfahrungen, Sichtweisen und Erklärungen für ihre Erkrankung thematisieren. Beide können miteinander über Erlebnisse sprechen und nicht wie gewohnt nur über Symptome. Diese Form der Unterhaltung ist mit professionellen Fachkräften ohne eigene Krankheitserfahrung nicht mög-

⁵⁰ Die Psychopathologie betreffend. Lehre von der bei psychisch kranken Menschen veränderten Seele. Grundanliegen ist es, menschliche Erlebnis- und Verhaltensweisen zu beschreiben, Phänomene der Abweichungen aufzuzeigen und über eine Symptomenlehre Krankheiten zu definieren (vgl. Bauer 1997, S. 748).

lich. Zwischen Patient und Experte aus Erfahrung entsteht so eine gemeinsame Sprache, aufgebaut auf einer Beziehung aus Akzeptanz, Verständnis und Empathie. Dadurch gelingt es Peers einfacher als Profis, ein authentisches Gefühl von Hoffnung und Glauben an Weiterentwicklung zu vermitteln. Dies gelingt oftmals schon alleine durch die Existenz des Erfahrungsexperten als Beweis dafür, dass es möglich ist zu gesunden (vgl. Utschakowski 2010, S. 32). Auch die Autoren Burr, Schulz, Winter und Zuaboni heben in ihrem Buch „Recovery in der Praxis“ die geringe soziale Distanz zwischen Peer und Patient hervor. Durch diese ist seitens der Patienten eine höhere Bereitschaft zur Zusammenarbeit gegeben. Der Einsatz von Peer-Spezialisten in der psychiatrischen Versorgung fördert außerdem die Zuversicht und die Hoffnung beim Klienten auf eine erfolgreiche Genesung und unterstützt somit klassische recoveryorientierte Elemente⁵¹ (vgl. Burr et al. 2013, S. 115). Auf Grund der meist zahlreichen Aufenthalte Betroffener in der stationären Psychiatrie und der Konfrontation mit Stigmatisierung, Diskriminierung, Entmutigung und weiterer negativer Erfahrungen kommt auch dem Zusammengehörigkeitsgefühl und der Solidarität zwischen Peer und Patient eine enorme Bedeutung zu. Letztlich stoßen Patienten durch die Interaktion mit Erfahrungsexperten auch auf neue Weltbilder, Kontexte und neue bisher nicht überdachte Erklärungen, die in der Zusammenarbeit vermittelt werden. Diese können von den Betroffenen oftmals als Gegenmodell zu den sonst hoffnungslosen und demoralisierenden Erfahrungen ihrer bisherigen Psychiatrieaufenthalte begriffen werden (vgl. Utschakowski 2012, S. 15-19).

Erfahrungsexperten

Wie bei den Auswirkungen der Peer-Arbeit auf Patienten, so existieren auch zahlreiche positive Effekte bei den Leistungserbringern. Allerdings halten sich bei dieser Gruppe die empirisch belegten Erkenntnisse in Grenzen, wohingegen ein Großteil der Annahmen auf Aussagen verschiedener Autoren basiert. So geht laut einer Studie von Peebles et al. von 2007 mit der Ausübung der Tätigkeit als Genesungsbegleiter eine, bei den Erfahrungsexperten spürbare Verbesserung ihrer Lebensqualität einher. Außerdem konnte Peebles in seiner Studie belegen, dass Peers mit der kontinuierlichen Ausübung ihrer Arbeit eigene Krankenhausaufenthalte verringern können. Die Tätigkeit hilft ihnen also, ihre eigene psychische Erkrankung besser in den Griff zu bekommen (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 374). Die Zusammenarbeit von Experten aus Erfahrung mit Patienten ist in etwa ähnlich hilfreich wie die professioneller Fachkräfte. Unter bestimmten Bedingungen kann die Hilfe von Peers sogar hilfreicher sein, als die der Kollegen. Dies liegt vor allem daran, dass sie sich nicht hinter einer professionellen Rolle verstecken, sondern als Personen spürbar sind und eigene Genesungs- und Krisenerfahrung mit in den Behandlungsprozess der Klienten bringen. Fachkräfte der Psychiatrie hingegen lernen bereits oft in der Ausbildung, eine professionelle Distanz zum Klienten

⁵¹ Nähere Hintergründe werden in Kapitel 6.1 erläutert.

ten aufzubauen und zu wahren. Eigene Erfahrung sollte wenig oder gar nicht eingebracht werden. Studien von Baer et al. und Borg, Kristiansen von 2003 und 2004 belegen jedoch, dass Patienten besonders Fachpersonen als hilfreich empfinden, die als Personen spürbar sind und noch dazu bereit sind, in bestimmten Situationen auch unkonventionelles Verhalten an den Tag zu legen (vgl. Utschakowski 2012, S. 44).

Weitaus größer ist, wie bereits angedeutet, die Zahl der Annahmen über die Auswirkungen der Peer-Arbeit auf Erfahrungsexperten. Diese verfügen nach Dochat über einen anderen Zugang zu Menschen in psychischen Krisen und Grenzsituationen, der professionell Tätigen vorenthalten ist. Dadurch können Peers eine Form von Übersetzungshilfe zwischen Patient und Fachkraft leisten, wodurch sie schnell das Vertrauen des Patienten gewinnen und produktive Beziehungsarbeit vorantreiben können. Experten aus Erfahrung haben außerdem eine ausgeprägte ressourcenorientierte Denkweise. Sie haben einen sensibleren Blick für die Gesundheit und für zu stärkende Anteile oder Tendenzen (vgl. Dochat 2011, S. 4). Weiterhin bringt die Tätigkeit als Genesungsbegleiter eine Stärkung des Selbstwertgefühls mit sich. In der Vergangenheit liegende seelische Erschütterungen können durch die wechselseitige Interaktion bei der Peer-Arbeit besser von den Erfahrungsexperten in ihr Selbstkonzept integriert werden. Diese positive Verarbeitung eigener psychischer Krisen wird von vielen Psychiatrieerfahrenen als neue Chance betrachtet, wieder den Einstieg in das Berufsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu suchen. Ein weiterer positiver Aspekt der Peer-Arbeit besteht in der lebensnahen und lösungsorientiert gestalteten Tätigkeit, die dem Klient somit ein bedürfnisorientiertes und personenzentriertes Angebot ermöglicht. Durch die Tätigkeit als Genesungsbegleiter haben Psychiatrieerfahrene außerdem die Möglichkeit, den (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben in vielen verschiedenen Arbeitsbereichen angehen zu können. (vgl. Utschakowski 2010, S. 31f.). Peer-Spezialisten verfügen des Weiteren auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen über eine sensiblere Wahrnehmung, mit der sie Interessen psychisch kranker Menschen besser und schneller greifen können. Sie unterstützen ihre Patienten hinsichtlich der Übernahme von eigener Verantwortung und beim Vertreten ihrer Interessen gegenüber professionellen Fachkräften, der Institution und Dritten (vgl. Utschakowski 2012, S. 19). Die Lebenserfahrung der Peer-Spezialisten erfährt durch ihre Arbeit mit Patienten außerdem eine Wertschätzung. Daraus kann eine Neubeurteilung ihrer Krankheitserfahrungen erfolgen. Die Tatsache, anderen Menschen Unterstützung und Hilfe bieten zu können, beeinflusst den eigenen Recoveryprozess und die eigene Gesundheit positiv. Durch die Tätigkeit werden darüber hinaus eigene Fähigkeiten zum Selbstmanagement ausgeweitet und arbeitsbezogene Fertigkeiten weiter vertieft. Nicht zuletzt wirkt sich die Arbeit als Erfahrungsexperte auch auf die Komponenten von Recovery aus. Durch die Interaktion der Peers mit anderen psychisch kranken Menschen und mit Kollegen wird Recovery reziprok weiter gefördert und vertieft (vgl. Burr et al. 2013, S. 114f.).

Professionelle Fachkräfte

Zu den Auswirkungen der Arbeit von Erfahrungsexperten auf professionelle Fachkräfte gibt es bislang nur wenige Erkenntnisse. Einzig die Studie von Peebles et al. aus dem Jahr 2007 belegt wissenschaftlich, dass durch den Einsatz von Peer-Spezialisten eine Haltungsänderung der Mitarbeiter ohne gelebte Erfahrung einhergeht. Laut dieser Studie verringern sich bei Professionellen demnach die vorher gezeigten Tendenzen der Stigmatisierung ihrer psychisch kranken Patienten und der dem klinischen Alltag geschuldeten, oftmals vorhandenen Negativität (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 374).

Die von Experten aus Erfahrung eingebrachten individuellen Coping-Strategien und Genesungserfahrungen bieten professionellen Fachkräften wesentliche Hinweise auf eine lösungsorientierte, bedarfsgerechte und somit hilfreiche Modifizierung von Settings und therapeutischen Strategien. Auch hier ist anzumerken, dass durch den Peer-Support Fachkräfte in psychiatrischen Einrichtungen von einem verbesserten Verständnis mit ihren Patienten durch die Übersetzungshilfe der Erfahrungsexperten profitieren. Eine effektive Behandlung durch eine rasche und positive Beziehungsgestaltung wird ermöglicht (vgl. Dochat 2011, S. 4). Weiter wird durch die Existenz von Peers bei der Behandlung von Patienten das Bewusstsein für persönliche Werte bei den Mitarbeitern gefördert. Die Einteilung im klinischen Alltag in „Professionelle“ und „Kranke“ wird selten kritisch hinterfragt und reflektiert. Dies führt schnell zur Stigmatisierung der eigenen Patienten. Die anwesenden Erfahrungsexperten tragen an dieser Stelle durch die Interaktion mit professionellen Mitarbeitern dazu bei, diese Art von Vorstellungen auf natürliche Weise zu hinterfragen. Nach einiger Zeit können auf diesem Weg nicht hilfreiche Werte und Überzeugungen durch die erweiterte Selbstwahrnehmung der Professionellen identifiziert, verringert und letztlich völlig aufgeboben werden (vgl. Burr et al. 2013, S. 114f.).

Angehörige

Bei den positiven Auswirkungen auf Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung beschränken sich die Erkenntnisse ausschließlich auf Annahmen. So rechnet Utschakowski durch den Einsatz von Peer-Spezialisten mit der Verringerung von Ängsten und Unsicherheiten der Angehörigen gegenüber ihren kranken Familienmitgliedern und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen. Experten aus Erfahrung sind durch ihren Erfahrungshintergrund außerdem dazu im Stande, hilfreiche Hinweise und Verhaltensweisen an Familienangehörige zu vermitteln, um einen besseren und verständnisvolleren Umgang mit dem psychisch kranken Angehörigen zu fördern. Weiter vermitteln Peers generell andere Sichtweisen als professionelle Fachkräfte. Dadurch wird der Wissenshorizont Angehöriger erweitert, produktives Verhalten empfohlen, von unproduktivem Verhalten abgeraten. Durch Peer-Spezialisten erfahren Angehörige somit einen wesentlichen Erkenntnisgewinn. Ein weiterer

positiver Einfluss durch die Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung ergibt sich durch die oft entmutigten und demoralisierten Erfahrungen der Angehörigen. Erfahrungsexperten können Mut machen und auf Grund ihrer Existenz, als wiedergesundeter Genesungsbegleiter in einem bezahlten Beruf, Mut vermitteln und so Angehörige psychisch kranker Menschen auch in Krisenzeiten weiter unterstützen. Erfahrungsexperten können aber auch Informationen hinsichtlich oftmals erstarrter Abläufe im medizinischen oder sozialpsychiatrischen Versorgungssystem an Angehörige weitergeben und bei Unzufriedenheit Mut machen, Veränderungen in der Art und Weise der Behandlung des psychisch kranken Familienmitglieds einzufordern. Insgesamt aber trägt der Peer-Support als professionelles Angebot in psychiatrischen Einrichtungen in erster Linie dazu bei, ein besseres Verständnis zwischen Angehörigen und ihren psychisch erkrankten Familienmitgliedern zu fördern (vgl. Utschakowski 2012, S. 138ff.).

Psychiatrische Einrichtungen

Auch über den Einfluss von Erfahrungsexperten auf betrieblicher Ebene existieren im deutschsprachigen Raum bisher so gut wie keine empirisch belegbaren Daten. Dochat hebt in seinem Fachartikel lediglich die Gewinnung neuer zusätzlicher Arbeitskräfte für die entsprechenden Einrichtungen hervor. Diese unterscheiden sich, im Vergleich zu ihren durch Ausbildung oder Studium qualifizierten Kollegen, durch ihren völlig neuen Arbeitsansatz deutlich von den bisherigen traditionellen Angeboten der jeweiligen Unternehmen. Eine große Chance der Betriebe besteht darin, den Wissensschatz und den Erfahrungshintergrund, sowie die Bewältigungsstrategien der Erfahrungsexperten dafür zu nutzen, bestehende Angebote effektiver und für den Patienten bedarfsgerechter zu gestalten. Durch das Involvieren von Peers kann auch der Prozess der Konzept- und Qualitätsentwicklung personenzentriert und bedarfsgerecht weitergeführt werden. Experten aus Erfahrung können durch ihre Mitwirkung auch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag für die Entwicklung des Qualitätsmanagements der entsprechenden psychiatrischen Einrichtungen leisten. Die Kombination aus dem Ausbildungswissen der Profis und dem Erfahrungswissen der Peers kann sich als Qualitätsgewinn bei den Hilfsangeboten von Institutionen bemerkbar machen (vgl. Dochat 2011, S. 4f.). Des Weiteren kann die Beschäftigung von Peers die Perspektive der Patienten auf der institutionellen Ebene aufwerten und im Behandlungsprozess fest etablieren. Erfahrungsexperten könnten außerdem eine große Rolle im Wettbewerb der sozialen Leistungsanbieter einnehmen. So kann das Einbinden von Peers in naher Zukunft als Qualitätskriterium in der sozialpsychiatrischen Praxis dienen und zur Aufwertung des Images führen. Dies wäre ein entscheidender Vorteil im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern. In psychiatrischen Einrichtungen nicht mehr wegzudenkende Elemente wie Nutzerinteressen, Empowerment, Beschwerdemanagement, Inklusion usw. können durch die Peer-Arbeit weiter an

Wert gewinnen und einen Entwicklungsschub erfahren. Letztendlich besteht in der Beschäftigung von Erfahrungsexperten die Chance für Einrichtungen, ihre Qualitätsentwicklung effektiv voranzutreiben, ihre bestehenden Leistungen an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen, die Nutzerorientierung weiter zu fördern und innovativer Vorreiter zu sein, um damit Marktanteile zu festigen oder auszubauen (vgl. Utschakowski 2012, S. 144f.).

4.5 Befürchtungen, Widerstände und Grenzen der Peer-Arbeit

Bei der Einbeziehung der Peer-Arbeit in die Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung treffen durch Ausbildung oder Studium wissenschaftlich qualifizierte Fachkräfte auf psychiatrienerfahrene Peer-Spezialisten, deren Qualifikation im Wesentlichen auf ihrem Erfahrungshintergrund, also ihren entwickelten Fähigkeiten hinsichtlich der Bewältigung ihrer Krisen und der daraus erwachsenen Lösungsstrategien beruhen. Professionelle arbeiten also in Einrichtungen mit Menschen zusammen, die ihnen in ihrem Arbeitsalltag normalerweise gegenüber sitzen und auf Grund ihrer psychischen Erkrankung von ihnen behandelt werden. Diese in Deutschland noch nicht weit verbreitete Arbeitskonstellation bietet, wie im vorangegangenen Kapitel ausführlich beschrieben, auf der einen Seite zahlreiche Vorteile und positive Auswirkungen für Patienten, Erfahrungsexperten, Mitarbeiter, Angehörige und letztlich auch für Einrichtungen. Die Einbeziehung von Genesungsbegleitern in die psychiatrische Versorgung bietet aber auch ein Spannungsfeld, insbesondere hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den professionellen Fachkräften. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Befürchtungen, Widerstände und Grenzen der Peer-Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen thematisiert.

Demnach existieren auf der Seite der Professionellen, meist auf Grund der psychiatrischen Vergangenheit der Experten aus Erfahrung und trotz aller gegenseitigen Beteuerungen, nach wie vor zahlreiche Vorurteile, die eine Zusammenarbeit erschweren. Fachkräften der Psychiatrie fällt es oftmals schwer, ihre neuen Kollegen unabhängig von ihrer Patientenrolle zu bewerten und ganzheitlich als berufliche Genesungsbegleiter wahrzunehmen (vgl. Lange 2008, S. 4). Unmittelbar damit verbunden können auf Grund der Konfrontation der Genesungsbegleiter in ihrem Arbeitsumfeld mit Vorurteilen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen rasch Enttäuschungen, Kränkungen oder Missverständnisse entstehen. Fehlende Chancengleichheit und andere negative Einflüsse wirken sich abträglich auf die Karrieren Psychiatererfahrener aus. Die Beziehung zwischen Peers und Profis wird auf eine Zerreißprobe gestellt (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 374). Ein weiterer Aspekt, der sich mit der Einbeziehung von Genesungsbegleitern aufdrängt ist die Frage, ob diese weniger oder sogar mehr für den Umgang mit psychisch kranken Patienten qualifiziert sind. Professionelle fürchten eine mangelnde Bereitschaft der Akzeptanz ihrer Expertise durch Erfahrungsexperten. Dies könnte zu ungleichen Hierarchien und Machtverteilungen führen und so ein Spaltungsrisiko innerhalb

eines Teams auslösen. Umgekehrt wird von einigen Profis fehlendes Fachwissen, fehlende organisatorische Fähigkeiten und unzureichende persönliche Voraussetzungen und damit eine mangelnde Qualifizierung von Experten durch Erfahrung beklagt. Befürchtet wird aus diesem Grund ein voranschreitender Wertverlust psychosozialer Ausbildungsberufe. Weiter besteht der Verdacht auf der Seite der Fachkräfte, dass sich die emotionale Nähe der Peers zu Patienten belastend auf ihre Vulnerabilität auswirken und dies so zu höheren Ausfallzeiten führen könnte. Dies käme vor dem Hintergrund geringer zeitlicher und finanzieller Ressourcen einer zusätzlichen Belastung im Team gleich (vgl. Dochat 2011, S. 5f.). Mit der lauter werdenden Forderung, nicht nur aus Richtung der Betroffenenbewegung, sondern auch auf politischer Ebene, Peer-Angebote weiter auszubauen und in der psychiatrischen Versorgung zu etablieren, könnte insbesondere auch aus finanziellen Gründen ein Rückgang herkömmlicher Hilfsangebote einhergehen. Professionelle Fachkräfte könnten so Einsatzfelder in der psychiatrischen Praxis einbüßen. Dies vermehrt die Angst vor einem Verlust des eigenen Arbeitsplatzes. Ein weiterer Grund zur kritischen Betrachtung der Entwicklung seitens der Professionellen könnte an den unzureichend existierenden Informationen zur praktischen Art und Weise der Einbeziehung von Peer-Spezialisten liegen. Die Unwissenheit und Bedenken, was durch die Mitarbeit eines Erfahrungsexperten auf einen zukommen könnte, fördert bei einigen Fachkräften Unsicherheit und Angst. Darüber hinaus gibt es einen nicht zu unterschätzenden Widerstand gegen den gleichberechtigten Einbezug von Erfahrungsexperten. Die professionellen Fachkräfte müssten dann eine Machtverschiebung zu ihren Ungunsten hinnehmen, die auch wichtige Fragen und Entscheidungen unmittelbar betreffen könnten. Dies würde vermutlich zu aufwendigen und anstrengenden Diskussionen mit den gleichberechtigten Kollegen führen, die oftmals viel emotionaler diskutieren, da ein direkter Erfahrungshintergrund vorhanden ist. Ein weiterer ungeklärter Aspekt besteht in der Mitarbeit Psychiatrieerfahrener in wichtigen Gremien. Auch diese würden für Erfahrungsexperten mit der Etablierung der Peer-Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen schrittweise geöffnet. Dies wirft für Professionelle weitere Fragen auf: Sind Peers überhaupt dazu im Stande, sich fachlich in Gremien einzubringen und sich aktiv zu beteiligen? Wer ist mit welcher Erkrankung für diese Art der Arbeit geeignet? Wer bestimmt dies und wer darf über Kandidaten für ein Gremium abstimmen? Professionelle sehen also auch in diesem Bereich noch vermehrten Klärungsbedarf. In der Praxis könnten das Wissen und die Erkenntnisse von Genesungsbegleitern auf Grund ihrer psychiatrischen Vergangenheit von Fachkräften durch eine zweifache Brille betrachtet und dadurch abgewertet werden. Skepsis und fehlendes Vertrauen auf beiden Seiten könnten so die Einbeziehung von Peers begleiten (vgl. Amering 2012, S. 62-68). Ein weiterer Einwand gegen den Peer-Support auf betrieblicher Ebene ergibt sich aus der Gefahr der Instrumentalisierung der Erfahrungsexperten durch Institutionen. Einerseits könnten politische Sparmaßnahmen so demokratisch gerechtfertigt werden. Andererseits führten

Peers in diesem Fall lediglich eine Alibifunktion aus, ohne strukturelle oder inhaltliche Veränderung auf der Einrichtungsebene und der konzeptionellen Ebene vornehmen zu können (vgl. Lange 2008, S. 4). Der finanzielle Aspekt beinhaltet allerdings eine weitaus größere Bedeutung. So könnte ein System völliger Wahlfreiheit für Patienten und einer genauen individuellen Hilfeplanung sehr schnell an die Grenzen jeglichen finanziellen Budgets stoßen. Außerdem erfordert die Zusammenarbeit und der zu erlernende Umgang mit Peer-Spezialisten zusätzlich finanzielle Mittel, Zeit, Know-How, Training und Supervision⁵². Darüber hinaus bedeutet die Implementierung von Genesungsbegleitern in der Versorgung psychisch kranker Menschen zusätzliche Arbeit und einen Mehraufwand im stressigen Arbeitsalltag für professionelle Mitarbeiter. In diesem oftmals hektischen Setting droht die Arbeit von Genesungsbegleitern in den Strukturen der Einrichtungen unterzugehen. Dies wäre ebenso bei Wegfallen oder Versagen der Supervision der Fall. Supervision ist eine der betrieblichen Voraussetzungen zur Etablierung von Peer-Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen. Ohne sie wäre die Einbindung der Peer-Arbeit in die psychiatrische Versorgung enorm erschwert. (vgl. Amering 2012, S. 58-66). Auch in Bezug auf die Nutzer von Peer-Angeboten gibt es einige Befürchtungen. So könnte nach Meinung der Kritiker durch das Nebeneinander von unterschiedlichen Haltungen, Normen, Werten und Weltbildern der professionellen Mitarbeiter und Erfahrungsexperten eine Verunsicherung bei den Patienten entstehen. Darüber hinaus sei auch eine zu große solidarische und emotionale Nähe mit Peers für die psychisch kranken Menschen eine Belastung und bringe mehr Schaden als Nutzen mit sich (vgl. Dochat 2011, S. 5f.). Utschakowski gibt außerdem zu bedenken, welche Ausmaße der Rollenkonflikt für Peers annehmen könnte. Experten aus Erfahrung sind im Rahmen ihrer Tätigkeit sowohl dem Klient, als auch der jeweiligen Einrichtung gegenüber verpflichtet. Im Inneren findet ein Rollentausch statt, vom Betroffenen und Psychatrieerfahrenen hin zum Genesungsbegleiter. Dies kann bei Patienten zu Verunsicherungen und Misstrauen führen und Peers vor Interessenskonflikte und Fragen der Loyalität stellen. Für den Vorgang des Rollentauschs, vom Betroffenen zum Professionellen, benötigen Erfahrungsexperten ebenfalls eine gewisse Zeit. Die Komplikationen, die dieser Vorgang mit sich bringen kann, sollten nicht unterschätzt werden. Dabei laufen Peers im Übrigen auch Gefahr, rasch traditionelle Rollen und Vorgehensweisen des psychiatrischen Alltags zu übernehmen (vgl. Utschakowski 2012, S. 20). Der psychiatrische Berufsalltag könnte für Peer-Spezialisten außerdem dieselben Schwierigkeiten mit sich bringen, wie dies bei den professionellen Fachkräften der Fall ist. Hinsichtlich des oft allgegenwärtigen Zeitmangels und Drucks besteht die Gefahr, dass auch Peers ihren Patienten bezüglich ihrer Hilfeleistungen nicht mehr gerecht werden können. Dies würde

⁵² Supervision ist ein [...] Lehr- und Lernverfahren, das durch Erfahrungslernen die Fachlichkeit und die Persönlichkeit der Supervisanden sowie die Koordinationsfähigkeit von Arbeitsgruppen kontrolliert und entwickelt mit dem Ziel einer Steigerung der Effektivität ihrer Arbeit. S. ist somit eine systematische Reflexion des beruflichen Handelns und zielt auf Veränderungen im Erleben und Handeln (Retaiski 1997, S. 939).

dann einen Qualitätsmangel nach sich ziehen, der die außergewöhnliche Perspektive von Experten aus Erfahrung absorbieren könnte (vgl. Wolters 2012, S. 126). Eine weitere Befürchtung ergibt sich aus der Verantwortungsübernahme. Wer übernimmt Verantwortung und wo ist diese auch gesetzlich festgelegt, wenn Erfahrungsexperten Fehler unterlaufen, die unmittelbar negative Folgen für den Heilungsverlauf des Patienten nach sich ziehen? Hier gibt es nach wie vor keine Grundlage des Gesetzgebers. Dieser Tatsache ist auch geschuldet, dass die Bereitschaft der Teams psychiatrischer Einrichtungen, sich auf Grund der Einbeziehung von Experten aus Erfahrung zu verändern, in Grenzen hält und Tendenzen dazu verhindert. Die fehlende rechtliche Absicherung im Fall einer Notsituation führt zu einer natürlichen Risikovermeidungsstrategie um jeden Preis und erschwert so die Integration von Peers (vgl. Amering 2012, S. 66). Neben den vermutlich einhergehenden Status-, Macht- und Gehaltsunterschieden bei der Einbeziehung von Peers und den Gefahren von Überforderung und Burn-Out auf Grund zu hoher Erwartungen an die eigene Arbeit sowohl von außen, als auch von den Betreffenden selbst, gibt es vereinzelt sogar Kritiker aus der Selbsthilfebewegung, die ihren Widerstand gegen die Etablierung von Peer-Angeboten in der psychiatrischen Versorgung mit dem Vorwurf begründen, dass ein professioneller Psychiatererfahrener, der die Seite hin zur Psychiatrie gewechselt hat, „das eigentliche Wesen von Peer-Support nicht mehr vertreten kann.“ (Utschakowski 2012, S. 20).

4.6 Implementierung der Peer-Arbeit in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung

Nachdem in den vergangenen beiden Kapiteln die etwaigen positiven und negativen Auswirkungen von Peer-Arbeit erörtert wurden, befasst sich der folgende Text mit Voraussetzungen, Bedingungen, Regeln, Verhaltens- und Vorgehensweisen sowie Normen, deren Einhaltung eine Notwendigkeit dafür darstellen, Experten aus Erfahrung mit ihren Angeboten in sozialpsychiatrische Einrichtungen der Versorgung psychisch kranker Menschen einzubinden, zu integrieren und erfolgreich zu etablieren, um den größtmöglichen Nutzen für Patienten sicherzustellen.

So ist es auf Seiten der Peers wichtig, einen organisatorisch respektierten Rückhalt in der betreffenden Einrichtung zu besitzen. Dies können mehrere oder einzelne Personen aus verschiedenen Bereichen sein. Bestenfalls handelt es sich um direkte Teammitglieder, Vorgesetzte oder sogar um Personen aus der Leitungsebene. Peers müssen sich besonders in der Beziehung zu ihren Arbeitskollegen darüber im Klaren sein, eigene, wertvolle Fähigkeiten und Kompetenzen sowie Befugnisse zu besitzen, die auf kollektivem Wissen basieren und damit auch einen wissenschaftlichen Hintergrund aufweisen. So entsteht ein bewusstes Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz zum Schutz vor einer etwaigen Entwertung der Tätigkeit. Genauso müssen sich professionelle Fachkräfte der psychiatrischen Versorgung

darüber im Klaren sein, dass das Vorgehen und die Handlungsweise der Erfahrungsexperten nicht immer ihren eigenen Normen entsprechen. Die Augenhöhe bei der Unterstützung der Patienten und der Erfahrungshintergrund der Peers treffen auf wissenschaftlich fundiertes und qualifiziertes Fachwissen und auf eine professionelle Distanz. Die Unterschiedlichkeiten in der Herangehensweise beider Gruppen muss dennoch gegenseitig respektiert werden. Die wesentlichen Elemente einer erfolgreichen Zusammenarbeit basieren somit auf Interesse, Mut, das Selbstbewusstsein aller Beteiligten, auf Beharrlichkeit, Ausdauer und gegenseitigen Respekt. (vgl. Utschakowski 2012, S. 72-75). Weiterhin ist es von Bedeutung, dass Erfahrungsexperten möglichst sozial und vollwertig in die jeweiligen Teams integriert werden. Dabei muss auch das Erlernen und Verarbeiten von Teamsitzungen, die Organisation von Arbeitsabläufen, kontinuierliche Reflexion, der berufliche Alltagsstreß, Konflikte und das Koordinieren von Anforderungen der Patienten eine Rolle spielen (vgl. Spiegelberg 2012, S. 142). Ebenso wichtig sind gegenseitige Fort-, Aus- und Weiterbildungen der professionellen Mitarbeiter und der Experten aus Erfahrung. Beide Gruppen profitieren speziell vom gegenseitigen Vermitteln und Aufnehmen von Informationen und befinden sich dabei in einer triadischen Konstellation. Die Tätigkeit der Peers muss gezielt unterstützt werden. Eine gut funktionierende Supervision und der regelmäßige Austausch mit anderen Peer-Spezialisten, auch in Peer- und Selbsthilfegruppen zur Bearbeitung von Belastungen, sind grundlegende Voraussetzungen für die Implementierung von Peer-Angeboten (vgl. Utschakowski 2010, S. 32). Seitens der Professionellen müssen gewohnte Denktraditionen unterbrochen, und Psychiatererfahrene als gleichberechtigte Mitarbeiter mit eigenen Kompetenzen anerkannt werden. Das bedeutet das Ablösen von der Vorstellung des eingeschränkten, psychisch Kranken (vgl. Utschakowski 2012, S. 76). Wichtig dabei ist vor allem die Bereitschaft des gesamten Teams und der Einrichtung, hinter der Idee der Genesungsbegleiter zu stehen. So kann Neid, hierarchisches Denken und Konkurrenzkampf von Beginn an im Keim erstickt werden. Die Voraussetzung dafür besteht im strukturierten, offenen Austausch zwischen Peers und Profis, um so Vorbehalte aufzuzeigen, zu bearbeiten und abzubauen. Geeignet ist dafür beispielsweise ein wiederkehrender Tagesordnungspunkt in den regelmäßigen Teamsitzungen (vgl. Wolters 2012, S. 126).

Wie auf Genesungsbegleiter und Professionelle, so kommen auch auf die sozialpsychiatrischen Einrichtungen und ihre Leitungs- und Vorgesetztenebenen einige Herausforderungen und Aufgaben bei der Einbeziehung von Peer-Arbeit zu. So rücken insbesondere strukturelle Anforderungen an die Betriebe in den Mittelpunkt. Von wesentlicher Bedeutung ist beispielsweise die Festlegung der Rollen, Aufgabenbereiche und Entscheidungsbefugnisse von Peers. Werden diese auf der organisatorischen Ebene transparent definiert, können so Unklarheiten, Missverständnissen, Irritationen und einem Gerangel um Kompetenzen vorge-

beugt werden. Ebenfalls festgelegt werden sollten die Zulassungsbedingungen⁵³ von Erfahrungsexperten oder etwaige Berechtigungsverfahren. Wichtig ist auch, dass Einrichtungen vorab Informationen zum Nutzen, zu Aufgaben oder allgemein zur Rolle von Peers an Patienten oder gegebenenfalls auch an professionelle Fachkräfte weitergeben (vgl. Amering, Schmolke 2012, S. 374). Des Weiteren müssen auf der Führungsebene die Weichen dazu gestellt werden, die Einbeziehung von Peers und die Kooperation dieser mit Profis so in einen Prozess einzubetten, dass dennoch die Entwicklung der Einrichtung an vorderster Stelle steht und gegensätzlichen Paradigmen, die auf eine Rückkehr zu traditionellen Mustern abzielen, vorgebeugt werden. Dieser Wandel sollte möglichst gut vorbereitet, kontinuierlich begleitet und reflektiert werden. Zur Wertschätzung der Arbeit von Genesungsbegleitern und für ihren Zeiteinsatz ist außerdem eine angemessene Bezahlung notwendig (vgl. Utschakowski 2012, S. 74-77). Dazu muss der Faktor der Peer-Arbeit unbedingt in den Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern thematisiert werden und Einzug erhalten. Genauso sollte sich die Tätigkeit von Erfahrungsexperten in der konzeptionellen Ausrichtung sozialpsychiatrischer Betriebe bemerkbar machen und in die Stellenpläne mit übernommen werden (vgl. Spiegelberg 2012, S. 143). In den Schlüsselpositionen von Einrichtungen sollte, ähnlich wie bei den professionellen Mitarbeitern, der Peer-Ansatz voll mitgetragen und gefördert werden und auch in kritischen Phasen oder Situationen Rückendeckung erhalten. Dazu ist es sinnvoll, innerhalb des Unternehmens einen ausführlichen Diskurs darüber abzuhalten, welche Potentiale Erfahrungsexperten mit sich bringen und auf welche Weise diese innovativ genutzt werden können. Um den Fortschritt der Implementierung der Peer-Arbeit in einer Einrichtung zu kontrollieren, ist es nützlich, Zielsetzungen und Vereinbarungen zu treffen, die innerhalb einer festgesetzten Zeitspanne erreicht werden können. So kann beispielsweise eine bestimmte Peer-Quote innerhalb eines Betriebs festgelegt werden (vgl. Utschakowski 2010, S. 32).

4.7 Aufgabenfelder der Erfahrungsexperten

Der Einsatz von Erfahrungsexperten in der psychiatrischen Versorgung geht mit einer wichtigen Komponente einher. Ihre triadische Ausrichtung. Das bedeutet, dass bei der Tätigkeit der Peers ein besonderes Augenmerk auf die individuellen Fähigkeiten und Wünsche der Patienten gerichtet werden. Grundlegend beim Einsatz der Experten aus Erfahrung ist außerdem, dass diese einen persönlichen Schwerpunkt für sich selbst festlegen. Nicht jeder Peer muss also über ein umfassendes Repertoire verfügen, um jegliche Arbeitsfelder theoretisch abdecken zu können. Weiter ist der Einsatz von Peers sowohl von ihren individuellen Fähigkeiten, als auch vom regionalen Bedarf an Hilfen abhängig.

⁵³ Beispielsweise über die Qualifizierung EX-IN. Nähere Hintergründe werden in Kapitel 5 erläutert.

Die Aufgabenfelder für Erfahrungsexperten, ob in der Zusammenarbeit mit anderen Kollegen oder in autonomen Tätigkeiten sind mannigfaltig. Grundsätzlich kann ihr Einsatz in den Bereichen der psychosozialen Versorgung, dem Qualitätsmanagement, in der Forschung und in der Aus- / Weiter- / und Fortbildung erfolgen. Im Anschluss folgt eine umfassende Übersicht zu möglichen Aufgabenfeldern der Erfahrungsexperten in diesen Bereichen:

- Genesungsbegleiter in Weglaufhäusern, therapeutischen Wohngemeinschaften, Kriseninterventionsdiensten, Tagesstätten, (Tages-) Kliniken, ambulant betreutem Wohnen (vgl. Utschakowski 2007, S. 283)
- Genesungsbegleiter im Home-Treatment⁵⁴, in Institutsambulanzen, in der ambulanten Pflege (vgl. Lange 2008, S. 5)
- Mitarbeit in fachdienstbegleiteten Krisendiensten (z. B. SpDi), Begleitung, Organisation, Leitung von Psychoseseminaren und Selbsthilfegruppen und Beratung von Betroffenen, Angehörigen sowie Institutionen (vgl. Spiegelberg 2012, S. 146f.)
- Mitarbeit in der Forschung, also bei Forschungsansätzen, Forschungsmethoden, Forschungsfragestellungen und Auswertungen (vgl. Utschakowski 2007, S. 285f.)
- Mitarbeit in der Weiterbildung bei Infoprojekten, Infoveranstaltungen (in Betrieben, etc.), in der Fortbildung für Mediatoren an Schulen oder der Polizei und Ausbildung in anderen Gesundheitsberufen (vgl. Lange 2008, S. 5)
- Betätigung als Referent bei Schulungen, für Vorträge und Seminare an Universitäten, Hochschulen, Schulen, Betrieben, etc. (vgl. Utschakowski 2007, S. 286ff.)
- Beratungsangebote für gefährdete Schüler und ersterkrankte junge Menschen, um Selbststigmatisierung und die Angst vor der Erkrankung möglichst früh zu beseitigen und Selbstverantwortung zu stärken (vgl. Bock 2012, S. 30)
- Peer-Beratung, Motivations- und Kontaktarbeit in psychosozialen Kontaktstellen, psychiatrische Institutsambulanzen, etc. (vgl. ebd.)
- Mitarbeit in der Qualitätssicherung oder in klinikunabhängigen Organisationen zur Durchführung von Qualitätsaudits (vgl. Zuaboni, Werder 2013, S. 115)

⁵⁴ Heimbehandlung, ermöglicht die Behandlung akut psychisch kranker Menschen rund um die Uhr in ihrer gewohnten Umgebung durch ein multiprofessionelles Team.

5. Experienced Involvement (Ex-In)⁵⁵

5.1 Was ist „Ex-In“?



Im vorherigen Kapitel wurden Aufgabenfelder benannt, in die Erfahrungsexperten mit ihren speziellen Fähigkeiten hineinwachsen können um die psychiatrische Versorgung in Deutschland trialogreicher und bedarfsgerechter umzugestalten. Allerdings sehen insbesondere professionelle Fachkräfte in der fehlenden Qualifizierung ein wesentliches Problem für die Einbeziehung der Peers in die Sozialpsychiatrie. Sie fürchten auf Grund fehlender theoretischer Sachkenntnis und mangelnder Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen einen Wertverlust psychosozialer Ausbildungsberufe. Damit verbunden wäre aus der Perspektive der Professionellen ein niedriger Stellenwert der Erfahrungsexperten sowie fehlende Anerkennung und Akzeptanz.

Aus diesen und weiteren Gründen wurde 2004 in Bremen die Experten-Partnerschaft (EXPA) ins Leben gerufen. Diese Vereinigung aus Experten aus Erfahrung und Ausbildung verfolgt das Ziel, die Perspektive von Psychiatrieerfahrenen in ihrer Ausbildung zu stärken. Auch international wuchs die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen in der Gesundheitsversorgung oder war längst schon existent, wie beispielsweise in Großbritannien und Niederlande. So beschloss die Bremer Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V. mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. im Rahmen des EU-Bildungsprogramms Fördermittel zu beantragen, um die Teilhabe Psychiatrieerfahrener auf deutscher und europäischer Ebene weiterzuentwickeln. Ziel des zwischen 2005 und 2007 entwickelten Leonardo da Vinci Pilotprojekts „Experienced-Involvement“ war es, einen europäischen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und eine Ausbildung für Betroffene zu entwickeln, die eine Grundlage zur offiziellen Anerkennung bietet (vgl. Utschakowski 2012, S. 84f.). Die Ausbildung zum offiziellen Genesungsbegleiter soll Psychiatrieerfahrenen somit zu einem Selbstbewusstsein verhelfen, aus dem eigenen Erfahrungsschatz eine eigene Form von Expertise zu entwickeln, sie soll eine Zusammenarbeit zwischen Experten aus Ausbildung und Erfahrung auf Augenhöhe ermöglichen, die Auseinandersetzung mit der schwierigen Rolle als Erfahrener in der Begegnung

⁵⁵ Abkürzung des englischsprachigen Begriffs „Experienced Involvement“. Zu Deutsch „Einbeziehung Erfahrener“.

mit Betroffenen und Fachkräften fördern und eine konstruktive Kombination aus Ausbildungs- und Erfahrungswissen schaffen, die als Qualitätsgewinn für bestehende Hilfsangebote angesehen werden kann (vgl. Dochat 2011, S. 4). Psychiatrieerfahrene werden außerdem zu Entwicklern und Gestaltern neuer Hilfsangebote in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie gewähren diesen bisher nicht dagewesene Innenansichten von Wahrnehmungswelten in psychischen Krisensituationen und liefern zudem innovative Erklärungsansätze für den tieferen Sinn psychischer Krisen. Durch die anerkannte Qualifizierung zum Genesungsbegleiter werden ehemalige Betroffene so zu Experten für praxistaugliche Bewältigungsstrategien (vgl. Jahnke 2012, S. 11f.). Im Zentrum der von sechs europäischen Ländern⁵⁶ erarbeiteten Ausbildung steht die Strukturierung und Reflexion des Erfahrungswissens sowie das Erlernen notwendiger Hintergründe und Methoden. Die Nachfrage nach „Ex-In“ Kursen ist in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen. Wurden diese ab 2008 zunächst lediglich in Hamburg und Bremen angeboten, so finden Kurse inzwischen in ganz Deutschland in Großstädten wie Berlin, Köln, Stuttgart oder Hannover statt. Seit 2012 werden Genesungsbegleiter in dreizehn verschiedenen Städten deutschlandweit mit steigender Tendenz in bisher über 30 Kursen zertifiziert. Nach der Ausbildung können Erfahrungsexperten mit ihrem anerkannten Status in psychiatrischen Diensten, als Dozenten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und in anderen Bereichen Fuß fassen (vgl. Utschakowski 2007, S. 296).

5.2 Aufbau der Ausbildung

Die Ausbildung Psychiatrieerfahrener zum Genesungsbegleiter ist in Basismodule und Aufbau-module unterteilt. Die insgesamt 11 Module nehmen etwa 250 Unterrichtsstunden in Anspruch. Die einzelnen Module umfassen jeweils etwa 22 Stunden. Darüber hinaus absolvieren die Teilnehmer je ein Praktikum in einem psychiatrischen Dienst oder einer Bildungseinrichtung. Ergänzt wird die Ausbildung von einer Portfolio-Arbeit mit persönlichem, professionell erarbeitetem Profil. Der Schwerpunkt im fünf Module umfassenden Aufbaukurs liegt auf der Reflexion der eigenen Geschichte. Im darauffolgenden Aufbaukurs wird vor allem die Fähigkeit zum Perspektivwechsel gefördert (vgl. Jahnke 2012, S. 12). Der Unterricht wird in der Regel von einem Team bestehend aus einem Psychiatrieerfahrenen und einem Professionellen durchgeführt.

5.2.1 Grundkurs

Der Grundkurs des Curriculums besteht aus fünf Basismodulen zu je 22 Unterrichtsstunden. Der Inhalt und die Ziele der jeweiligen Module werden im Folgenden auf der Grundlage des

⁵⁶ Wissenschaftler, Fachkräfte und Psychiatrieerfahrene aus Norwegen, Schweden, Niederlande, England, Slowenien und Deutschland (vgl. Jahnke 2012, S. 11).

Curriculums zur „Ex-In“ Ausbildung vom Ex-In Deutschland e. V.⁵⁷ benannt und erläutert. Dazu werden die jeweiligen Abschnitte aus dem Skript größtenteils übernommen.

Modul 1: Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden / Dauer: 22 Stunden

Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, ihr eigenes Verständnis von Gesundheit zu entwickeln und als einen entscheidenden Teil im Leben und im Prozess der Genesung zu entdecken. Strategien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden sollen verstanden, geteilt und erkundet werden.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Ein Verständnis von Definitionen und Ansätzen haben, mit denen Gesundheit und Wohlbefinden beschrieben und bemessen werden kann und individuelle Erklärungsmodelle identifizieren können
2. Gesundheit/Wohlbefinden auf dem Hintergrund von psychischen Problemen diskutieren können
3. Einflüsse auf individuelle Gesundheit/Wohlbefinden sowie die Bedeutung von persönlichen Netzwerken, Gemeindegemeinschaften und gesellschaftlichen Bedingungen beschreiben können
4. Möglichkeiten und Strategien zu einer gesünderen Lebensführung beschreiben können und wissen, welche Angebote in der Region und in weiteren sozialen Netzwerken verfügbar sind

Modul 2: Empowerment in Theorie und Praxis / Dauer: 22 Stunden

Entscheidungsmacht zu haben oder machtlos zu sein, ist eines der Kernthemen im Zusammenhang mit psychischem Leid. Dieses Modul wurde entwickelt, um [...] relevante Themen und Fragen zu Empowerment kennenzulernen und zu diskutieren. Die Reflektion von Entscheidungsmacht bedeutet, sich mit Macht in Beziehungen auseinanderzusetzen, mit der Delegation von Macht und der Auseinandersetzung mit Vertragsmacht. Um Machtfragen transparent zu machen, müssen reale Alltagssituationen betrachtet werden, wie z. B. Wohnsituation, Arbeit, [...]. Ein wichtiges Mittel, um dies zu erreichen, ist der Austausch über unterschiedliche Erfahrungen, Wünsche und Hoffnungen.

Das Modul:

1. Ermöglicht eine differenzierte Auseinandersetzung mit Empowermentkonzepten
2. Fördert Empowerment von Psychiatrieerfahrenen
3. Fördert die Durchsetzungsfähigkeit der Teilnehmer

Modul 3: Erfahrung und Teilhabe / Dauer: 22 Stunden

Ein Bewusstseinsprozess über individuelle und kollektive Erfahrungen und Handlungen im Zusammenhang mit Psychiatrieerfahrung wird gefördert. Es geht um die Suche nach Lösungen, den Prozess der Entscheidungsfindung und seine Einflussfaktoren, die unterschiedlichen Wege, Entscheidungen in die Praxis umzusetzen und die Auswertung dieses Gesamtprozesses zu beschreiben. Das Modul soll zu einem individuellen und kollektiven Empowermentprozess beitragen.

Nach Beendigung des Moduls werden die Teilnehmer in der Lage sein:

1. Differenzierter über eigene Erfahrung sprechen und Erzählungen anderer zuhören zu können

⁵⁷ Quelle: Ex-In Deutschland e. V. Curriculum zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung.

2. Mehr über Erfahrungen mit psychischen Krisen vieler unterschiedlicher Menschen zu wissen
3. Besser über eigene Erfahrungen mit psychischen Problemen reflektieren und sie auf respektvolle und gleichberechtigte Weise mit anderen teilen zu können
4. Fruchtbar persönliche und soziale Probleme unterscheiden zu können

Zudem werden sie kennengelernt haben:

5. Unterschiedliche individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien für psychisches Leid
6. Besser mit psychiatrischen Institutionen umzugehen
7. Besser mit den gesellschaftlichen Reaktionen umzugehen
8. Verschiedene Nutzerorganisationen und Initiativen, die Angebote vorhalten, die Psychatrieerfahrenen ermöglichen, unabhängiger von psychiatrischen Diensten zu werden
9. Welche Möglichkeiten es zur Einflussnahme und Verbesserung ihrer Behandlung gibt

Modul 4: Trialog / Dauer: 22 Stunden

Trialog bedeutet, eine Zusammenkunft von Experten durch Erfahrung, Angehörige und Professionelle auf gleicher Augenhöhe [...]. Die Idee stellt eine Herausforderung für alle drei Gruppen dar. Trialog setzt Standards für eine zukünftige Entwicklung, die die Psychiatrie grundlegend verändern kann. Die Teilnehmer werden mit der Theorie/Praxis des Trialogs durch Vermittlung der theoretischen Rahmenbedingungen, der Vorbereitung der Praxis und der direkten Erfahrung in Seminaren vertraut gemacht.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Die eigene Perspektive [...] im Verhältnis zu der von Angehörigen und Profis reflektieren
2. Die Subjektivität jeder der drei Perspektiven erkennen
3. Die Vielfalt zwischen und in den drei Gruppen respektieren können
4. Die Perspektive von Angehörigen und Professionellen in der Lehr- bzw. der Unterstützungstätigkeit berücksichtigen können
5. Trialog in unterschiedlichen Kontexten anwenden können [...], die eigene Erfahrung reflektieren und kommunizieren können und die anderen Perspektiven berücksichtigen

Modul 5: Perspektiven und Erfahrungen von Genesung/Recovery / Dauer: 22 Stunden

Gelebte Erfahrung und Forschung haben gezeigt, dass es für die Genesung von einer schweren psychischen Erkrankung eine realistische Chance gibt. Recovery kann sowohl als sozialer als auch als individueller Prozess beschrieben werden; *sozial* weil Genesung ein integraler Bestandteil des täglichen Lebens der betreffenden Person ist, in dem soziale und materielle Aspekte eine Unterstützung oder ein Hindernis für den Recovery-Prozess darstellen können, *individuell* weil es um die subjektiven Erfahrungen des Einzelnen in Bezug auf das Überwinden von und/oder leben mit psychischen Problemen geht. Forschung und persönliche Berichte über Genesung haben dazu beigetragen, ein neues Verständnis davon zu entwickeln, warum und wie Menschen psychische Probleme bewältigen oder in einer Situation von „Chronizität“ und der Rolle als Patient verbleiben.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Ihr Bewusstsein um die eigene Genesungsgeschichte und die von Anderen erweitert haben
2. Ihr Wissen über genesungsfördernde bzw. genesungshindernde Prozesse erweitert haben
3. Ihr Wissen über genesungsorientierte Dienste, Einrichtungen und Gruppen erweitert haben
4. Strategien anwenden können, die Erfahrungswissen von Betroffenen Geltung verschaffen

5.2.2 Aufbaukurs

Der Aufbaukurs des Curriculums besteht aus sechs Aufbaumodulen zu je 22 Unterrichtsstunden. Der Inhalt und die Ziele der jeweiligen Module werden im Folgenden auf der Grundlage des Curriculums zur „Ex-In“ Ausbildung vom Ex-In Deutschland e. V.⁵⁸ benannt und erläutert. Dazu werden die jeweiligen Abschnitte aus dem Skript größtenteils übernommen.

Modul 6: Unabhängige Betroffenen-Fürsprecher / Dauer: 22 Stunden

Unabhängige Betroffenen-Fürsprache ist eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten sicherzustellen, dass Anliegen der Nutzer gehört werden, [...]. Dazu gehört es, Wahlmöglichkeiten aufzuzeigen, die Nutzer über ihre Rechte aufzuklären und dabei zu unterstützen, diese zu verteidigen.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Über relevantes Wissen verfügen, um die Rolle der Fürsprecher kompetent ausüben zu können
2. Kompetenzen/Strategien entwickelt haben, die sicherstellen, dass Nutzer gehört werden

Modul 7: Selbsterforschung / Dauer: 22 Stunden

Professionelle [...] sprechen traditionell nicht direkt mit Klienten über ihre psychotischen Erfahrungen, weil befürchtet wird, dass dies erneut psychotisches Erleben hervorruft. Es wird versucht, die Krankheit zu behandeln, ohne allerdings auf die Erfahrungen und die Konsequenzen dieser für die Person einzugehen. Viele Betroffene fühlen sich und ihre Erfahrungen durch die traditionelle Psychiatrie nicht wahrgenommen, viel eher werden sie von ihren Erfahrungen entfremdet, [...]. Viele Erfahrungen haben aber eine Bedeutung. Man kann lernen mit ihnen umzugehen und auch mit den Problemen, die ihnen zugrunde liegen. Der traditionelle Ansatz fokussiert sich auf die Einschränkungen, statt auf die Fähigkeiten der Person, mit den Erfahrungen umgehen zu können und die Fähigkeit, die Erfahrungen steuern zu können, statt von ihnen gesteuert zu werden.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Verständlich über die eigenen Erfahrungen sprechen können und sie niederschreiben können
2. Mit verschiedenen Ansätzen und Erklärungsmodellen vertraut sein
3. Grundprinzipien eines Selbsterforschungsinterviews kennen

⁵⁸ Quelle: Ex-In Deutschland e. V. Curriculum zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung.

Modul 8: Recoveryorientiertes Assessment⁵⁹/Ganzheitliche Lebensplanung / Dauer: 22 Stunden

Wissen und Fähigkeiten für die Unterstützung von Menschen in Krisen werden entwickelt, um ihre Situation besser zu verstehen und für die Zukunft zu planen. Das Modul wurde auf Basis der Transformation von Erfahrungen mit professioneller Hilfe während Krisen entwickelt. Sowohl Professionelle als auch Psychiatrieerfahrene sollen ein größeres Verständnis dafür ausbilden, was aus der Perspektive eines Menschen in Krisen als hilfreich empfunden wird, wie individuelle Erfahrungen erkundet werden können und wie dies in hilfreiche Strategien zu einer recovery-orientierten Unterstützung transformiert werden kann. Das Modul bietet eine Methode zum Assessment und zur Planung personensorientierter Hilfen. [...] Die Gefühle der Betroffenen sollen wahrgenommen, ihre Gedanken geordnet und ihren Erfahrungen eine Bedeutung gegeben werden. Peers sollen lernen, wie verschiedene personenzentrierte Planungsinstrumente angewandt, Assessments durchgeführt, hilfreiche Beziehungen aufgebaut und auf dieser Basis eine persönliche Planung entwickelt werden kann.

Am Ende des Moduls werden die Teilnehmer:

1. Ein Bewusstsein für Assessment und Planung aus einer Recovery-Perspektive haben
2. Verständnis für die Möglichkeiten des Assessment- und Planungsansatzes haben
3. Sicherheit in Beziehungen und dem Einsatz von Recovery-Tools mit Betroffenen haben
4. Zur Reflexion ihrer Arbeit befähigt sein

Modul 9: Begleiten und Unterstützen/Genesungsbegleitung / Dauer: 22 Stunden

Nutzerorientierung, Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen [...], usw. ist seit langem ein Anliegen der Betroffenenbewegung. Diese Forderung basiert auf der Überzeugung, dass die Wünsche und Bedürfnisse eines Betroffenen am besten von jemandem verstanden werden können, der ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Experten aus Erfahrung können als Rollenmodel fungieren. Sie leben unabhängig und üben eine professionelle Funktion aus. Der Genesungsbegleiter kann als Übersetzer fungieren. Er kann aufgrund der eigenen reflektierten Erfahrung vielfältige Angebote machen, die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung fördern. Um andere gut unterstützen zu können ist es nicht nur wichtig die eigene Erfahrung der Bewältigung psychischer Herausforderungen und hilfreicher Beziehungen zu reflektieren, sondern auch Methoden und Haltungen.

Dieses Modul soll die Entwicklung folgender Kompetenzen fördern:

1. Umgang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen von Begleitung und Unterstützung
2. Reflektion der Prinzipien von Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen für Betroffene
3. Differenziertes Wissen über die Bedeutung und die Umsetzung unterstützender Kommunikation und Beziehungsarbeit im Rahmen von Genesungsbegleitung
4. Reflektion des eigenen Unterstützungsstils
5. Kenntnis der verschiedenen Bereiche und Ebenen von Begleitung und Unterstützung

⁵⁹ Engl., kann mit „Bewertung“ oder „Beurteilung“ übersetzt werden.

Modul 10: Krisenintervention / Dauer: 22 Stunden

Es gibt immer wieder Situationen, in denen Konflikte entstehen, Menschen im Ungleichgewicht oder in zugespitzten Krisen sind. Hier ist es wichtig, recoveryorientiert und deeskalierend auf die Personen einzugehen sowie Möglichkeiten und Grenzen gut einschätzen zu können. Krisenintervention wird hier als ein Prozess verstanden, bei dem der Genesungsbegleiter zusammen mit dem Betroffenen die Krisenmomente identifiziert und beurteilt, um das Gleichgewicht wiederherzustellen und die negativen Auswirkungen der Krise im Leben des Betroffenen zu mindern.

Das Modul soll die Teilnehmer befähigen:

1. Konflikt- und Krisensituationen einschätzen zu können
2. Eigene Fähigkeiten und Grenzen zu erkennen
3. Kriseninterventionstechniken anwenden zu können
4. Ressourcen- und recoveryorientiert in Krisen agieren zu können
5. Hilfs- und Ressourcennetzwerke einzubeziehen

Modul 11: Lehren / Dauer: 22 Stunden

Es ist wichtig, sich an Ausbildungs- und Qualifizierungsprozessen zu beteiligen. Einerseits kann das reflektierte Erfahrungswissen zur Fortbildung, Anregung, Unterstützung oder Aktivierung anderer Peers genutzt werden. Andererseits können Angehörige informiert und insbesondere Professionelle unterstützt werden, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten zu optimieren, um Angebote nutzer-, bedarfsorientierter und zufriedenstellender umzusetzen. Um das Erfahrungswissen [...] einzubringen ist eine gute Vorbereitung notwendig. Peers müssen lernen, wie sie über Erfahrungen sprechen und wie sie diese als Ressource in Ausbildungssituationen nutzen. Wichtig ist auch, interessante Geschichten erzählen zu können und wie man dabei vermeidet, über die eigenen Grenzen zu gehen.

Das Modul soll die Teilnehmer befähigen:

1. Unterstützende Haltungen, Methoden und Inhalte für Ausbildungssituationen zu identifizieren
2. Über die eigene Erfahrung sprechen zu können und dabei die eigenen Grenzen zu achten
3. Frei und flexibel in der Anwendung von Präsentationstechniken und –methoden zu sein
4. Eine gut strukturierte Präsentation vorzubereiten und anzukündigen
5. Eine interessante Fortbildung zu geben

5.3 Berufliche Perspektiven der Absolventen

Bis 2010 haben etwa 160 Psychiatrieerfahrene an der Ausbildung „Experienced-Involvement“ teilgenommen. Davon schlossen 80% den Kurs erfolgreich ab. Im Anschluss an die Zertifizierung konnte die Hälfte⁶⁰ der Absolventen einer bezahlten Tätigkeit nachgehen (vgl. Utschakowski 2010, S. 31). Dazu gehören sowohl sozialversicherungspflichtige Anstellungen als auch geringverdienende Berufe. Der Großteil der qualifizierten Erfahrungsexperten geht Tätigkeiten in der ambulanten psychiatrischen Pflege nach, führt Entlassungsbera-

⁶⁰ Neuester Stand 2012: über 50% der Absolventen gehen einer bezahlten Tätigkeit nach (vgl. Utschakowski 2012, S. 90).

tung im Krankenhaus, arbeitet im Betreuten Wohnen, der Öffentlichkeitsarbeit oder im Qualitätsmanagement. Ein weiterer Anteil der Absolventen arbeitet auf Honorarbasis als Dozent in der Fort-, Weiter und Ausbildung an Schulen, Universitäten oder in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und ist in der Beratung sowie an Gruppenprogrammen beteiligt (vgl. Utschakowski 2012, S. 90). Die individuellen Profile der Absolventen variieren zum Teil deutlich. So ist die jeweilige Intensivität des Arbeitseinsatzes sowohl von der gesundheitlichen Belastung, als auch von unterschiedlichen beruflichen Vorqualifizierungen abhängig. Hinzu kommen die Vorstellungen des Arbeitgebers, über etwaige Einsatzfelder und seine Interpretation der Ausübung dieser Tätigkeit. „Ex-In“ Absolventen arbeiten heute bereits fest angestellt und auf Honorarbasis therapiebegleitend oder als Berater zur Vor- und Nachsorge in Akutpsychiatrien. Auch in der Sozialpsychiatrie, in der beruflichen Rehabilitation, der Forschung, Lehre, Aus- und Weiterbildung, im Qualitätsmanagement sowie in der Selbsthilfe sind Erfahrungsexperten mit der Qualifikation zum Genesungsbegleiter tätig (vgl. Jahnke 2012, S. 13). Im Jahr 2010 wurde parallel zum Ablauf eines Ausbildungskurses zum Genesungsbegleiter an einer Fachhochschule in Bern eine Evaluation zu verschiedenen Themen, u. a. auch zu den beruflichen Perspektiven der Studierenden nach ihrem Abschluss durchgeführt. Nach dieser Umfrage bauten viele der genannten Tätigkeiten vor allem auf den vorhergehenden Praktika in Bildungseinrichtungen und sozialpsychiatrischen Diensten auf. So durchliefen viele der angehenden Absolventen Tätigkeiten im Bereich Peerberatung und –begleitung, in der Betroffenenvertretung, Selbsthilfegruppen, Stammtische für Psychiatrieerfahrene, Begleitung älterer Menschen mit psychischen Problemen, in der Pflegeforschung, dem Betreuungsdienst oder leiteten beispielsweise Kochgruppen für Betroffene. Andere leisteten Vorstandsarbeit in politischen Verbänden, Öffentlichkeitsarbeit, waren als Betroffenenvertretung in einer Ethikkommission tätig, betrieben Werbung für Peertätigkeiten und setzten sich für die Interessen Betroffener ein. Im Bildungswesen engagierten sich die angehenden Berner „Ex-In“ Absolventen bei der Leitung von Recovery-Gruppen, in der Aufklärung im Rahmen von Schulprojekten, bei Weiterbildungen an verschiedenen Einrichtungen und Vorträgen sowie Seminaren an Kongressen, Fachhochschulen oder für Vereine (vgl. Hegedüs, Steinauer 2013, S. 214). Auch auf die Frage nach konkreten beruflichen Wünschen und Vorstellungen fielen die Aussagen der Kursteilnehmer vielseitig aus. So konnten sich einige der Psychiatrieerfahrenen die Leitung von Selbsthilfegruppen verschiedener Art durchaus vorstellen. Auch das Halten und Referieren von Vorträgen sowie telefonische Beratung wurden genannt. Andere Teilnehmer sahen sich eher in einer Peergruppe, in Einzel-Peer Beratung, Peerarbeit in Einrichtungen, im Mitwirken an Öffentlichkeitsarbeiten oder in der Mitarbeit in Vorständen. Allerdings strebten nicht alle Absolventen nach dem Erhalt der Qualifikation eine dauerhafte und feste Beschäftigung an, da hinsichtlich der zukünftigen Berufsplanung durchaus auch Bedenken und Unsicherheiten vorhanden waren. So sagten einige Teilnehmer

beispielsweise aus, sie wollten überhaupt nicht als Peer arbeiten. Auch andere planten keine berufliche Veränderung. Die Ursachen hierfür lagen insbesondere in der Ungewissheit, ob der Beruf mit der eigenen psychischen Erkrankung dauerhaft vereinbar sei und in der Angst der Absolventen vor der Herausforderung des Rollenwechsels vom Betroffenen hin zum Professionellen (vgl. ebd. S. 215). Ein positives Beispiel hinsichtlich der beruflichen Perspektive nach der „Ex-In“ Ausbildung bietet die Psychiatrieerfahrene Esther Bodzin. Sie entschloss sich bereits in den Anfängen der Entwicklung des Curriculums für eine Teilnahme und stieg nach dem Erhalt ihrer Qualifikation wieder erfolgreich in das Berufsleben ein. Sie arbeitet als bezahlte Dozentin in einer Weiterbildungsabteilung eines psychiatrischen Krankenhauses und gibt dort Unterrichtsstunden zu ausgewählten Themen wie Empowerment oder Stigmatisierung. Inzwischen hat sie ihr Engagement auch auf weitere Veranstaltungsorte ausgeweitet (vgl. Bodzin 2012, S. 110f.). Der Psychiatrieerfahrene Claus Räthke wertete Erfahrungen von fünf „Ex-In“ Absolventen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Befragten Tätigkeiten zwischen 400€ Basis und versicherungspflichtigen 30-Stunden Stellen ausübten. Die Beteiligten waren in psychiatrischen Wohn- und Altenheimen, im Betreuten Wohnen, der ambulanten Pflege und in der Öffentlichkeitsarbeit angestellt. Ihr Aufgabenbereich bewegte sich zwischen Alltagsbegleitung und Alltagsstrukturierung, Krisenmanagement, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, Wohnbegleitung und Beziehungsarbeit. Alle Befragten fühlten sich außerdem umfassend akzeptiert und voll in ihre jeweiligen Teams integriert (vgl. Räthke 2012, S. 132f.). Andere Kursteilnehmer möchten sich eher Zeit lassen, bevor sie den Entschluss fassen, einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen. Für manche ist lediglich ein kleiner Nebenjob interessant, um später Rentenzahlungen zu erhalten. Insgesamt aber ist die bei über 50% liegende Beschäftigungsquote der „Ex-In“ Absolventen nach Utschakowski positiv zu werten (vgl. Utschakowski 2012, S. 90).

6. Einfluss der Erfahrungsexperten auf andere Bewegungen

6.1 Recovery

Der Begriff „Recovery“ fand erstmals 1937 Erwähnung, als Abraham Low den Verein „Recovery, Inc.“ gründete, der für Menschen mit psychiatrischen Problemen zur Anlaufstelle für das Erlernen von Selbsthilfemethoden und Bewältigungsstrategien für alltägliche Lebenssituationen und Herausforderungen wurde. Low sah in seinem Verein eine praktische Ergänzung zur professionellen Versorgung (vgl. Lehmann 2013, S. 49). In der psychiatrischen Versorgung stieß der Recovery-Begriff lange Zeit auf Desinteresse. Erst in den 90er Jahren häuften sich Menschen mit psychischen Erkrankungen, die von ihren behandelnden Ärzten als unheilbar abgeschrieben wurden und aus Gründen der Unzufriedenheit gegenüber ihrer Behandlung Eigeninitiative ergriffen, Medikamente sowie andere Hilfsangebote absetzten

und versuchten, ganz ohne psychiatrische Behandlung ein unabhängiges und gesundes Leben zu führen. Auch erste Langzeitstudien ließen erkennen, dass eine Genesung von schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Damit wurde das gängige Konzept der Unheilbarkeit von psychisch erkrankten Menschen in Frage gestellt. Daraufhin folgten Vereinsgründungen von Aktivisten der Recovery-Szene, die sich für eine andere Wahrnehmung psychischer Krankheit einsetzten, Vorträge von Psychiatriebetroffenen sowie Bücher und Zeitschriften, die von der klassischen Psychiatrie nicht mehr ignoriert werden konnten (vgl. ebd. S. 49f.).

Recovery kann in der deutschen Sprache etwa mit Genesung, Besserung, Erholung oder Wiedergewinnung umschrieben werden. Deegan sieht darin „ein Prozess, ein Lebensstil, eine Einstellung und ein Weg, den alltäglichen Herausforderungen zu begegnen.“ (Deegan 1988 zit. n. Amering, Schmolke 2012, S. 26). Allerdings ist dieser Prozess nicht immer gleichbleibend, sondern oft auch unberechenbar, wie der eigene Lebensweg. Es existiert der Wille, der eigenen Behinderung zu begegnen und innerhalb der von der Erkrankung gesetzten Grenzen ein neues, positiv bewertetes Gefühl von Sinn und Integrität wiederzuerlangen (vgl. Deegan 1988, zit. n. ebd.). Recovery eröffnet Menschen trotz ihrer psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden Einschränkungen außerdem die Möglichkeit, ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Betroffene wachsen über die Auswirkungen ihrer Erkrankung hinaus, entwickeln einen neuen Sinn und messen ihrem Leben eine neue Bedeutung bei (vgl. Anthony 1993, zit. n. ebd. S. 25). Es geht allerdings nicht um die vollständige Genesung von einer psychischen Erkrankung oder um Symptombefreiheit. Der Betroffene setzt sich vielmehr mit sich selbst und seiner Erkrankung auseinander. Er überwindet den negativen Einfluss seiner psychischen Probleme und wird dadurch in die Lage versetzt, ein für ihn zufriedenes Leben zu führen (vgl. Knuf 2012, S. 34). Deegan definiert den Recovery-Begriff wie folgt:

„Recovery ist weder Endprodukt noch Resultat. Es geht auch nicht darum, einfach >geheilt< oder in der Gemeinde stabilisiert zu sein. Recovery bedeutet oft eine Transformation des Selbst, bei der man sowohl eigene Grenzen akzeptiert, als auch eine neue Welt von Möglichkeiten entdeckt. Darin liegt das Paradox von Recovery: Indem man akzeptiert was man nicht tun oder sein kann, beginnt man zu entdecken, wer man sein und was man tun kann. Recovery ist ein Prozess. Es ist ein Lebensstil.“

(Deegan 1996, zit. n. Amering, Schmolke 2012, S. 25)

Die Recovery-Bewegung und die Selbsthilfebewegung, aus der sich später auch die Peer-Arbeit ableitete, entwickelten sich ursprünglich aus der Kritik an der konventionellen psychiatrischen Behandlung. Psychiatrieerfahrene beider Bewegungen streben nach einer Behandlung ihrer Erkrankung auf der Grundlage ihrer und der Erfahrungen anderer Betroffener ohne

Mitwirkung der herkömmlichen psychiatrischen Versorgung. Recovery und Peer-Arbeit teilen sich demnach die Gemeinsamkeit, ohne professionelles Zutun ausgebildeter Fachkräfte wirksam zu werden. So werden bei der Arbeit von Erfahrungsexperten ausschließlich Psychiatrieerfahrene aktiv. Recovery stellt die Art und Weise der Interpretation individueller Lebenswege unter der Berücksichtigung der psychischen Erkrankung in den Fokus. Auch dieser Prozess ist ohne professionelles Zutun möglich (vgl. Schulz, Prins 2013, S. 192f.). Peer-Arbeit kann sich auf den Recovery-Prozess von psychisch kranken Menschen oftmals positiv auswirken. Die Kontakte vieler Patienten in psychiatrischen Kliniken beschränken sich in der Regel ausschließlich auf Ärzte und Therapeuten. Diesen messen sie meist keine motivierenden Aspekte bei. Bezugspersonen in der Akutpsychiatrie können allerdings insbesondere hinsichtlich der Motivation, dem Vertrauen, dem Durchhaltevermögen in der Therapiezeit, dem Einleben bzw. der Orientierung des Patienten auf der Station und als Vermittler zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Rolle zukommen. So kann ein Erfahrungsexperte oft eine intensivere und längerfristige Beziehung zum Patienten aufbauen. Er teilt mit der psychisch kranken Person ein anderes Verständnis von Psychosen und arbeitet zunehmend ressourcenorientiert. Peers unterstützen als direkte Bezugsperson somit den Recovery-Prozess des Patienten und vermitteln alleine durch ihre Existenz die hoffnungstiftende Botschaft, dass Recovery möglich ist (vgl. ebd. S. 194f.). Auch Experten aus Erfahrung, die in der Fort-, Weiter- und Ausbildung tätig sind und als Dozenten Vorträge halten, vermitteln mit ihrem besonderen Krankheitsverständnis, ihren individuellen Erlebnissen und Erfahrungen von Psychosen sowie deren Auswirkungen den recoveryorientierten Ansatz. Auf diesem Weg kann Recovery auch im professionellen Versorgungssystem etabliert und gefördert werden (vgl. ebd. S. 198). Darüber hinaus stellt Recovery auch einen der wesentlichen Grundpfeiler der „Ex-In“ Bewegung dar. In der Ausbildung zum Genesungsbegleiter werden recoveryorientierte Inhalte gleich in mehreren Modulen⁶¹ gelehrt. So wird nicht nur der Recoveryprozess der Patienten später in der Behandlung gefördert, sondern auch der der „Ex-In“ Absolventen. Parallel zur Arbeit der Genesungsbegleiter steht auch beim recoveryorientierten Ansatz insbesondere Hoffnung, Mut, eine zufriedene und erfüllte Lebensführung mit vollständiger gesellschaftlicher Integration, Wohlbefinden, Selbsthilfe sowie Selbstverantwortung im Vordergrund (vgl. Rätke 2009, S. 10).

6.2 Empowerment

Der Begriff „Empowerment“ geht auf die Anfänge der Demokratie in den Vereinigten Staaten von Amerika zurück. Er beschreibt die Übernahme dieser durch politische Institutionen, um den Bürgern eine Beteiligung an Entscheidungen einzuräumen, die ihr unmittelbares Leben

⁶¹ Modul 5, 8 und 10, siehe Kapitel 5.2.1 und 5.2.2, S. 52-55.

betreffen. Dennoch war das amerikanische Staat-Bürger-Verhältnis derart paternalistisch geprägt, dass Empowerment insbesondere von denjenigen (Rand-)Gruppen eingefordert wurde, deren Teilhabe und Mitbestimmung an Entscheidungen besonders gering oder nicht existent war. Genau wie damals wird in der heutigen Zeit Empowerment überall dort angestrebt, wo sich benachteiligte Gruppen verstärkt für Mitsprache- und Entscheidungsmöglichkeiten einsetzen (vgl. Pankofer 2000, S. 9f.).

Empowerment kann in die Deutsche Sprache übersetzt mit „Selbstbemächtigung“ oder „Selbstbefähigung“, „Stärkung von Autonomie“ sowie „Selbstbestimmung“ übersetzt werden. Menschen mit psychischer Erkrankung, die sich in einer Situation der Benachteiligung oder Ausgrenzung befinden, sollen über Mut machende Behandlungsformen wieder zur Selbstbemächtigung gelangen. Ihre Selbstverantwortung für eigene Angelegenheiten soll wiederhergestellt werden, indem „sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen.“ (Herriger 2002, S. 18). Der Empowerment-Prozess nimmt sich somit zur Aufgabe, die Selbstbestimmung über die Art und Weise des eigenen Alltags (wieder-)herzustellen (vgl. ebd.). Herriger definiert den Empowerment-Begriff folgendermaßen:

„Empowerment ist [...] programmatisches Kürzel für eine psychosoziale Praxis, deren Handlungsziel es ist, Menschen vielfältige Vorräte von Ressourcen für ein gelingendes Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen, auf die diese ‚bei Bedarf‘ zurückgreifen können, um Lebensstärke und Kompetenz zur Selbstgestaltung der Lebenswelt zu gewinnen.“
(Herriger 1997b, S. 15, zit. n. Pankofer 2000, S. 8)

Das Empowerment-Konzept beinhaltet zahlreiche Komponenten, die letztendlich zur Stärkung der Eigenmacht des Patienten führen sollen. Zu diesen gehört u. a. auch die Entwicklung der Fähigkeiten des Patienten, eigene Entscheidungen zu treffen und ihm beim Zugang zu seinen Ressourcen zu unterstützen. Weiter beinhaltet Empowerment eine Ansammlung von Handlungsalternativen, unter denen der Betroffene auswählen und seinen Lebensweg selbstständig bestimmen und gestalten kann. Empowerment bedeutet außerdem, sich gegenüber Ärzten, anderen professionellen Fachkräften sowie Institutionen durchsetzen zu können und ein Gefühl dafür zu entwickeln, als Individuum etwas bewegen zu können, also Hoffnung auf Veränderung zu haben. Ein weiteres Element von Empowerment besteht in der bewussten Einsicht, dass jeder Mensch über Rechte verfügt, der Patient mit eingeschlossen. Außerdem steuert Empowerment darauf hin, Veränderungen im eigenen Leben und im persönlichen Umfeld bewirken zu können und neue Fähigkeiten zu erlernen, die dem Patienten bedeutungsvoll erscheinen. Wichtig unter vielen weiteren Aspekten von Empowerment ist zuletzt auch, dass sich der Patient ein positives Selbstbild erarbeitet und versucht, Stigmatisierungen zu überwinden (vgl. Chamberlin 2007, S. 21f.).

Die Hilfsangebote von Erfahrungsexperten zielen auf ähnliche Inhalte⁶² ab und weisen so einige Parallelen zu den Elementen des Empowerment-Ansatzes auf. So arbeiten Peers beispielsweise zusammen mit dem Patienten an der Förderung des Selbstbewusstseins und vermitteln Optimismus. Dies ist für eine erfolgreiche Gesundung von wesentlicher Bedeutung. Auch das Vermitteln von Hoffnung auf Veränderung trägt zur Selbstbefähigung und der Stärkung der Autonomie bei. Erfahrungsexperten arbeiten zudem ressourcenorientiert und helfen dem Patienten, seine unbewussten Kompetenzen zu entdecken. Sie stehen ihm auch bei der Durchsetzung seines Willens gegenüber Ärzten und Institutionen bei und stärken so sein Recht auf Selbstbestimmung. Die Peer-Arbeit klärt Patienten über ihre Rechte auf und fördert so ihre Mündigkeit und Autonomie. Sie hilft den Betroffenen außerdem, wieder zu einem positiven Selbstbild zu gelangen und gesellschaftliche Stigmatisierung zu überwinden. Insgesamt setzt die Peer-Arbeit in vielen ähnlichen Bereichen an, in denen auch Elemente von Empowerment wirksam werden, um die Selbstbefähigung, Selbstbestimmung und Autonomie der Patienten zu stärken. Die Tätigkeit von Erfahrungsexperten ist also deutlich Empowerment orientiert und fördert den Empowerment-Prozess der Patienten. Dies zeigt nicht zuletzt auch der Modulplan⁶³ zur Ausbildung von Genesungsbegleitern. Auch darin wird Empowerment ausführlich thematisiert, um verschiedene Ansätze und Elemente des Konzepts bei den Kursteilnehmern zu verinnerlichen und so letztendlich auch bei Patienten wirksam werden zu lassen.

6.3 Inklusion

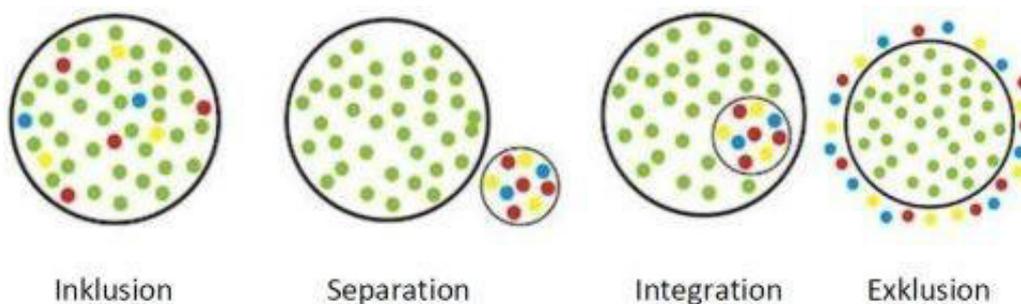
Der Begriff der „Inklusion“ wurde vor allem durch das 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete und am 03. Mai 2008 in Kraft getretene Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention) geprägt. Die Behindertenrechtskonvention (kurz UN-BRK) ist ein Zusammenschluss aus 128 Staaten, das sich zum Ziel setzt „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und der Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“ (Art. 1). Die Rechte für Menschen mit Behinderungen werden politisch somit basierend auf der Grundlage der Menschenrechte auf eine neue bedeutende Stufe gestellt. Die Konvention enthält insgesamt 50 Artikel. Eine Sonderstellung nimmt die Definition von Menschen mit Behinderungen in der BRK ein, die deutlich von den herkömmlichen Definitionen der Wissenschaftler und der Gesetzgeber abweicht. Demnach zählen Menschen zu den Menschen mit Behinderungen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen

⁶² Siehe Kapitel 4.4.

⁶³ Modul 2 und 3, siehe Kapitel 5.2.1, S. 51f.

und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Art. 1, Abs. 2). Im Gegensatz zu traditionellen Beschreibungen von Behinderung haftet diese durch die Erkrankung nicht am Menschen an, sondern entsteht erst durch die Wechselwirkung der Beeinträchtigung mit bestehenden Barrieren gesellschaftlicher oder struktureller Form, die den Menschen an der vollen Teilhabe hindert. Der Mensch ist also nicht per se behindert, er wird erst durch fehlende strukturelle Voraussetzungen (z. B. fehlende Barrierefreiheit) oder gesellschaftliche Verhaltens-/ Handlungsweisen (z. B. Stigmatisierungen) daran gehindert, voll und gleichberechtigt teilzuhaben und somit behindert gemacht.

Ausgehend von der o. g. Definition von Behinderung verankert die UN in der Konvention im Artikel 9 deshalb die Aufforderung an alle Vertragsstaaten, „Vorkehrungen für die Beseitigung von Barrieren so zu treffen, dass die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen und Lebenslagen möglich ist.“ (Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2012, S. 31). Aus dem Artikel der „Zugänglichkeit“ tritt so ein elementarer Leitgedanke der UN-BRK hervor, der einen Paradigmenwechsel in der Gesellschaft nach sich zieht: Von der Integration zur Inklusion. Inklusion kann synonym mit „Zugehörigkeit“ oder „Einschluss“ verwendet werden und beschreibt die Umgestaltung der sozialen und physischen Umwelt so, dass alle Menschen – gleich mit oder ohne Beeinträchtigung – ohne sich erst an die bestehenden Gegebenheiten anpassen zu müssen oder diskriminiert zu werden, voll und gleichberechtigt am Leben teilnehmen und inklusiv zusammenleben können.



Wie aus der grafischen Darstellung⁶⁴ hervorgeht, unterscheidet sich Inklusion demnach deutlich von „Integration“, die eine Anpassungsleistung vom Menschen an die „normalen“ Umweltgegebenheiten einfordert (vgl. ebd.).

Die Umsetzung der UN-BRK stellt große Herausforderungen an Politik und Gesellschaft. Einen kleinen Beitrag dazu leisten kann u. a. auch die Peer-Arbeit, beispielsweise indem sie dazu beiträgt, die Würde, die Unabhängigkeit, die Autonomie und die (Meinungs-)Freiheit psychisch kranker Menschen im Versorgungswesen zu schützen (Art. 3). Auch wenn es um die Freiheit und Sicherheit der Person oder die Achtung ihrer Privatsphäre geht, könnten Erfahrungsexperten für das Recht ihrer Patienten eintreten (Art. 14, 22). Sie könnten aber

⁶⁴ Quelle: Oertel (o. A.)

auch bei der Prüfung von Zwischenberichten der Vertragsstaaten zur Umsetzung der Konvention mit einbezogen werden (Art. 35, 36). Ungeachtet dessen können Peers auch einen Beitrag dazu leisten, die zentrale Leitidee der UN-Konvention, die Schaffung einer inklusiven Gesellschaft und eines inklusiven Versorgungssystems zu fördern. Vorschläge hierzu macht u. a. der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und die Diakonie Deutschland in ihrem Thesenpapier „Für eine inklusive Gesellschaft“ aus dem März 2013. Aus dem Papier geht beispielsweise die Empfehlung hervor, unabhängige Beratungsstrukturen unter Einbeziehung von Peer-Beratung zu entwickeln und zu finanzieren, um die Selbstvertretungskompetenz von Menschen mit Behinderungen zu stärken (vgl. BeB, Diakonie Deutschland 2013, S. 1). Experten durch Erfahrung können sich jedoch auch bei weiteren inklusiven Forderungen der BRK als nützlich erweisen. So zielen die Artikel 5 und 12 der Konvention auf die Gleichberechtigung aller Menschen, dem Verhindern jedweder Diskriminierungen auf Grund von Behinderungen und die gleiche Anerkennung vor dem Recht ab. Peers können durch Aufklärungsveranstaltungen und Bildungsvorträge an Schulen und anderen Bildungseinrichtungen sowohl Diskriminierungen vermindern, als auch Gleichberechtigung fördern und somit den inklusiven Gedanken der UN-Konvention, nämlich die Zugehörigkeit Betroffener zur Gesellschaft von Anfang an, positiv mitgestalten. Ähnlich könnte auch die in Artikel 8 geforderte Bewusstseinsbildung der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen und der Achtung ihrer Rechte und Würde erzielt werden. In Artikel 24 (Bildung) Abs. 4 wird in der BRK sogar ausdrücklich darauf verwiesen, dass das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung auch über Experten aus Erfahrung verwirklicht werden soll (Lehrkräfte mit Behinderungen). Auch in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung (Art. 27) können Peers inklusiv tätig werden, indem sie Betriebe beraten oder dort gegebenenfalls als Beauftragter zwischen Leitung und Angestellten vermitteln und die Rechte behinderter Menschen vertreten. Darüber hinaus sind auch in diesem Bereich Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitern und leitenden Verantwortlichen zum Thema „Menschen mit Behinderungen“ ratsam, um eine harmonische und produktive Arbeitsatmosphäre zu ermöglichen und Konfliktpotentiale frühestmöglich offen zu diskutieren und abzubauen. Um die Umsetzung der Forderungen der Behindertenrechtskonvention in allen Mitgliedsstaaten regelmäßig zu überprüfen, stellt die UN außerdem die aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in den entsprechenden Gremien und Ausschüssen in den Vordergrund (Art. 34 Abs. 4). Peers kämen dann die Aufgaben zu, die vierjährigen Berichte der Mitgliedsstaaten zu prüfen, gegebenenfalls Leitlinien für den Inhalt der Berichte zu beschließen und geeignete Empfehlungen an die Staaten weiterzugeben (Art. 35, 36).

7. Fazit

Das angestrebte Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Fachkräften der psychiatrischen Versorgung, Führungskräften und Betroffenen die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in die psychiatrische Versorgung als „Experten in eigener Sache“ umfassend darzustellen und insbesondere die Auswirkungen auf Patienten, Professionelle und Erfahrungsexperten kritisch zu reflektieren.

Um dieses Ziel zu verfolgen wurde die psychiatrische Versorgung zunächst in einen historischen Rahmen eingebettet und ihre Entwicklung ab dem 18. Jahrhundert bis in die 70er Jahre hinein skizziert. Die darauffolgenden Ausführungen bezogen sich auf die Untersuchung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland durch eine Enquete-Kommission. Ihr desaströser Zwischenbericht sowie die geforderte Neuordnung als Reaktion darauf, kennzeichnete durchaus die Wende in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland und war gleichzeitig der Stein des Anstoßes für zahlreiche weitere Reformen, neue Bewegungen und Ansätze. Zwei dieser Ansätze schlugen sich in der gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Menschen und der Personenzentrierung nieder, die in den beiden anschließenden Kapiteln thematisiert wurden. Die Erkenntnis dieses Kapitels war, dass es zum Einen für die Genesung psychisch erkrankter Menschen von wesentlicher Bedeutung ist, möglichst wohnortnah und in gewohnter Umgebung behandelt zu werden, um die nötige Bewegungsfreiheit beizubehalten und die Individualität zu wahren. Zum Anderen wurde der fundamentale Paradigmenwechsel weg von der institutionsorientierten Versorgung, hin zur Personenzentrierung hervorgehoben, der den individuellen Bedarf der Patienten in den Vordergrund rückt und damit die Angebotsorientierung zu Gunsten einer dauerhaften und effektiveren Behandlung ablöste. Um den Kreis einer umfassenden Erörterung der Struktur psychiatrischer Versorgung in Deutschland zu schließen und in die moderne Sozialpsychiatrie überzuleiten, war es erforderlich, diese mit ihren Leistungen genauer zu betrachten. Hierbei wurde über Rosemann explizit auf die individuelle Bedarfsorientierung, die inklusive Behandlung, die Verlässlichkeit, die integrierte Organisation, die fachliche Kompetenz, die Transparenz und die Akzeptanz der Hilfen in der Gesellschaft eingegangen. Weiterhin wurden als nächste elementare Anforderungen an die Sozialpsychiatrie die Begriffe der „Teilhabe“ und der „Selbstbestimmung“ erörtert. Davon ausgehend wurde im nächsten Abschnitt die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Bedeutung für die Versorgung psychisch kranker Menschen thematisiert. Die Betonung lag hier auf der Wertschätzung der Würde aller Menschen, die Schaffung von Barrierefreiheit, Chancengleichheit, Unabhängigkeit, die Achtung der individuellen Autonomie und die Gleichberechtigung vor dem Gesetz. Hierzu möchte ich meine Zweifel äußern, ob eines der Leitziele der UN-BRK, nämlich die gänzliche Schaffung einer inklusiven Gesellschaft ohne behindernde Barrieren, wie Stigmatisierungen und Ableh-

nungen gegenüber Menschen mit Behinderungen oder infrastrukturelle Einschränkungen je in die Wirklichkeit umgesetzt werden kann. Meiner Meinung nach sind die typischen Verhaltensmuster Ablehnung und Stigmatisierung gegenüber Menschen mit Behinderungen zu tief gesellschaftlich und historisch verwurzelt, als dass diese in absehbarer Zeit vollkommen aufgelöst werden könnten. Um sich in den nächsten Jahrzehnten einer inklusiven Gesellschaft als Leitgedanke beständig zu nähern, müssen Heranwachsende bereits im Kindesalter, insbesondere aber später in der Schulzeit mit den entsprechenden sozialen Werten und Menschenbilder konfrontiert werden, um den inklusiven Gedanken frühestmöglich und nachhaltig zu fördern und in der zukünftigen Gesellschaft fest zu verankern. Darüber hinaus besteht sicherlich eine Notwendigkeit darin, jetzt schon Bürger durch zahlreiche und in regelmäßigen Abständen stattfindende Informationsveranstaltungen aller Art aufzuklären und mehr Akzeptanz und Offenheit gegenüber behinderten Menschen zu fördern. Als übergeordnete symbolische Orientierungsrichtung und moralische Wertvorstellung hat das Ziel einer inklusiven Gesellschaft aber definitiv seine Existenzberechtigung.

Um den inhaltlichen Übergang und die Entwicklung zum Dasein von Experten aus Erfahrung klar hervorzuheben, folgte ein Kapitel über den Trialog und Psychoseminare, in dem die Entwicklung, Merkmale und Grenzen sowie verschiedene Wirkweisen thematisiert wurden. Es konnte so deutlich dargestellt werden, dass die Peer-Arbeit ursprünglich im Trialog wurzelte und somit „ein Kind des Trialogs“ ist, um es mit Thomas Bocks Worten wiederzugeben (vgl. Bock 2009, S. 4). Die wesentlichen gemeinsamen Bestandteile beziehen sich vor allem auf den Austausch subjektiver Erfahrungen und Bewältigungsstrategien, den dadurch entstehenden wechselseitigen Lernprozess, die gemeinsame Sprache sowie die Förderung von Empowerment und Selbstbestimmung. Bevor mit diesen Gemeinsamkeiten des Trialogs und des Peer-Supports zum nächsten Kapitel übergeleitet wurde, erhielt die Kritik S. Prins' am Trialog Raum. Dieser kann ich in bestimmten Punkten zustimmen. So teile ich ihre Ansicht, dass auch heute noch die psychiatrische Versorgung sowie ganzheitlich betrachtet, die all-gemein- und fachmedizinische Versorgung in Deutschland weit von einem Trialog im Behandlungszimmer entfernt ist. Ich denke hierbei lediglich an meine letzten Arztbesuche, bei denen ich innerhalb der mir zustehenden fünf bis zehn Minuten die Diagnose und den Behandlungsvorschlag meines Arztes stillschweigend zur Kenntnis nehme und mich von der Eile des behandelnden Arztes, sein überfülltes Wartezimmer schnellstmöglich zu leeren sowie seines mir gegenüber souveränen Auftritts derart überrumpeln lasse, dass meine Beteiligung an „unserem“ Behandlungsgespräch quasi gegen Null tendiert. Ein klassischer Monolog also. Ein Umstand, den ich auf Grund knapper finanzieller Ressourcen und hoher fachlicher Kompetenz in den übrigen medizinischen Fachbereichen akzeptieren kann, vorausgesetzt der Bedarf an Fragen des Patienten wird vom behandelnden Arzt gedeckt. Die Psychi-

atrie dagegen versteht sich als Erfahrungswissenschaft. Sie basiert also auf praktischen Erfahrungen (vgl. Utschakowski et al., 2012). Aus diesem Grund muss meinem Erachten nach hier ein anderes Maß angelegt werden. Der Erfahrungshintergrund, akute Phasen und subjektiv erlebte Grenzsituationen rücken bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen in den Vordergrund. Davon ausgehend sollte ein behandelnder Arzt im Gespräch und in Zusammenarbeit mit seinem psychisch kranken Patient Behandlungsentscheidungen treffen. Nicht nonverbal über ein, dem Patienten ausgestellt und in die Hand gedrücktes, weiteres Rezept. Auch die von Prins angesprochene Instrumentalisierungsgefahr sehe ich beim Dialog leicht gegeben. Hierbei muss besonders darauf geachtet werden, dass der Dialog auch als solcher bestehen bleibt und nicht zu einer Pseudoveranstaltung psychiatrischer Institutionen verkommt, die sich dadurch marketingtechnische Vorteile erhoffen. Als weitere Kritikpunkte wurde außerdem die Gefahr der Transformation von Patientenberichte in Fachsprache, das Infrage stellen der tatsächlichen Herrschaftsfreiheit sowie die Förderung von Stigmatisierungen auf Grund fester Rollenzuschreibungen erläutert.

Anschließend wurde das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit, Psychiatrieerfahrene als Experten in der psychiatrischen Versorgung, mit der eingangs gestellten Frage nach dem Ursprung der Bewegung eingeleitet. Es folgte eine ausführliche Auseinandersetzung damit, was „Experte aus Erfahrung“ im psychiatrischen Kontext bedeutet, ergänzt durch mehrere wissenschaftliche Definitionen von verschiedenen Autoren. Diese bezeichnen Erfahrungsexperten als Betroffene, die aktive Erfahrung mit psychischen Krisen gemacht haben, diese reflektierten und ihre dadurch gewonnenen Fähigkeiten zum Umgang mit der Erkrankung an andere Betroffene weitergeben. Nach dem Erläutern der Definitionen folgten weitere Merkmale und Eigenschaften, die einen Erfahrungsexperten auszeichnen, wie beispielsweise die grundlegende Fähigkeit zur sachlichen und objektiven Reflektion, den Mut über eigene Erfahrungen sprechen zu wollen, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit, Offenheit, Empathie, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel usw. Auf die Klärung der Begrifflichkeit folgte die wissenschaftliche und theoretische Auseinandersetzung der Entstehung von „WIR-Wissen“ aus „ICH-Wissen“. Anhand mehrerer Modelle, u. a. von van Haaster, Utschakowski, Depraz und Jahnke wurde die Entwicklung einer individuellen Erfahrung einer Person zu erfahrungsbasiertem Fachwissen veranschaulicht. Von Bedeutung war diesbezüglich vor allem die Reflexion und die Strukturierung bzw. Einordnung einer gemachten Erfahrung. Auf dieser Grundlage folgte zum Zweck der Überprüfung zunächst der Austausch mit einem weiteren Psychiatrieerfahrenen, um im Anschluss im Kollektiv über das „gemeinsam Erfahrene“ und das „gemeinsam Verstandene“ zu sprechen und Erfahrungswerte weiterzugeben. Wesentlich beim Austausch des erfahrungsbasierten Wissens ist, dass auch Akzeptanz über nicht gemachte Erfahrungen und nicht verstandenes Wissen herrscht. Die Auswirkungen von Peer-

Arbeit auf die Gruppen, Patienten, Peers, Professionelle und Angehörige wurde im nächsten Abschnitt herausgearbeitet. Dies allerdings mit dem Hinweis, dass ein Großteil der Effekte lediglich auf Annahmen verschiedener Autoren beruht, da wissenschaftliche Forschungen in diesem Bereich bisher nicht ausreichend vorangetrieben wurden. Dennoch möchte ich gerne auf einige der fundierten Aussagen eingehen. Bewiesen wurde beispielsweise die Abnahme und Verkürzung stationärer Behandlungen von Patienten durch Peer-Arbeit. Diese Tatsache lässt bereits erahnen, dass eine Qualitätssteigerung in der psychiatrischen Versorgung durch Peer-Spezialisten möglich ist. Auch das Empfinden verbesserter sozialer Unterstützung, einer erhöhten Funktionsfähigkeit, von mehr Selbstbewusstsein und Optimismus sowie von einer höheren Lebensqualität deutet auf diese Vermutung hin. Der Ansatz geht aber auch mit positiven Einflüssen auf Peers (höhere Lebensqualität, Verringerung der Krankenhausaufenthalte) und sogar auf professionelle Fachkräfte (Verringerung von Stigmatisierungen) einher. Eine klare Aussage also dahingehend, dass die Einbindung von Experten aus Erfahrung in die psychiatrische Versorgung einen höheren qualitativen Nutzen für alle Beteiligte mit sich bringt. Demgegenüber folgten anschließend Befürchtungen und Widerstände gegen den erfahrungsbasierten Ansatz, insbesondere auf Seiten der professionellen Fachkräfte. Auch diese Befürchtungen haben meiner Meinung nach ihre Existenzberechtigung und sind in meinen Augen völlig nachvollziehbar. Wie bei so vielen innovativen Ansätzen, Ideen und Konzepten herrscht oftmals eine gewaltige Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. So hören sich die schier unzähligen positiven Wirkweisen, die vom Peer-Ansatz ausgehen könnten, nacheinander aufgelistet sicherlich besonders nützlich im Sinne einer Qualitätssteigerung für die Versorgung psychisch kranker Menschen an. Eine Gefahr besteht meines Erachtens jedoch darin, dass durch zu viel Euphorie und zu hohe Ansprüche schnell die Hindernisse und Schwierigkeiten außer Acht gelassen werden könnten, die die Umsetzung der Peer-Arbeit gefährden. Jeder sollte sich darüber im Klaren sein, dass die Mitarbeit von Erfahrungsexperten einerseits einen hohen qualitativen Nutzen für alle Beteiligte mit sich bringt und darüber hinaus eine Tendenz hin zum erfahrungsbasierten Ansatz in der Versorgung anstoßen könnte. Andererseits sollte aber auch darüber Konsens herrschen, dass die Einbindung von Peer-Arbeit gleichzeitig mit Schwierigkeiten verbunden sein wird. Ein finanzieller Mehraufwand für die zusätzliche Anstellung von Erfahrungsexperten, hohe Anforderungen an das Fachpersonal, Vorgesetzte und nicht zuletzt auch an Peers sowie ein hohes Maß an Geduld, Akzeptanz und Toleranz wird bei allen Beteiligten eingefordert werden müssen. Der Weg hin zur vollständigen Integration von Experten aus eigener Erfahrung wird sich nicht als reibungsloser Prozess darstellen. Es ist ein Übergang, begleitet von zahlreichen Schwierigkeiten und Erschwernissen, mit Haken und Ösen, mit dem einen oder anderen Rückschritt und vermutlich verbunden mit dem Scheitern des einen oder anderen Mitarbeiters oder Peer. Wichtig wird jedoch sein, sich zu keiner Zeit in diesem Wandlungsprozess entmutigen zu

lassen, voll hinter dem Ansatz zu stehen und immer das Ziel, Erfahrungsexperten als Profis in die psychiatrische Versorgung einzubinden, im Auge zu behalten. Einige sinnvolle Vorgehensweisen dazu wurden im anschließenden Kapitel zur Implementierung der Peer-Arbeit gemacht. Auch dort wurden die Anforderungen unterstrichen, die in psychiatrischen Institutionen an Professionelle gesetzt werden sollten, um die Einbindung von Erfahrungsexperten zu erleichtern. Von wesentlicher Bedeutung wird meines Erachtens sein, dass beide Parteien füreinander den nötigen Freiraum für die jeweilige Herangehensweise einräumen und so die entsprechenden Unterschiede besser zu akzeptieren lernen. Alle Beteiligten müssen die Zusammenarbeit mit einem konstruktiven Gemisch aus Interesse, Mut, Selbstbewusstsein, Geduld und Ausdauer begleiten. Nur so kann die Einbindung von Erfahrungsexperten nachhaltig erfolgreich verlaufen. Darüber hinaus erachte ich es zur Vermeidung etwaiger Konflikte ebenfalls als sinnvoll, sowohl die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter, als auch die der fest angestellten professionellen Fachkräfte an eine feste Aufgabenverteilung zu knüpfen, die sich möglichst nicht überschneidet. So werden Konfliktherde schon im Vorhinein abgestellt.

Nachdem am Ende des fünften Kapitels auf mögliche Aufgabenfelder der Erfahrungsexperten in der psychosozialen Versorgung, im Qualitätsmanagement, der Forschung und der Aus-, Weiter- und Fortbildung eingegangen wurde, folgte beispielhaft die Vorstellung des Projekts „Experienced Involvement“ (Ex-In), bei dem Psychiatrieerfahrene ausgebildet werden und eine offiziell anerkannten Qualifikation als Genesungsbegleiter erhalten. Um einen detaillierten Überblick über „Ex-In“ zu gewähren, wurde der Grund- und Aufbaukurs ausführlich auf Grundlage des offiziellen Curriculums angeführt und das Kapitel anschließend mit den beruflichen Perspektiven der Absolventen beendet. Durchaus erwähnenswert finde ich diesbezüglich die Quote von 50% der Ausgebildeten, die sich in der Folge wieder erfolgreich auf dem ersten Arbeitsmarkt rekonvaleszierten. Zeigt dieser beachtliche Anteil doch, wie sehr Erfahrungsexperten schon jetzt in sozialpsychiatrischen Einrichtungen gesucht und ihre Arbeit anerkannt und wertgeschätzt wird. Darüber hinaus ist es ein Beweis für das effektive Curriculum der „Ex-In“ Ausbildung.

Im abschließenden Kapitel wurde versucht, den Einfluss der Peer-Arbeit auf Recovery, Empowerment und Inklusion zu beschreiben. Meine Auswahl fiel auf diese drei Bewegungen, da diese in der Sozialpsychiatrie nach wie vor aktuell sind. Jüngst die Inklusion auf Grund der UN-Behindertenrechtskonvention, Recovery als viel diskutierter und auch kritisch hinterfragter Lebensweg zur Gesundung und Empowerment als allgemein geforderter Standard in sämtlichen Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung. Zur Beschreibung des Einflusses wurden die genannten Ansätze zunächst inhaltlich näher beschrieben und definiert um anschließend Ähnlichkeiten, Parallelen und Synergieeffekte in Bezug auf die Peer-Arbeit herauszuarbeiten. Das Ergebnis dieser Untersuchung hinsichtlich des Empowerment Ansatz-

zes war die Stärkung von Selbstbewusstsein, Autonomie, Mündigkeit, des Willens und somit der Selbstbestimmung, die Förderung von Optimismus und entdeckten Ressourcen, sowie die Unterstützung für ein positives Selbstbild und die Hilfe zur Überwindung von Stigmatisierungen. In Bezug auf Recovery folgte zunächst der Hinweis auf denselben Ursprung. Sowohl die Peer-Arbeit als Vertreter der Selbsthilfebewegung, als auch Recovery bildeten sich aus der Kritik an der konventionellen psychiatrischen Behandlung heraus. Beide Ansätze wuchsen ohne professionelle Beeinflussung heran und werden so bei ihrer Anwendung ohne professionelle Fachkräfte wirksam. Das Ergebnis hierbei war, dass Experten aus Erfahrung durch ihr erfahrungsbasiertes Fachwissen und dem lebensnäheren Verständnis von Psychosen einerseits dazu in der Lage sind, den Recovery-Prozess ihrer Klienten zu unterstützen und andererseits selbst erlebtes Recovery aus eigener Erfahrung vermitteln können. Peers können sich auf diese Weise schnell zu einer Identifikationsfigur mit Vorbildfunktion entwickeln. Hinsichtlich des Ansatzes der Inklusion, als eines der Leitziele aus der UN-BRK, stellte sich die Erkenntnis heraus, dass auch hierbei gezielte Peer-Arbeit unterstützend wirken könnte. Dies galt insbesondere für das Mitwirken bei der Gleichberechtigung aller Menschen, das Vermindern von Diskriminierung und Stigmatisierung durch Bildungsvorträge, die Stärkung der Selbstvertretungskompetenz psychisch kranker Menschen, das Vorantreiben der Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft und außerdem für die Schnittstellenarbeit zwischen Mensch mit Behinderung und Arbeitgeber sowie bei der Mitarbeit in der Überprüfungscommission der UN.

In der Gesamtbetrachtung kristallisiert sich schlussendlich das Ergebnis heraus, dass Peer-Arbeit Empowerment orientiert ist und diesen Ansatz fördert, sich positiv auf den Recovery-Prozess Betroffener auswirkt und einen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft leisten kann.

Einer offenen Frage konnte auf Grund fehlender Literatur und nicht vorhandener wissenschaftlicher Studien bisher nicht nachgegangen werden: Die Einordnung der Sozialen Arbeit bei der Einbeziehung von Experten aus Erfahrung in die psychiatrische Versorgung. Diesbezüglich könnten auf die Sozialen Arbeit einige Aufgabenfelder zukommen, die insbesondere den Alltag der Peers sowie ihren beruflichen oder nebenberuflichen Lebensweg betreffen. Meines Erachtens wäre der Einbezug der Sozialen Arbeit bereits bei der Ausbildung von Erfahrungsexperten über Projekte wie „Ex-In“ möglich. Sozialarbeiter könnten durch ihre breitgefächerte Qualifikation als Ausbilder fungieren, aber auch Fort- und Weiterbildungen für angehende Experten aus Erfahrung übernehmen. Darüber hinaus wäre auch die Fortbildung von professionellen Fachkräften zum Thema „Peer-Arbeit“ in verschiedenen psychiatrischen Institutionen machbar. Weiter wäre die Soziale Arbeit auch als vermittelndes und begleitendes Organ von Erfahrungsexperten vorstellbar. Vergleichbar mit der Agentur für Arbeit oder dem Integrationsfachdienst könnten Sozialarbeiter in einer ähnlichen Institution als Schnitt-

stelle zwischen arbeitssuchenden Genesungsbegleitern und Arbeitgebern wie Akutkliniken, Tagesstätten oder anderen psychosozialen Einrichtungen vermitteln. Dies könnte die Suche beider Parteien merklich erleichtern und für einen nahtlosen Übergang von der Ausbildung in den Beruf sorgen. Der wohl größte Bedarf an Sozialarbeitern könnte in der Funktion als Unterstützer und Begleiter der Experten aus Erfahrung in ihrer beruflichen Tätigkeit entstehen. Die Aufgaben in diesem Bereich wären vielfältig. So könnten sie die Integration der Peers in ihrem Team und der Gesamteinrichtung unterstützen. Damit wäre auch einer weniger reibungsintensiven Zusammenarbeit zwischen professionellen Fachkräften und Erfahrungsexperten gedient. Sozialarbeiter könnten sich außerdem Konfliktsituationen und Streitpunkten zwischen den Parteien annehmen, vermitteln und auch bei Fragen der Patienten bereitstehen. Eine Ausbildung zum Mediator wäre dazu sicherlich hilfreich. Als zwischengeschaltete Instanz könnte die Soziale Arbeit somit eine reibungslosere Arbeit zu Gunsten der Patienten und ein effektiveres Arbeiten der Erfahrungsexperten ermöglichen. Unabhängig vom beruflichen Alltag könnte die Soziale Arbeit auch als ambulante Hilfe und Begleitung im Leben von Psychiatrieerfahrenen einsetzen. So könnte bei Bedarf auch im privaten Lebensbereich das Wohlergehen sichergestellt werden. Peers könnten über die ambulante Hilfe außerdem in Krisenzeiten unterstützt werden und durch die Verknüpfung zum Arbeitgeber, ohne die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust, schnellstmöglich wieder eingegliedert werden. Somit kann auch eine zu hohe Fluktuation auf der Stelle des Genesungsbegleiters im jeweiligen Unternehmen verhindert werden. Als abschließenden Punkt sollte meinem Erachten nach auch die Wichtigkeit von Werbung und Informationsweitergabe hervorgehoben werden. Die Soziale Arbeit könnte hierbei die Funktion einer Informationsquelle einnehmen und den unbestrittenen Nutzen der Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung verbreiten. Auch dies wäre über Informationsveranstaltungen, Seminare, Fortbildungen und andere Instrumente der Informationsweitergabe möglich.

Lange mussten Betroffene auf die Wertschätzung ihrer zahlreichen Erfahrungen warten. Die Einbeziehung von Erfahrungsexperten in die psychiatrische Versorgung als Ergänzung zu den herkömmlichen Angeboten hat auf Grund des enormen Potentials durchaus ihre Berechtigung. Sie darf allerdings nicht als Allheilmittel verstanden werden. Wie auch bei anderen Hilfsangeboten muss jederzeit der Grundsatz des individuellen Bedarfs eines Klienten geltend gemacht werden. Was beim einen Patient Wunder bewirkt und die Genesung schneller vorantreibt, kann beim Nächsten vielleicht zu Verunsicherung und dem nächsten psychotischen Schub führen. Experten aus Erfahrung müssen also von Patient zu Patient individuell und mit Bedacht eingesetzt werden, um ihren Nutzen im Sinne des Betroffenen voll entfalten und einbringen zu können. Ein effektives Arbeiten wird aber nur dann möglich sein, wenn die Gesamteinrichtung, von der einzelnen Fachkraft, über die Teams bis in die Geschäftsetage,

einheitlich hinter der Arbeit der Genesungsbegleiter steht, offen für Veränderungen ist und den innovativen Erfahrungsansatz als interessante und befruchtende Perspektive für die eigene Arbeit verstehen lernt. Diese Herausforderung kann treffend mit den Worten J. W. von Goethes beschrieben werden „Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun.“.

8. Literaturverzeichnis

Primärliteratur

- **Aktion Psychisch Kranke (2000)**. Abschlussbericht des Projekts Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. Bonn.
- **Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P., Heinz, A. (2013)**. Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- **Amering, M. (2012)**. >>Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit.<< Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 58-68). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Amering, M., Schmolke, M. (2012)**. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Arnade, S. (2013)**. Die UN-Konvention als Handlungsauftrag. In Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P., Heinz, A. (Hrsg.). Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe (S. 19-21). 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Bock, T. (2004)**. Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute. In Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (Hrsg.). Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (S. 33-35). Neumünster: Paranus-Verlag.
- **Bodzin, E. (2012)**. Aus dem Inneren heraus arbeiten. Erfahrungen mit der EX-IN-Ausbildung. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 110-111). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (2004)**. Dialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus-Verlag.
- **Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (2013)**. Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- **Chamberlin, J. (2007)**. Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit (S. 21-22). 5. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Finzen, A., Schädle-Deininger, H. (1979)**. „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“. Die Psychiatrie-Enquete. Band 25. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.
- **Fischer, A. (2001)**. Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (S. 19). Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- **Fricke, R. (2004).** Was erwarten Psychiatrie-Erfahrene vom Dialog? In Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (Hrsg.). Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (S. 78-79). Neumünster: Paranus-Verlag.
- **Häfner, H. (2001).** Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (S. 73-94). Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Hegedüs, A., Steinauer, R. (2013).** Die Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs Experienced Involvement in Bern. In Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (Hrsg.). Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte (S. 214-215). 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- **Herriger, N. (2002).** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- **Jahnke, B. (2012).** Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Neumünster: Paranus-Verlag.
- **Knuf, A. (2012).** Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 34). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Kunze, H. (1995).** Personenzentrierte Orientierung der Hilfen. In Kruckenberg, P., Jagoda, B., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation (S. 95). 2. Auflage. Bonn: Selbstverlag.
- **Kunze, H. (2001).** Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben? In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (S. 117-120). Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Kulenkampff, C., Picard, W. (1975).** Gemeindenahe Psychiatrie. Köln: Rheinland-Verlag.
- **Lehmann, P. (2013).** Recovery: Ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie? In Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (Hrsg.). Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte (S. 49-50). 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- **Miller, T., Pankofer, S. (2000).** Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexion aus der psychosozialen Praxis. Band 4. Stuttgart: Lucius und Lucius.
- **Prins, S. (2004).** Theaterflitter? Vom Unbehagen im Dialog. In Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (Hrsg.). Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (S. 189-193). Neumünster: Paranus-Verlag.

- **Psychiatrie-Enquete (1975)**. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn.
- **Räthke, C. (2012)**. Mit EX-IN auf den ersten Arbeitsmarkt. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 132-133). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Rosemann (2012)**. Die Reform geht weiter – Handlungsfelder und Standards. In Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P. (Hrsg.). Psychiatriereform 2011... der Mensch im Sozialraum (S. 41-49). 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (2004)**. Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Schulz, M., Prins, S. (2013)**. Schon lange auf dem Recovery-Weg: Trialog, Behandlungsvereinbarung und Selbsthilfe. In Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (Hrsg.). Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte (S. 192-198). 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- **Siemen, H.-L. (2004)**. Vom Monolog der Psychiatrie. In Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (Hrsg.). Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (S. 18-22). Neumünster: Paranus-Verlag.
- **Spiegelberg, U. (2012)**. Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychiatrieerfahrenen. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 142-147). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Storck, G. (2004)**. DGSP und der Trialog in der Psychiatrie. In Bombosch, J., Hansen, H., Blume, J. (Hrsg.). Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (S. 103). Neumünster: Paranus-Verlag.
- **UN-Behindertenrechtskonvention (2008)**. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. New York.
- **Utschakowski, J. (2007)**. >>Experten durch Erfahrung<< Neue Wege der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen. In Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit (S. 277-296). 5. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (2012)**. Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- **van Haaster, H. (2012).** Der Wert der Erfahrung. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 48-57). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Wolters, H. (2012).** Transparenz und Offenheit. Bedingungen in psychiatrischen Teams. In Utschakowski, J., Gyöngyvér, S., Bock, T. (Hrsg.). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 126). 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- **Zuaboni, G., Werder, B. (2013).** Von der Patientin zum Profi. In Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (Hrsg.). Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte (S. 115). 1. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Fachzeitschriften

- **Bock, T., Buck, D., Meyer, H.-J. (2009).** Entwicklungslinien des Dialogs. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 3/2009, S. 4-5.
- **Dochat, A. (2011).** Wenn Experten durch Erfahrung auf erfahrene Experten treffen. Psychosoziale Umschau, Nr. 4/2011, S. 4.
- **Lange, K. (2008).** Erfahrene verändern die Psychiatrie. Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung. Psychosoziale Umschau, Heft 1/2008, S. 4-5.
- **Räthke, C. (2009).** >>Unser Anderssein ist unsere Stärke<<. Erfahrungen mit EX-IN. Soziale Psychiatrie, Heft 01/2009, S. 10.
- **Utschakowski, J. (2010).** Licht am Ende des Tunnels. Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. pflegen: psychosozial, Heft 2/2010, S. 29-31.

Lexika, Handbuchartikel, Wörterbücher

- **Bauer, M. (1997).** Artikel: Psychopathologie. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit, 4. Auflage (S. 748). Frankfurt a. M.: Eigenverlag.
- **Neuer-Miebach, T. (1997).** Artikel: Eugenetik, Eugenik. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit, 4. Auflage (S. 293f.). Frankfurt a. M.: Eigenverlag.
- **Retaiski, H. (1997).** Artikel: Supervision. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit, 4. Auflage (S. 938f.). Frankfurt a. M.: Eigenverlag.

- **Schlitt, U. (1997).** Artikel: Komplementäre Dienste und Einrichtungen für psychisch Kranke/seelisch Behinderte. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit, 4. Auflage (S. 569f.). Frankfurt a. M.: Eigenverlag.

Internetquellen

- **Bundesärztekammer (2013).** Deutscher Ärztetag. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2> (eingesehen am 14.08.2013, MEZ 10:15 Uhr).
- **Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2013).** Thesenpapier „Für eine inklusive Gesellschaft!“ http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2013-03_politische_gespraechе_thesenpapier.pdf (eingesehen am 09.07.2013, MEZ 11:34 Uhr).
- **EX-IN Deutschland e. V. (2011).** Curriculum zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung. Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter. <http://www.ex-in.de/downloads/Curriculum%20EX-IN%20Ausbildung.pdf> (eingesehen am 07.02.2013, MEZ 15:08 Uhr).
- **Löcherbach (o. A.).** Was ist CM? <http://www.case-manager.de/wasist.html> (eingesehen am 15.08.2013, MEZ 11:00 Uhr).
- **Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2012).** Aktionsplan der Landesregierung. Eine Gesellschaft für alle. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. http://www.mais.nrw.de/08_PDF/003/121115_endfassung_nrw-inklusiv.pdf (eingesehen am 03.07.2013, MEZ 12:25 Uhr).
- **Oertel, A. (o. A.).** Q8-Quartiere bewegen. http://www.q-acht.net/uploads/pics/inklusionskuller_02.jpg (eingesehen am 08.07.2013, MEZ 13:30 Uhr).

Schriftliche Versicherung

Hiermit versichere ich, _____
(Name, Vorname)

dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit zum Thema

- ❖ nicht in der gleichen oder einer anderen Fassung bzw. Überarbeitung bereits zur Erlangung eines Leistungsnachweises vorgelegt,
- ❖ selbständig, d. h. ohne Hilfe Dritter verfasst,
- ❖ keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und
- ❖ die Stellen, die anderen Werken inhaltlich oder wörtlich entnommen wurden, unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht habe. Zitate von Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitat durch Setzen von An- und Abführungszeichen kenntlich gemacht.

Ich weiß, dass der Versuch, das Ergebnis dieser schriftlichen Arbeit durch Täuschung zu beeinflussen, die Bewertung der Arbeit mit „nicht bestanden“ zur Folge hat. Wird die Täuschung erst nach Aushändigung des Leistungsnachweises bekannt, kann dies zu einer nachträglichen Korrektur der Note und gegebenenfalls zum Nichtbestehen der Prüfung führen.

Koblenz, _____

Unterschrift