



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



RECOVER: Manual 12

Peer Genesungsbegleitung

Grundlagen und Organisation in RECOVER

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Thomas Bock, Prof. Dr. Martin Lambert, Prof. Dr. Jürgen Gallinat und Prof. Dr. Anne Karow, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 7410 - 57728 | Mail: bock@uke.de

Ko-Autoren des Manuals sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE

- Dr. Candelaria Mahlke
- Gyöngyver Sielaff
- Martin Wieser
- Christina Lebner-Stock
- Reinhard Gielen
- Luise Stückle
- Stephanie Böttger
- Nina Boerke
- Dr. Anna-Katharina Siem
- Dr. Constanze Finter
- Dr. Daniel Lüdecke
- Prof. Dr. Thomas Bock

Layout: Claudia. Hottendorff (UKE)

Das Manual wurde als Teil von RECOVER erstellt. RECOVER ist das Synonym für ein neues Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. RECOVER umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte und evidenzbasierte Versorgung. RECOVER wird von 2017 bis 2021 durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Copyright / Urheberrechtsbelehrung

© Dr. Candelaria Mahlke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf © 2021

Inhalte, Materialien, gestalterische Konzeption des Manuals unterliegen – sofern nicht anders gekennzeichnet – dem Copyright des RECOVER Konsortiums vertreten durch Erstautor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, oder werden mit Erlaubnis der Rechteinhaber veröffentlicht. Jede Verlinkung, Vervielfältigung, Verbreitung, Sendung und Wieder- bzw. Weitergabe der Inhalte ist ohne schriftliche Einwilligung des RECOVER Konsortiums vertreten durch Erstautor, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ausdrücklich untersagt.

Abkürzungs- und Abbildungsverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
CMHT	– Community Mental Health Teams
CRHT	– Crisis Resolution Home Treatment
CRHTT	– Crisis Resolution Home Treatment Team
CRT	– Crisis Resolution Team
EIS	– Early Intervention Services
EX-IN	– Experienced Involvement
FACT	– Flexible Assertive Community Treatment
ICM	– Intensive Case Management
OECD	– Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PsychVVG	– Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RACT	– Ressource Group Assertive Community Treatment
RS	– Recovery Services
TACT	– Therapeutic Assertive Community Treatment
Abb. 1	– Wirkmodell der Peer-Begleitung nach Gillard et al. (2015) (Übersetzt mit Erlaubnis des Autors)

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Das Manual soll dazu beitragen Peer-Support als ein wichtiges Element sozialpsychiatrischer Versorgung, insbesondere im häuslichen Umfeld, zu erkennen und über Möglichkeiten von Peer-Arbeit, sowie deren Implementierung in der psychiatrischen Versorgung Auskunft geben.

Das vorliegende Manual „Peer Genesungsbegleitung“ beinhaltet drei wesentliche Aspekte:

- 1) Grundlagen zur Peer-Arbeit und Evidenz von Peer-Support bzw. Genesungsbegleitung
- 2) Beschreibung der Ausbildung von EX-IN Genesungsbegleiter:innen, sowie Arbeitsplatzbeschreibungen von Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt
- 3) Kurze Abbildung der konkreten Arbeit von Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt

Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für Menschen in psychischen Krisen und deren Angehörigen bedürfnisorientierter zu gestalten und Peer-Support möglich zu machen. Wir hoffen darüber hinaus, Impulse für eine Psychiatrie zu geben, in der zukünftig die wesentlichen Elemente von Recovery, Empowerment und Dialog eine noch stärkere Rolle einnehmen werden.

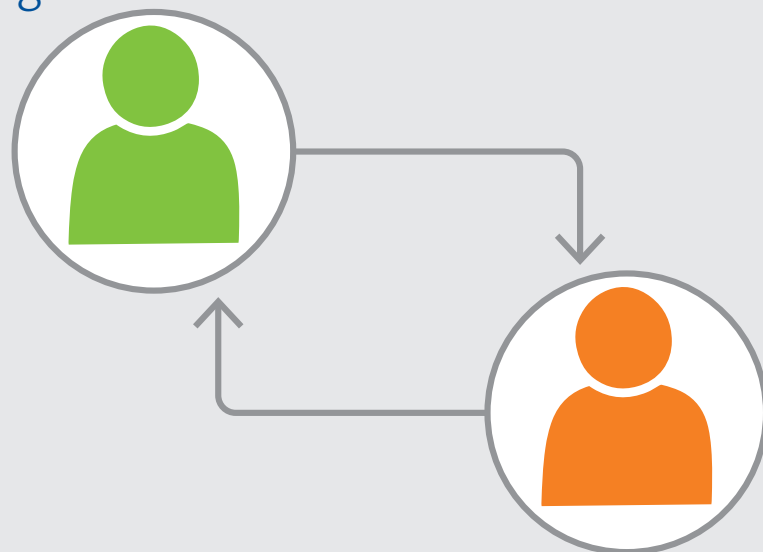
Die Autor:innen



Inhalt

Impressum	2	7. Kapitel: Qualifikation: die EX-IN Ausbildung	19
Abkürzungsverzeichnis	3	7.1 Basis- und Aufbaumodule	19
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3		
Vorwort	5	8. Kapitel: Aufgabenstellung in RECOVER	22
1. Kapitel: Einführung	8	8.1 Arbeitsplatzbeschreibungen	23
2. Kapitel: Definition	10	8.1.1 Arbeitsplatzbeschreibung Peerarbeit im Rahmen der Anlaufstelle	23
3. Kapitel: Ziele und Vorteile	11	8.1.2 Arbeitsplatzbeschreibung Peerarbeit im Rahmen des Krisenteams	23
4. Kapitel: Wirkmodell der Peer-Begleitung	13	8.1.3 Arbeitsplatzbeschreibung Peerarbeit im Rahmen des ACT-Teams	24
5. Kapitel: Effektivität (Evidenz)	15	9. Kapitel: Umsetzung der Peer-Arbeit im Recover Projekt	25
5.1 Peer-Arbeit im ambulanten und stationären Setting	15	9.1 Einzelkontakte	25
5.2 Peer-Arbeit und Crisis Resolution Teams (CRT)	16	9.1.1 Beispiel einer Genesungsbegleiterin	25
5.3 Peer-Arbeit und Assertive Community Treatment (ACT)	16	9.2 Hausbesuche	26
5.4 Peer-Arbeit und Case Management (CM)	17	9.3 Teambesprechungen, Supervisionen, Netzwerkgespräche und Dokumentation	26
5.5 Angehörigenarbeit	17	9.4 Recovery-Gruppe	27
6. Kapitel: Voraussetzungen für Implementierung	18	Literatur	28

Einführung



„Die Beteiligung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses [Recovery]. Es ist nachgewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert. Sie sollten ebenso an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen beteiligt werden, um Mitarbeitern in der Psychiatrie ein besseres Verständnis ihrer Bedarfe zu vermitteln“. (WHO, 2005:108).

Peer Arbeit, d.h. Begleitung oder Beratung für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch andere Krisen-Erfahrene, hat eine lange Tradition in der Selbsthilfe und in Betroffenenverbänden und stützt sich auf den Erfahrungshintergrund (Bock et al. 2013; Bock, 2014). Auf dem Hintergrund zunehmender Nutzerorientierung wird das Konzept vor allem in englischsprachigen Ländern erfolgreich in die psychiatrische Versorgung integriert (Chinman et al. 2014; Mahlke et al. 2014). Peer Arbeit wird dort mittlerweile als wichtiger und zeitgemäßer Bestandteil einer personenzentrierten und Recovery-orientierten Behandlung angesehen (Slade et al. 2014).

Die Art der Peer-Arbeit unterscheidet sich stark je nach Rolle und Setting. Mit Unterstützung der Gesundheitspolitik ist in englischsprachigen Ländern wie Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien und den USA eine Recovery-Orientierung im

Gesundheitswesen gesetzlich verankert und die Peer-Beteiligung regelhaft in die psychiatrische Versorgung und Forschung aufgenommen (Shepherd et al. 2008; Davidson et al. 2012; Daniels et al. 2012). Für psychiatrische Versorgungseinrichtungen wird die Einbeziehung von Peer-Arbeiter:innen empfohlen.

Auch in den deutschsprachigen Ländern begann die Entwicklung in informellen Hilfsangeboten unabhängig von der psychiatrischen Versorgung, in der Selbsthilfe, Betroffenenverbänden und gefördert durch Konzepte wie dem Trialog (Mahlke et al. 2014). Deutschland hat den großen Vorteil, dass sich die Weiterbildung zur Peer-/Genesungsbegleiter:in einheitlich mit Experienced Involvement (EX-IN) durchgesetzt hat – wenn auch inzwischen Alternativen in Form von kürzeren Ausbildungen erprobt werden.

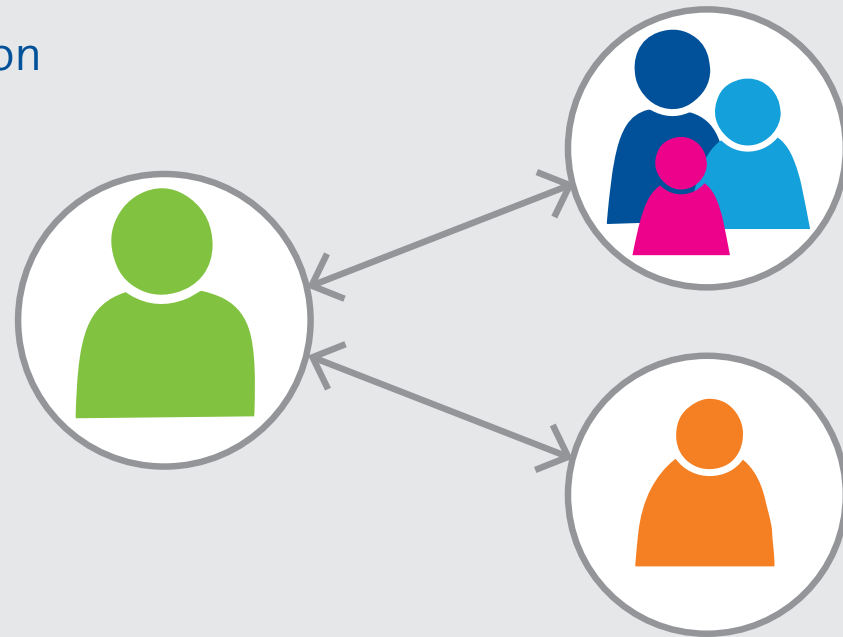
In Deutschland wird Peer Support in mehreren Behandlungs-Leitlinien empfohlen (Falkai, 2013), die Resonanz in der psychiatrischen Versorgung (SGB 5 und 12) nimmt in den letzten Jahren rasant zu, steht im Vergleich aber noch am Anfang.

Hintergrund für die Entwicklung des Peer-Angebots in Hamburg ist die seit über 25 Jahren etablierte trialogische Zusammenarbeit - die Begegnung als Experte, entweder durch eigene Erfahrung als Betroffene und Angehörige, oder durch Ausbildung und Beruf, als Mitarbeiter:in – z.B. im Psychoseseminar als Keimzelle des Trialogs seit 1989 oder in trialogi-

schen Folgeprojekten wie Irre menschlich Hamburg e.V. u.a. (Bock et al. 2005).

In diesem Kontext werden seit mehr als 10 Jahren Genesungsbegleiter:innen bei EX-IN-Hamburg (Experienced Involvement: www.ex-in-hamburg.de) ausgebildet und sind inzwischen ein häufiger Bestandteil psychosozialer Hilfsangebote. In Hamburg arbeiten mehr als 50% der Absolventen als Genesungsbegleiter:innen (Weiterbildung seit 2005) in der stationären und ambulanten Psychiatrie. Trialog und die Selbsthilfebewegung waren Wegbereiter für diese Entwicklung. Innerhalb des Projektes RECOVER ist Peer-Begleitung fester Bestandteil aller Behandlungszweige. Die Begleitforschung wird durch das Projekt EmPeeRie NOW (Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) in Form einer partizipativen Beratung unterstützt

Definition



Peer-Support ist ein Ansatz des Gebens und Nehmens einer Unterstützung, die geprägt ist von Respekt und gegenseitiger Verständigung darüber, was hilfreich ist. Der Begriff Peer Support oder Begleitung wird im Englischen für jegliche Form der Unterstützung für Menschen mit psychischen Krisen von einer anderen krisen- und genesungserfahrenen Person verwendet, z.B. Peer geleitete Gruppen und individuelle Unterstützung im stationären oder ambulanten Setting. Vorteil des Peer-Supports ist ein besonders schneller und tiefer Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung (Walker & Bryant, 2013). In Deutschland wird begrifflich stärker unterschieden zwischen Selbsthilfe und Peer-Support als bezahlter Dienstleistung vor dem Hintergrund eigener Erfahrung, Genesung und Qualifikation (s.u.). Doch auch in Deutschland bringen viele Genesungsbegleiter:innen Selbsthilfe-Erfahrung mit und die Vermittlung in / Stärkung von Selbsthilfe ist ihr erklärtes Ziel. Peer-Support kann als Brücke zwischen Selbst- und Fremdhilfe verstanden werden. Ihre besonderen Merkmale sind: Niedrigschwelligkeit, Bedürfnisorientierung, Recovery-Orientierung (s.u.) und Förderung von Selbstwirksamkeit.

Laut EX-IN-Selbstverständnis ist die Voraussetzung, als Genesungs-Begleiter:in tätig zu sein, zum einen ein hohes Maß an Reflexion der eigenen Krisen und Genesungserfahrung, die EX-IN Ausbildung, psychiatrisches Fachwissen und Kenntnis über Hilfsangebote, sowie zum anderen eine regelmäßige Super-

vision. Genesungsbegleiter:innen verstehen sich als Ansprechpartner:innen auf Augenhöhe mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen, die ein Lösungs – und Recovery-orientiertes Denken als Grundlage der Gesprächsführung bieten und Empowerment fördern. Sie begleiten in Alltagsfragen, Vermitteln in andere Hilfen, fördern Ressourcen und soziale Kontakte der Klient:innen und vermitteln bei Konflikten zwischen Behandler:innen, Angehörigen und Patient:innen. Sie fördern Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein und besprechen Zukunftsfragen.

Ziele und Vorteile



Behandlung im häuslichen Umfeld aus trialogischer Perspektive (HOME-TREATMENT)

- „Home-Treatment ist eine neue Intervention, die uns hilft, Akutbehandlung zu leisten, ohne die Nachteile der Hospitalisierung und mit der Chance Ressourcen besser wahrzunehmen“. (Mitarbeiter:innen-Perspektive)
- „Home-Treatment muss helfen, auch die Patient:innen zu erreichen, die Angst vor der Psychiatrie haben – aus Angst oder wegen schlechter Erfahrung – und die bisher nur die Hilfe der Angehörigen beanspruchen“. (Angehörigen-Perspektive)
- „Wenn die Psychiatrie zu mir nach Hause kommt, muss es eine andere sein, als die, die ich von der Akutstation kenne“. (Erfahrenen-Perspektive)
- „Wir beobachten, dass Home-Treatment bei manchen Patient:innen durchaus nicht immer willkommen ist, manchen sogar bedrohlich erscheint. Sind Genesungs-/Peer-Begleiter:innen dabei, ist das anders. Sie haben eine Schlüsselfunktion – im wahrsten Sinne“. (Angelika Lacroix, Pflegeleitung Bremerhaven)

Der Einsatz von Peer-/Genesungsbegleiter:innen bei der Planung und Durchführung einer Schweregrad-gestuftten Behandlung wie in RECOVER vorgesehen, stützt die Bedarfs- und Nutzerorientierung des Angebots und dient so der Qualitätskontrolle.

Recovery betont die Bedeutung der individuellen Lebenswege von Menschen und damit einhergehend die individuelle Festlegung von Genesung. Das Ziel dabei ist, ein selbstbestimmtes, sinnerfülltes Leben, an einem selbstgewählten Ort führen zu können. Recovery ist hier nicht als Ergebnis, sondern als lebenslanger Prozess zu verstehen.

Die Ziele der Genesung gehen in einer nutzerorientierten Psychiatrie über das Ziel der Symptomfreiheit hinaus und fokussieren das Konzept des individuellen Recovery, das auf eine selbstbestimmte, sinnerfüllte Lebensführung abzielt - auch bei anhaltender Restsymptomatik (Leamy et al., 2011; Slade et al., 2011; Amering & Schmolke, 2012). Das wirft Fragen auf, z. B. nach den professionellen Strategien, die notwendig sind, um Recovery im klinischen Alltag umsetzbar zu machen. Was können Pflegekräfte, Therapeut:innen, Psychiater:innen und Genesungsbegleiter:innen in der Klinik und vor Ort tun, um Psychiatrie Erfahrene und ihre Angehörigen zu unterstützen (Sielaff, 2016). Aus Sicht der Peer-Begleiter:innen bietet besonders auch die ambulante oder aufsuchende Behandlung Chancen und Risiken:

Wirkmodell der Peer-Begleitung



Für die Patient:innen bleiben möglicherweise im täglichen Leben mehr Gewohntes und Rückzugsmöglichkeiten erhalten; sie können, soweit es krankheitsbedingt möglich ist, in den Alltagsstrukturen und -tätigkeiten/-beschäftigungen bleiben. Schon das Teilen von Bad, Toilette und Küche mit bis dahin unbekannten Personen in der Klinik, kann in psychischen Krisen eine zusätzliche Belastung bedeuten. Bedrohlich bei der aufsuchenden Behandlung zu Hause dagegen könnten eine als Kontrolle erlebte Behandlung oder Scham für die häuslichen Verhältnisse sein. Zu berücksichtigen ist auch der Druck, den unter Umständen auch Angehörige auf Patient:innen ausüben, falls die Angehörigen sich durch die aufsuchende Behandlung bedroht oder missverstanden fühlen oder sich schämen. Zudem birgt der komplexere Eindruck der häuslichen Situation die Gefahr, dass noch mehr Zielvorgaben und vorgefertigte Ideen auf Seiten der Behandler:innen entstehen könnten, wie es dem Patient:innen besärginge. Dies verlangt noch mehr Vorsicht von Behandler:innen und genaues Beachten der eigenen Perspektive der Patient:innen und der Dinge, die dieser gerade benötigt. Wenn die Behandler die individuellen, sozialen und familiären Ressourcen besser kennenlernen und wertschätzen, kann das die Patient:innen und Angehörigen entlasten sowie die therapeutische Beziehung bereichern. Wie die Genesungsbegleitung hier hilfreich ist verdeutlicht das nachfolgende Wirkmodell.

Das erste Wirkmodell zur Peer-Begleitung wurde von Gillard et al. (2015) auf der Basis einer vergleichenden Fallstudie konzipiert. Das daraus entwickelte Modell stützt sich in seinen Änderungsmechanismen auf die Bindungsstile nach Bowlby (1973) und den darauf aufbauenden Untersuchungen zur therapeutischen Allianz (Catty, Cowan & Poole, 2011; siehe Abbildung 1).

Peer-Begleiter:innen stellen schneller eine vertrauensvollere Beziehung mit den Betroffenen auf der Basis geteilter Erfahrung her, die eine Selbstoff-

fenbarung und das Zuhören und Annehmen von Ratschlägen erleichtert. Es besteht eine Form des Vertrauensvorschlusses für die Peer-Begleiter:innen, da sie ein Bewusstsein für die vulnerable Position der Betroffenen aus eigener Krisenerfahrung mitbringen und so leichter ein persönlicher Bezug hergestellt werden kann. Sie stellen eine Brücke in die Gesellschaft und ins Hilffssystem dar. Durch die Stärkung der therapeutischen Allianz können vorherige negative Erfahrungen mit dem Hilffssystem, aus denen Misstrauen und Ablehnung resultiert, überbrückt werden und eine Vermittlung zwischen

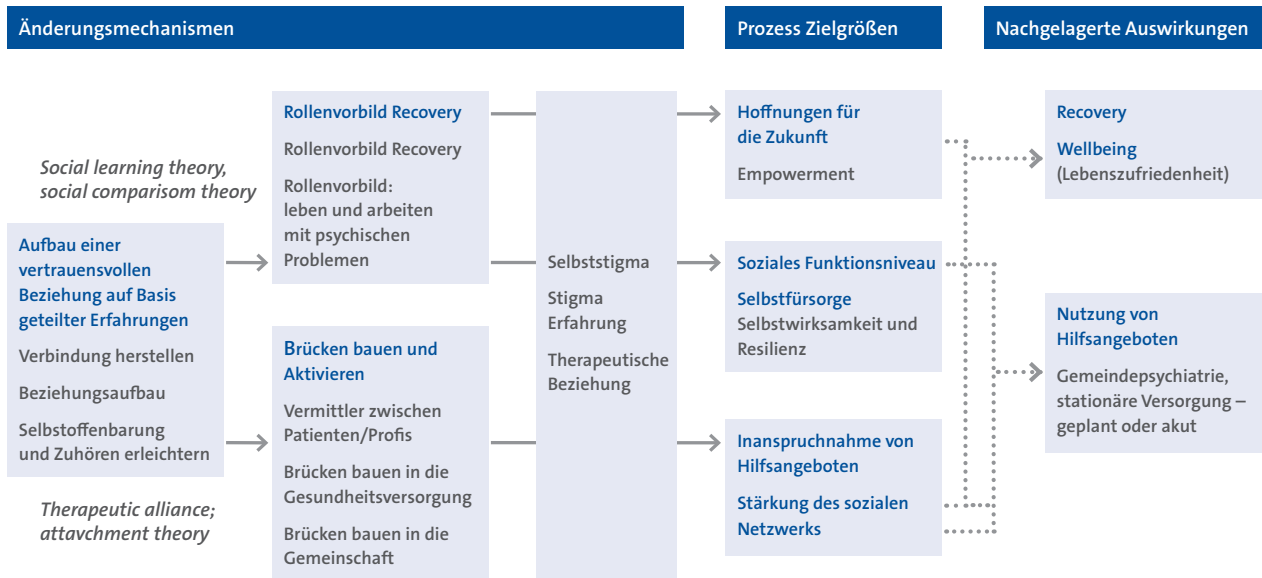


Abb. 1 Wirkmodell der Peer-Begleitung nach Gillard et al. (2015) (Übersetzt mit Erlaubnis des Autors)

Effektivität (Evidenz)



Patient:innen und z.B. als bedrohlich erlebtem Personal gebaut werden. Peer-Begleiter:innen sind Rollenvorbilder, zum einen in ihrer Genesung, zum anderen hinsichtlich des Lebens und Arbeitens mit einer psychischen Erkrankung.

Über diese Mechanismen ist zum einen die Relativierung stigmatisierender Erfahrungen und zum anderen ein Abbau von Selbststigma möglich. Als Zielgrößen dieses Prozesses nennen Gillard et al. (2015) hier das soziale Funktionsniveau und die Selbstfürsorge, auf Basis von Selbstwirksamkeit und Resilienz.

Davidson et al. (2012) beschreiben die verschiedenen Entwicklungsstadien von 25 Jahren Peer-Arbeit und Peer-Forschung. Zu Beginn wurde die Frage thematisiert, ob Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erfahrungen überhaupt als Peer-Arbeiter im Versorgungssystem tätig werden können, meist in einer unterstützenden Rolle oder Assistenz-Funktion an der Seite klassischer Gesundheitsberufe. Die zweite Phase der Forschung befasste sich überwiegend mit dem Vergleich von Peer-Begleiter:innen und konventionellen Berufsgruppen in Bezug auf die Übernahme bestehender Interventionen und Rollen. Erst in den letzten zehn Jahren steht Peer-Arbeit als eigenständiges, spezifisches Angebot und mit einer auf eigener Erfahrung basierenden Rolle im Fokus von Forschung und Evaluation (Byrne, 2013; Lloyd-Evans et al. 2014; Pitt et al. 2013). Mit fortschreitender Implementierung der Peer-Begleitung in der formellen, klinischen Versorgung tritt damit die Frage nach der Effektivität von Peer-Interventionen in den Vordergrund. Seitdem sind einige randomisiert, kontrollierte Interventionsstudien (RCT) in unterschiedlichen Settings und für diverse Peer-geleitete Interventionen durchgeführt worden.

5.1. Peer-Arbeit im ambulanten und stationären Setting

Reviews, welche den Einsatz von Genesungsbegleiter:innenn in unterschiedlichen Formen untersuchen, können sich bisher zwar nur auf wenige,

methodisch ausreichende, kontrolliert-randomisierte Studien beziehen, allerdings weisen die existierenden Ergebnisse auf die positive Wirkung von Peer-Arbeit in formalen Settings hin. Ein systematisches Review für die Cochrane Collaboration (Pitt et al., 2013) integriert elf RCTs. Signifikant positive Effekte von Peer-Begleitung ergaben sich bei der Reduktion von Notaufnahmen und mehr erfüllter Bedarfe auf Seiten der Betroffenen. In einem weiteren systematischen Review mit Metaanalyse fanden die Autoren Evidenz für eine Reduktion der Hospitalisierung und der Symptome bei Nutzern von Peer-Angeboten (Lloyd-Evans et al., 2014).

Abseits von Reviews, zeigte sich, dass von Genesungsbegleiter:innenn angeleitete und entwickelte Gruppen positiven Einfluss auf die Reduktion von Selbst-Stigmatisierung (Corrigan et al. 2015) und die Symptomschwere der Patient:innen aufwiesen (Cook et al. 2011). Weitere RCTs verweisen gleichzeitig darauf, dass Aspekte wie Adhärenz (Druss et al. 2010), Hoffnung, Recovery (Cook et al. 2011), Empowerment (Van Gestel Timmermans et al. 2012), Behandlungszufriedenheit und soziale Unterstützung gestärkt wurden (Castelein et al. 2008). Auch die Selbstwirksamkeit konnte nachweislich durch einen ambulanten Einsatz von Peers, die im Eins zu Eins Kontakt mit Betroffenen standen, signifikant gesteigert werden (Mahlke et al. 2017).

Neben quantitativen Untersuchungen gibt es zunehmend auch Studien mit qualitativen oder gemischten Methoden, die sich mit der Perspektive der Peer-Begleiter:innen, der anderen Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung, sowie der Nutzer:innen in Hinblick auf diese Entwicklung und deren eigene Erfahrungen mit Peer-Arbeit befassen (Rogers et al. 2007; Sledge et al. 2011). In Chinmans et al. (2014) Review wurden neben RCTs auch quasi-experimentelle Designs und Vergleichsstudien über Peer-Begleitung berücksichtigt. Hier wurden entscheidende Vorteile für die Peer-Begleitung berichtet: Zum einen wurde ein höheres Engagement hinsichtlich Hilfsangeboten, sowie eine bessere Beziehung zu den Anbietern erfasst und weniger stationäre Leistungen in Anspruch genommen. Zum anderen wurde von den Nutzer:innen ein höheres Maß an Aktivierung, mehr Empowerment und eine gesteigerte Hoffnung auf Genesung berichtet. Eine weitere Methasynthese (Walker & Bryant, 2013) über 27 Studien mit qualitativer oder gemischter Methodik resümiert, dass Peer-Begleiter:innen im Bezug zu ihren Klient:innen als Rollenvorbilder dienen; dass die Peer-Begleiter:innen einen besonders leichten Zugang zu den Betroffenen haben und Selbst- und Fremd-Stigmatisierungen in der Gesundheitsversorgung entgegenwirken können. Zudem waren Peer-Begleiter:innen hilfreich, um andere Mitarbeitende hinsichtlich Recovery-Orientierung zu schulen und so die Haltung in den Einrichtungen gegenüber den Betroffenen zu verbessern. Die Nutzer:innen berichteten dabei von gesteigerter Hoffnung, Motivation und einer Erweiterung des sozialen Netzwerkes (Stastny & Lehmann, 2007; Walker & Bryant, 2013). Diese qualitativen Ergebnisse stellen die notwendige Ergänzung zur Interpretation der mit quantitativen Methoden gewonnenen Forschungsergebnisse dar.

5.2. Peer-Arbeit und Crisis Resolution Teams (CRT)

Insgesamt existieren noch kaum Studien, die systematisch den Einsatz von Peer-Arbeit im häuslichen Umfeld untersuchen. Eine Untersuchung von Peer-Arbeit, welche Patient:innen bei frühzeitiger

Entlassung und der Vermeidung eines klinischen Aufenthaltes unterstützten, lässt jedoch erste Rückschlüsse auf die positive Wirkung dieser Form von Peer-Arbeit zu: die Studienanalyse ergab, dass innerhalb der ersten drei Monate 300 klinische Aufenthaltstage eingespart wurden und die Betreuten immer wieder von der Erfahrung der gelingenden Einbindung in die Community durch die Begleitung der Peers berichteten. Neben Aspekten wie einer gemeinsamen Erfahrungswelt oder der Vorbildfunktion der Peers, waren bei diesen Berichten ebenfalls zentrale Themen, dass die klinische Entlassung besser als vorherige ohne Genesungsbegleitung gelang und diese Form der Peer-Arbeit als Erweiterung des Versorgungnetzwerkes klare Lücken schließen konnte (Lawns et al. 2008). Grundlegende Erkenntnisse aus ambulanten und stationären Settings über die spezielle Rolle von Peers im Genesungsprozess scheinen damit auch in Bezug zur CRT ihre Relevanz beizubehalten.

5.3. Peer-Arbeit und Assertive Community Treatment (ACT)

Bei dem Einbezug von Genesungsbegleiter:innenn in Behandlungsmodelle des Assertive Community Treatments handelt es sich, wie auch im Falle der Crisis Resolution Teams, um ein eher neuartiges Phänomen (Wakefield, 2011). Die vorliegenden Studien deuten jedoch ebenfalls auf eine positive Wirkung hin: Der Einsatz von Peers in ACT Programmen konnte in einer Studie nachweislich aufzeigen, dass Klient:innen mit Peer-Support verstärkt an Angeboten der Sozialfürsorge teilnahmen, eine geringere Anzahl an Fehlterminen aufwiesen und weniger von unerfüllten Bedürfnissen hinsichtlich ihres täglichen Aktivitätsniveaus oder fehlender Gesellschaft berichteten (Craig, 2004). Ein weiteres Ergebnis bei einer Untersuchung von Peer-Arbeit in ACT Teams war, dass sich Kliniker und Genesungsbegleiter:innen in ihrer Erfolgsquote abgeschlossener Behandlungsverfügungen mit Klient:innen nicht unterschieden (Easter, 2017). Als konkrete Gründe, die einen solchen zur Effizienz beitragenden Einbezug

von Genesungsbegleiter:innen erschweren können, identifizierten Wakefield und Kollegen (2011) vor allem die Unsicherheiten bezüglich der Verpflichtungen und Arbeitsaufgaben von Peers im Team. Klare Strukturen gemäß dem Behandlungsmodell können hierbei zur effizienten Implementierung von ACT mit Genesungsbegleiter:innen dienlich sein.

5.4. Peer-Arbeit und Case Management (CM)

Eine der ersten großen Unternehmungen mehr Menschen mit Psychiatrie Erfahrung selbst als Arbeitnehmer in das Hilfesystem akuter Behandlung zu integrieren, wurde von Sherman und Porter (1991) in den USA dokumentiert. In diesen und anderen Initiativen, in welchen Peers als Case Manager (Nikkel, Smith, & Edwards, 1992; Solomon & Draine, 1995, 1996; Solomon, Draine, & Delaney, 1995) oder Vermittler zwischen Klient und Case Manager (Dixon, Krauss, & Lehman, 1994; Mowbray, Moxley, & Collins, 1998; Mowbray, Moxley, Thrasher, McCrohan, Harris, & Glover, 1996; Sherman & Porter, 1991) fungierten, zeichnete sich ab, dass sich die Art und Weise der Interaktion zwischen Klient:in und Peer von jener mit klinischen Behandler:innen unterscheidet. Gleichzeitig ergaben sich aus Perspektive der Klient:innen dadurch jedoch kaum Unterschiede in der Behandlungsqualität oder ihrem Wohlbefinden (Solomon & Draine, 1995). Hinsichtlich Sherman und Porters (1991) Studie, in welcher die Klient:innen neben dem Case Management eine zusätzliche Betreuung durch einen Peer erhielten, wirkte sich dieser Einsatz positiv auf die empfangene Unterstützung bei Alltagskompetenzen aus.

5.5. Angehörigenarbeit

Ausgehend von Hamburg gibt es inzwischen auch die Funktion der Angehörigen-Peerbegleiter:innen – mit EX-IN-analogen Ausbildungskonzepten. Ziel ist, die nahen Angehörigen insbesondere in Akutsituationen zu entlasten und zu empower – auch gegenüber den professionellen Therapeut:innen. Dabei geht es um sowohl um die Interessen der

psychisch erkrankten Familienmitglieder, als auch um die eigenen Belastungsgrenzen. In einer vergleichenden Studie gelang der Nachweis einer signifikanten Reduktion subjektiver Belastung und Verbesserung der Lebensqualität; beides ist als wirksame Prävention zu verstehen – bei einer Zielgruppe, die u.U. einem erhöhten eigenen Risiko ausgesetzt ist. (Heumann u.a. 2016)

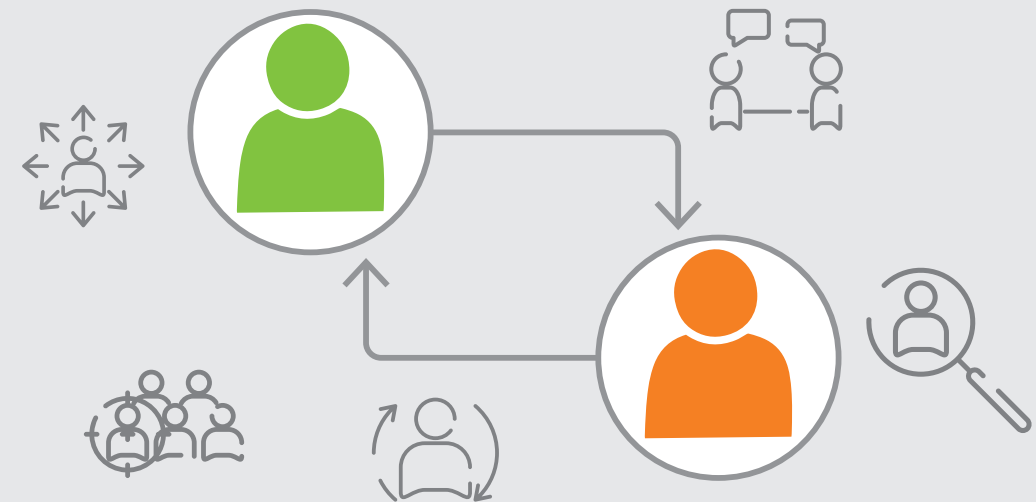
Voraussetzungen für Implementierung



Für eine erfolgreiche Implementierung in klinische Settings haben sich eine einheitliche Fortbildung der Peers, definierte eigenständige Leistungen, Schulungen für das Klinikpersonal, separate Peer-spezifische Supervision und der Einsatz von Peer-Teams als relevant erwiesen (Heumann et al. 2015).

Walker und Bryant empfehlen die Implementierung von Peer-Begleitung im stationären Kontext nicht nur wegen des unmittelbaren Nutzens, sondern auch wegen der Bedeutung für das allgemeine therapeutische Klima in psychiatrischen Einrichtungen (2013). Wichtig sei ein sorgfältiges Vorgehen bei der Implementierung mit klarer Rollen-Definition, Training für alle beteiligten Berufsgruppen und Supervision (Stastny & Lehmann; Walker & Bryant, 2013).

Qualifikation: die EX-IN Ausbildung



Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, verfügen über ein großes Maß an Erfahrungen, das zu einem tieferen Verständnis psychischer Krisen/Erkrankungen und zu einem erweiterten Wissen von genesungsfördernden Aspekten führen kann.

Mit dem Begriff „Erfahrungswissen“ deutet sich auch zugleich der Anspruch der EX-IN Ausbildung an. Das Anliegen der Ausbildungskurse ist es, aus Krisenerfahrungen ein Erfahrungswissen (Wissen aus gelebter Erfahrung) zu generieren und Handlungskompetenzen als Genesungsbegleiter:innen zu entwickeln.

Erfahrungsexpert:innen in die psychiatrische Arbeit einzubeziehen, ist mit der Idee verbunden, dass Krisenerfahrung und Bewältigungskompetenz neue wichtige Impulse bieten können, um das Verständnis psychischer Störungen und den Umgang mit Betroffenen zu erweitern und zu verbessern. Der Einsatz von Genesungsbegleiter:innen im Bereich Psychiatrie ist in Deutschland noch relativ neu. 2007 wurde das EU Projekt abgeschlossen, das Standards für die Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen zu Genesungsbegleiter:innen entwickelt hat. Mittlerweise gibt es in Deutschland 36 Ausbildungsorte und in Österreich/Schweiz werden inzwischen auch Genesungsbegleiter:innen ausgebildet.

- Die EX-IN Ausbildung steht grundsätzlich allen Menschen, die eine schwere psy-

chische Krise durchlebt haben, offen. Die Teilnehmenden sollten Erfahrungen in der Selbsthilfe und/oder mit Trialog-Seminaren haben und aktuell krisenfrei sein.

- Die EX-IN Ausbildung wird von einem Team geleitet, das in der Regel aus einer psychiatrischen Fachkraft und einer psychiatrie-erfahrenen Person, die bereits einen EX-IN Kurs durchlaufen hat, besteht. Beide haben den erforderlichen EX-IN Trainerkurs absolviert
- Der EX-IN Ausbildungskurs umfasst mindestens 300 Seminarstunden (in Hamburg mehr) aufgeteilt in Basis- und Aufbaumodule und dauert etwa mit zwei Praktika/Referatsgruppen/Öffentlicher Vortrag/Portfolioarbeit/Selbststudium ein Jahr

7.1. Basis- und Aufbaumodule

Gesundheitsfördernde Haltungen – in diesem Modul entwickeln die Teilnehmenden ein eigenes Verständnis von Gesundheit als einen entscheidenden Teil im Leben und im Prozess der Genesung. Ein weiteres Schwerpunktthema ist die Salutogenese, die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit.

Empowerment – Entscheidungsmacht zu haben oder machtlos zu sein, ist eines der Kernthemen im

Zusammenhang mit psychischem Leid. Die Reflexion 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, Einweisungen, Freizeit, Beziehungen, Geschlechterfragen, Zugehörigkeit und Ausgeschlossen sein. In diesem Modul folgt auch die Auseinandersetzung mit „erlernter Hilfslosigkeit“ und mit den verschiedenen Ebenen von Empowerment und entsprechenden Konzepten.

Erfahrung und Teilhabe – In diesem Modul geht es darum, wie Erfahrungen mit der seelischen Erschütterung, dem sozialen Umfeld, dem psychiatrischen Hilfesystem und den Selbsthilfemöglichkeiten psychische Krisen und den Umgang damit beeinflussen. Anhand der gemeinsamen Auseinandersetzungen mit diesen Themen lernen die Teilnehmer unterschiedliche individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien für psychische Krisen kennen.

Recovery – Gelebte Erfahrung und Forschung haben gezeigt, dass es für die Genesung von einer schweren psychischen Erkrankung eine realistische Chance gibt. Recovery kann sowohl als ein sozialer als auch als ein 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 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 und wie Menschen in einer Situation von „Chronizität“ und der Rolle als Patient:in verbleiben. Zentrale Themen in diesem Modul sind Hoffnung und Sinn.

Trialog – Trialog bedeutet, eine Zusammenkunft von Expert:innen durch Erfahrung, Angehörigen/Freund:innen und Psychiatrie-Mitarbeiter:innen auf gleicher Augenhöhe in der Öffentlichkeitsarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätskontrolle, Gesundheitspolitik, etc. Trialog setzt Standards für eine zukünftige nutzerorientierte Entwicklung, der Psychiatrie.

Ziel des Trialogmoduls ist, die Teilnehmenden mit der Theorie und Praxis des Trialogs durch Vermittlung der theoretischen Rahmenbedingungen, der Vorbereitung der Praxis und der direkten Erfahrung in Trialogseminaren bekannt zu machen.

Im Zentrum des zweiten Teils des Kurses steht die Tätigkeit als Genesungsbegleiter:innen. Die Aufbau-module beschäftigen sich mit Methoden/Aufgaben und mit dem Profil der Peerarbeit:

Assessment – Das Modul entwickelt eine Methode zum Assessment und zur Planung personenzentrierter Hilfen, die aus der Perspektive des/der Betroffenen entwickelt wird. Die vorgestellte Methode hilft, die Gefühle der Betroffenen wahrzunehmen, die Gedanken zu ordnen und den Erfahrungen eine Bedeutung zu geben. Das Modul soll dazu beitragen zu lernen, wie verschiedene personenzentrierte Planungsinstrumente angewandt werden können, wie Assessments durchgeführt werden können, wie hilfreiche Beziehungen aufgebaut werden und wie auf dieser Basis eine persönliche Planung entwickelt werden kann.

Selbsterforschung – Dieses Modul behandelt die Frage, welche Bedeutung seelische Krisen und ihre Bewältigung in der biografischen ganzheitlichen Betrachtung haben. Die subjektiven Welten verschiedener psychischer Krisen und ihre Bewältigung werden in Referatsgruppen ausgearbeitet und der Gesamtgruppe präsentiert.

Fürsprache – Unabhängige Betroffenen-Fürsprache ist eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten, sicherzustellen, dass die Anliegen von Nutzenden

gehört werden, wenn eine Entscheidung getroffen wird. Dazu gehört es, Wahlmöglichkeiten aufzuzeigen, Nutzende über die eigenen Rechte aufzuklären und Nutzende dabei zu unterstützen, diese Rechte zu verteidigen. Das Modul informiert über Patient:innen – und Nutzerrechte, aktives Zuhören sowie Gesprächs- und Verhandlungsführung.

Beraten/Begleiten/Unterstützen – Nutzerorientierung, Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Diensten, Beratung und Qualitätsmanagement ist seit langem ein Anliegen der Betroffenenbewegung. Diese Forderung basiert auf der Überzeugung, dass die Wünsche und Bedürfnisse einer Person, die psychisch beeinträchtigt ist, am besten von jemandem verstanden werden können, der ähnliche Erfahrungen gemacht hat.

Unterstützende mit eigenem Erfahrungshintergrund können als Rollenmodell fungieren. Sie leben unabhängig und üben eine professionelle Funktion aus. Genesungsbegleiter:innen können Übersetzer:innen zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen sein. Er/sie 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 zu kennen.

Krisenbegleitung – Im Rahmen der Arbeit für seelische Gesundheit gibt es immer wieder Situationen, in denen Konflikte entstehen und Menschen im Ungleichgewicht oder in zugespitzten Krisen sind. Hier ist es wichtig, dass die Teilnehmende in der Lage sind, Recovery-orientiert und deeskalierend auf die Personen einzugehen und Möglichkeiten und Grenzen gut einschätzen zu können. Krisenintervention wird hier als ein Prozess verstanden, bei dem die Genesungsbegleiter:innen zusammen mit dem/der Betroffenen die Krisenmomente identifiziert und einschätzt, um das Gleichgewicht wiederherzustellen

und die negativen Auswirkungen der Krise im Leben der/des Betroffenen zu mindern.

Lernen und Lehren – Es ist eine wichtige Aufgabe für Expert:innen durch Erfahrung, sich an Ausbildungs- und Qualifizierungsprozessen zu beteiligen. Einerseits ist es wichtig, das reflektierte Erfahrungswissen zu nutzen, um andere Psychiatrie-Erfahrene fortzubilden, anzuregen, zu unterstützen oder zu aktivieren. Andererseits ist das Erfahrungswissen sehr wichtig, um Angehörige zu informieren und insbesondere Professionelle dabei zu unterstützen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten zu verbessern, um ihre Angebote bedarfsorientierter und zufriedenstellender umzusetzen.

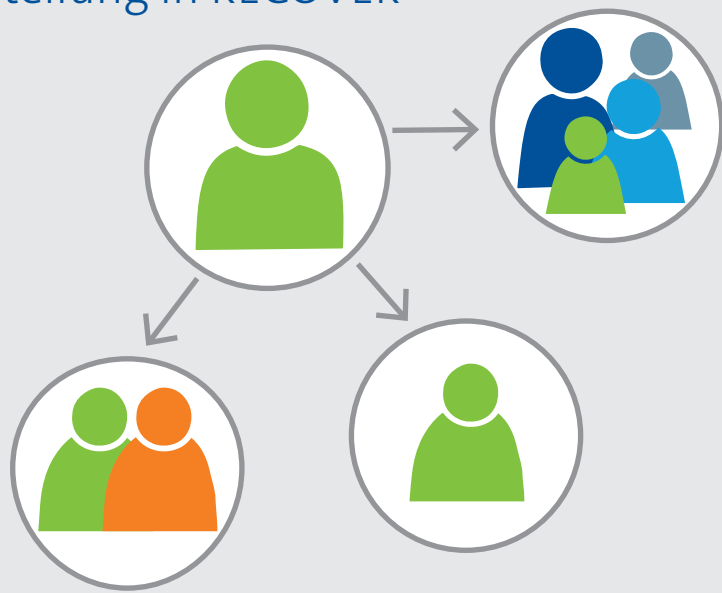
Basis und Aufbaupraktikum – Das erste Basispraktikum ist gedacht um sich im Rollenwechsel von der Patient:innen-Rolle zum Mitarbeitenden zu erfahren. Das längere Aufbaupraktikum dient der aktiven Erprobung der Tätigkeit als Genesungsbegleiter:innen.

Portfolio – Bei der Erstellung eines Portfolios geht es um eine schriftliche Ausarbeitung und Sammlung. Das Portfolio dient dazu, sich der eigenen Möglichkeiten, Stärken und Ziele bewusst zu werden und in der Lage zu sein, am Ende des Kurses das eigene Profil beschreiben zu können. Dies soll in Verbindung mit dem Praktikum geschehen.

Peersupervision – Intervention, der Austausch untereinander und das Sortieren der verschiedenen Eindrücke in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen, sollten eine Voraussetzung für die Arbeit der Genesungsbegleiter:innen sein. Eine spezielle Supervision bietet die Chance, Bedenken und Probleme frühzeitig zu besprechen.

Inzwischen werden auch Ausbildungen mit etwas niedrigerem Aufwand/Standard erprobt – insbesondere auch im Hinblick auf den Einsatz von Genesungsbegleiter:innenn im sozialen Bereich – z.B. im Zusammenhang mit Einsamkeit, Armut, Obdachlosigkeit und Stigma.

Aufgabenstellung in RECOVER



Genesungsbegleiter:innen haben auf der Basis eigener Krankheitserfahrung eine einjährige EXperienced-INvolvement Ausbildung abgeschlossen. Ihre Aufgabe ist die Begleitung in einem zeitlich/örtlich flexiblen Setting mit dem Ziel die Selbstwirksamkeit und Patient:innen-Autonomie zu stärken, familiäre/soziale Ressourcen zu aktivieren, die notwendigen professionellen Hilfen besser zu nutzen und zu individueller/kollektiver Selbsthilfe zu ermutigen. Davon profitieren diagnoseübergreifend kurz- und langfristig, leicht und schwer erkrankte, jeweils insbesondere eigensinnige Patient:innen. Eigenständige Lebenskonzepte werden gefördert und die Patient:innen-Orientierung der Versorgungsangebote gestärkt. Das Setting kann variieren zwischen: einer eins-zu-eins Begleitung, recovery-orientierten Gruppen oder einem Tandem-Setting. Die Prinzipien von Open-Dialogue (Aaltonen et al., 2011) werden berücksichtigt und mit einbezogen.

- In der Krisen-Anlaufstelle übernehmen Peerbegleiter:innen Einzelkontakte und werden bei Teamentscheidungen einbezogen. Sie helfen so direkt und indirekt Niedrigschwelligkeit und Patient:innen-Orientierung zu gewährleisten, sowie den Dialog-Charakter auf Augenhöhe und das Gefühl von Verstanden werden zu stärken.

- Im ACT-Bereich übernehmen Peerbegleiter:innen eine Co-Verantwortung bei therapeutischen Bezügen inkl. Hausbesuchen (allein oder als Tandem). Sie helfen so direkt und indirekt, die Akzeptanz von aufsuchenden Hilfen zu erhöhen, deren invasiven und potentiell bedrohlichen Charakter abzumildern und zugleich die Selbstwirksamkeit zu wahren/stärken.
- Auch im Vorfeld spezialisierter, professioneller Hilfen kann Peer-Begleitung die individuellen, familiären und sozialen Ressourcen/Selbsthilfefähigkeiten stärken und die Selbstwirksamkeit fördern.
- Peer-Begleitung kann auch dabei helfen, weitere Hilfen in Erwägung zu ziehen, die vorher nicht zugänglich waren oder abgelehnt wurden.
- Angehörigen-Peerbegleiter:innen richten ebenfalls ein Peer-Angebot aus Angehörigenperspektive an besonders belastete Angehörige mit dem präventiven Ziel, deren Belastung zu reduzieren und Lebensqualität zu stärken und so die Betroffenen bzw. Familiensysteme zu entlasten.

8.1. Arbeitsplatzbeschreibungen

8.1.1 Arbeitsplatzbeschreibung „Peerarbeit im Rahmen der Anlaufstelle“

Die Anlaufstelle soll niedrigschwellig und bedürfnisorientiert sein. Sie soll für Patient:innen aller Diagnosen (außer primärer Sucht) und Schweregrade zugänglich sein. Empfehlungen für bestimmte Hilfsangebote und „Behandlungs-Pfade“ sollen nicht schematisch und nicht ausschließlich diagnostisch, sondern nach individuellem Hilfebedarf und im Dialog fallen. Für alle Schweregrade gilt der Auftrag Selbstwirksamkeit zu fördern, (Selbst-) Stigmatisierung zu mindern und individuellen Lebenskonzepten Raum und Anerkennung zu geben. Insgesamt geht es darum, auch bei der Beratung eine Beziehungsqualität zu realisieren, die eine erneute Kontaktaufnahme zur Überprüfung der Empfehlungen und zur rechtzeitigen Krisenintervention erleichtert.

Für diese Aspekte haben Genesungsbegleiter:innen durch ihr Erfahrungswissen und daraus abgeleiteten Fähigkeiten eine besondere Qualifikation und Eignung.

Arbeitsauftrag:

- Genesungsbegleiter:innen übernehmen eine eigenständige Begleitung;
- Sie übernehmen zusätzliche Beratungsaufgaben auf Wunsch der Klient:innen und Vorschlag der Kolleg:innen;
- Sie achten im Teamgespräch auf die beschriebene Beziehungsqualität;
- Sie achten zusätzlich auf Berücksichtigung der Angehörigenperspektive - bei der Entscheidung über Hilfen im Allgemeinen und bei aufsuchenden Hilfen insbesondere.

8.1.2 Arbeitsplatzbeschreibung „Peerarbeit im Rahmen des Krisenteams“

Die Arbeit des Krisenteams soll die Möglichkeit eröffnen, akute Krisen im eigenen vertrauten Lebensraum zu bewältigen und eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Sie soll so niedrigschwellig zugänglich sein, dass eine Behandlung gegen den Willen weitgehend unnötig wird. Diese neue Kultur zu etablieren, ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Aufsuchende Hilfe ist nicht selbstverständlich willkommen und von vornherein angstfrei. Aufsuchende Hilfe ermöglicht und erfordert eine andere Wahrnehmung von individuellen und familiären Ressourcen sowie eine andere Beziehungskultur. Die Angehörigen sind selbstverständlich einzubeziehen und zu beteiligten. Entscheidungen sind gemeinsam zu suchen, zu treffen und zu verantworten. Es ist wichtig, dass der Wohnraum des Patient:innen und ggf. der Angehörigen nicht seine Intimität sowie seine Schutz- und Abgrenzungsfunktion verliert. In dieser komplexen und für viele, neuen Situation, können Genesungsbegleiter:innen für manche Patient:innen weniger beschämend und bedrohlich sein, also eine Funktion als Vermittler, Türöffner und Dolmetscher haben. Auf der Basis der gleichen Erfahrung gilt die Annahme von Solidarität. Das gilt u.U. auch für die Angehörigen.

Dabei spielt eine Rolle, dass das Home-Treatment des Krisenteams i.d.R. nicht auf der Basis langjähriger Vertrautheit geschieht – wie es im Rahmen der Integrierten Versorgung / des ACT-Teams zumindest intendiert ist. Nach dem Vorbild der Ausführungsbestimmungen für die stationsäquivalente Akutbehandlung gilt diese Intervention auch für Patient:innen in betreuten Wohnsituationen der ambulanten Sozialpsychiatrie und der Jugend- oder Altenhilfe, im Grundsatz auch für Obdachlose, die im Sektor „Platte machen“. Voraussetzung ist die Indikation für eine stationäre Behandlung. Damit ist auch eine zeitliche Begrenzung verbunden. Dadurch ist die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung noch dringlicher als im ACT. Außerdem

ist die Anbahnung von anschließenden Hilfen von vorneherein mit zu beachten – egal ob es dabei um Selbsthilfe, Peerbegleitung, das vielfältige Angebot der Institutsambulanzen oder andere Hilfen geht.

Arbeitsauftrag:

- Genesungsbegleiter:innen werden besonders bei misstrauischen Patient:innen oder auf Wunsch des Teams oder des Patient:innen, die Federführung beim Home-Treatment (inkl. Erst- und Letztkontakt) übernehmen.
- Sie werden bei besonders kritischen Hausbesuchen im Tandem beteiligt sein.
- Sie werden z.B. die Anbahnung des Hausbesuchs sowie die Überleitung in andere Hilfen übernehmen
- Sie achten auf die angemessene Einbeziehung der Angehörigen
- Bei der Vor- und Nachbereitung im Team achten sie auf die Wahrung der Intimität der Wohnung in ihre Funktion als Schutz- und Rückzugsraum.

8.1.3 Arbeitsplatzbeschreibung „Peearbeit im Rahmen des ACT-Teams“

Die Arbeit des ACT-Teams garantiert große Präsenz und Kontinuität. Sie setzt auf Vertrautheit und Verlässlichkeit – auf beiden Seiten. Gerade für viele Patient:innen mit ernsthaften und langfristigen psychischen Erkrankungen ist diese Verlässlichkeit Voraussetzung um neue Wege zu gehen, stationäre Behandlung zu ersetzen und Zwangsbehandlung zu vermeiden. Aber auch hier gilt: Für manche dieser Patient:innen wirkt gerade diese Präsenz (zeitweilig) bedrohlich, die Verbindlichkeit kann wahnhaft besetzt werden oder das Gefälle der Kompetenzen kann lähmend wirken.

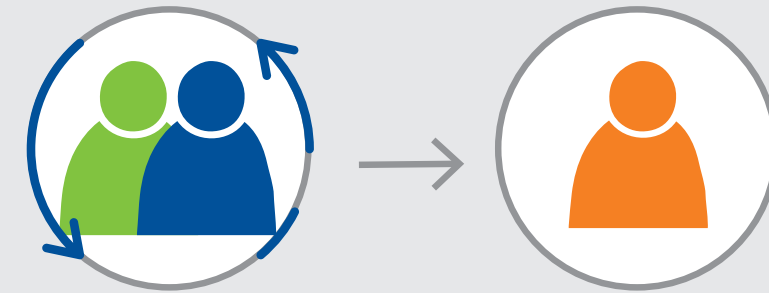
Genesungsbegleiter:innen können in diesem Kontext die Rollenvielfalt des Teams vergrößern, die

Komplexität des Hilfeangebots erweitern und Perspektivwechsel befördern. Je nach individueller Verfassung der Patient:innen und Situation können sie eigenständige oder gemeinsame Aufgaben übernehmen.

Arbeitsauftrag:

- Für bestimmte Patient:innen werden sie die Funktion der Bezugstherapeut:innen übernehmen.
- Zugleich ist es wichtig, dass sie in bestimmten Situationen zusätzlich Tür-öffnend oder abfedernd zur Verfügung stehen.
- Sie achten besonders auf den Respekt gegenüber individuellen Lebensräumen (UN-Konvention), eine informierte Selbstbestimmung und auf die Förderung von Selbstwirksamkeit.
- Sie achten auf die angemessene Einbeziehung der Angehörigen, nehmen deren Ressourcen und Bedürfnisse wahr.

Umsetzung der Peer-Arbeit im Recover Projekt



9.1. Einzelkontakte

Im RECOVER-Projekt führen Genesungsbegleiter:innen mit Patient:innen Gespräche in Einzelkontakten. Patient:innen werden Gespräche mit Genesungsbegleiter:innen angeboten und wenn Interesse besteht, der Kontakt hergestellt. Genesungsbegleiter:innen bieten Gespräche „auf Augenhöhe“, von Betroffenen zu Betroffenen, und eine solidarische Beziehung im Kampf gegen die erlebten Krisen oder auch bezüglich der Zumutungen der Behandlung, an. Genesungsbegleiter:innen können gleichzeitig eine Art „Übersetzende“ sein, in dem Sinne, dass Patient:innen und Behandler:in einander besser verstehen. Sie wirken als „Hoffnungstragende“, die ein Beispiel dafür sind, dass psychische Krisen überwunden werden können und ein sinnerfülltes Leben auch nach schwierigen Krisen möglich ist. Genesungsbegleiter:innen verstehen sich als Begleiter:in im wortwörtlichen Sinne, indem sie ohne Strategie oder Methode oder (fremddefiniertem) Ziel in die Gespräche gehen. Dabei bieten sie aber durchaus ihre Erfahrung an, um Perspektivwechsel möglich zu machen oder neue Impulse für die Bewältigung erlebter Krisen zu geben. Schon die Frage danach, was uns gesund macht (Salutogenese), kann ein solcher Perspektivwechsel sein. Genesungsbegleiter:innen haben selbst Stigmatisierung erlebt und Strategien entwickelt, diesen zu begegnen. Sie normalisieren das Bild über psychische Erkrankungen schon dadurch, dass sie als Psychiatrie-Erfahrene sichtbar sind.

Die Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt orientieren sich in den Gesprächen der Einzelkontakte insbesondere an ihrer Erfahrung, an dem erarbeiteten „Wir-Wissen“ der EX-IN-Ausbildung sowie an den Erkenntnissen der Recovery-Bewegung, wie zu Beispiel: Ohne Hoffnung geht es nicht, im Grunde weiß jeder selbst am besten, was gut für ihn ist, Genesung ist für jeden jederzeit mit, ohne und auch trotz psychiatrischer Hilfen möglich.

Beispiele für Fragen, die Patient:innen eher Genesungsbegleiter:innen als Fachkolleg:innen stellen konnten, sind: Geht das wieder weg? Wie machst Du das mit den Medikamenten? Wie merke ich, dass ich eine Psychose habe? Was hat dir geholfen? Wie sage ich es meiner Familie (meiner Partner:in, auf der Arbeit)?

9.1.1 Beispiel einer Genesungsbegleiterin

Eine ärztliche Kollegin sprach mich an, um zu fragen, ob ich in die Behandlung einer Patientin miteinsteigen könnte.

Es handelte sich um Frau M., die mit einem fast 20 Jahre älteren Mann verheiratet ist, der im Laufe der letzten Jahre eine mittelschwere Demenz entwickelt hat. Die Patientin litt sehr unter der Situation. Das geteilte Erleben einer Depression konnte sich die ärztliche Kollegin als Unterstützung zur Heilbehandlung gut vorstellen.

Die Kollegin sprach Frau M. an und informierte sie über die Möglichkeit der Peer-Begleitung. Frau M. war direkt an einem Treffen interessiert. Um sich in einem vertrauten Rahmen kennenzulernen, trafen Frau M. und ich uns zu einem gemeinsamen Gespräch mit der behandelnden Ärztin. Wir merkten, dass wir uns beide einen gemeinsamen Austausch vorstellen konnten und vereinbarten ein paar Tage später telefonisch einen nächsten Termin.

Ich habe sofort Zugang zur Patientin gefunden. Mir sind aus der eigenen Erfahrung die Denkweisen und Gefühlsebenen ganz nah, und, so unlogisch Manches klingen mag, vertraut und nachfühlbar. Die Erleichterung „Sie kennen das ja, da muss ich nicht so viel erklären“ war immer spürbar.

Sie konnte mir alles „vor die Füße schmeißen“ wie sie selbst sagte. Manche Treffen haben wir einfach nur geplaudert und uns über Gott und die Welt unterhalten. Die Patientin konnte so wieder ein Stück Normalität genießen und Abstand zu den bedrängenden Themen finden. Jedes Gespräch führte zu momentaner Entlastung.

Die Festlegung weiterer Folgetermine erfolgten auf Initiative der Patientin im Anschluss an unsere Gespräche. Mit der Zeit entwickelte sich ein 14-tägiger Rhythmus der Treffen im UKE. Als durch die Corona Pandemie keine persönlichen Gespräche mehr stattfinden konnten, machten wir Telefontermine aus. Die Gespräche dauerten in der Regel eine Stunde.

Ich konnte ihr eine neue Perspektive eröffnen und ihr heilsame sowie entlastende Möglichkeiten aus eigener Erfahrung zugänglich machen.

Mittlerweile ist sie in der Lage sich selbst bewusster wahrzunehmen und die vielen Anregungen durch ihre Therapien umzusetzen und auszuprobieren.

Die Patientin war bis Ende 2020 im Recover Projekt in Behandlung.

Nachdem das Projekt beendet wurde, vereinbarten wir weitere Gespräche bei mir im Rahmen meiner Tätigkeit in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz. Ich sehe Frau M. aktuell im 3 bis 4-wöchigen Turnus.

9.2. Hausbesuche

Die Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt besuchen sowohl im Tandem mit anderen Berufsgruppen als auch alleine Patient:innen im häuslichen Umfeld. Als Teil des Tandems wirken sie vertrauensstiftend und „türöffnend“. Für Mitbewohner:innen oder Angehörige der Patient:innen sind sie als „Expert:innen aus Erfahrung“ wichtige Ansprechpartner:innen. Im Tandem wirken Genesungsbegleiter:innen durchaus auch regulativ darauf ein, die individuellen Lebensräume der Patient:innen zu respektieren und ihren Schutzraum zu wahren.

9.3. Teambesprechungen, Supervisionen, Netzwerkgespräche und Dokumentation

Die Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt sind ein Teil der multiprofessionellen Teambesprechungen. Als „Expert:innen aus Erfahrung“ bringen sie die Betroffenen-Perspektive ein und werden von Fachkolleg:innen auch nach ihrer Perspektive und ihren Auffassungen gefragt. Aufgrund ihres privilegierten Verständnisses von Krisen und dem Erleben der Betroffenen übernehmen sie die Rolle von „Übersetzenden“ oder „Vermittlenden“. Darüber hinaus erfüllen sie, wenn nötig oder von Patient:innen gewünscht, die Rolle des „Fürsprechenden“, der sich für die Belange der Patient:innen einsetzt.

Genesungsbegleiter:innen nutzen in der Regel nicht den psychiatrisch-medizinischen Jargon, der Patient:innen tendenziell objektiviert, und bieten damit eine Chance darauf, psychische Krisen eher ganzheitlich und im Kontext individueller Lebenssituationen zu verstehen. Auch in der nötigen klinischen Dokumentation schlägt sich dies nieder:

Genesungsbegleiter:innen verzichten auf den psychiatrisch-medizinischen Jargon in den Berichten und werden selbst als ein Teil der eingegangenen Beziehung sichtbar.

Gleiches gilt für (Fall-)Supervisionen, Netzwerkgespräche und „runde Tische“, an denen Genesungsbegleiter:innen teilnehmen. Sie wirken aktiv daran mit, Dialoge, in denen „Expert:innen aus Ausbildung“ (Fachkolleg:innen), „Expert:innen aus Erfahrung“ (Erfahrene, Betroffene) und „Expert:innen des Miterlebens“ (Angehörige) ins Gespräch kommen, zu gestalten.

9.4. Recovery-Gruppe

Genesungsbegleiter:innen im RECOVER-Projekt bieten zweimal monatlich eine von ihnen moderierte Recovery-Gruppe an. Die Gruppe wird von möglichst zwei Genesungsbegleiter:innen moderiert und kann bis zu sechs Teilnehmer:innen umfassen. Die Recovery-Gruppe ist als Begegnungsraum zu verstehen, in der Teilnehmende Solidarität erfahren und in welchem hilfreiche Impulse für den weiteren Genesungsweg entstehen können. Die moderierenden Genesungsbegleiter:innen bieten je Sitzung ein Motto an, das sich an Salutogenese und Recovery-Erkenntnissen orientiert. Mögliche Themen können sein: Was bedeutet Genesung für mich? Was macht uns gesund? Macht Hoffnung Sinn? Wie gehe ich mit Stigmatisierung um? Dabei werden alle Teilnehmenden als Expert:innen ihrer eigenen Belange verstanden, die selbst für sich und andere hilfreiche Impulse geben können.

Literatur

Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open - dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need - adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179 - 191.

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery – das Ende der Unheilbarkeit*, Köln: Psychiatrieverlag.

Bock, T., Mahlke, C., Schulz, G., & Gyöngyver, S. (2013). Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 364-370.

Bock, T., & Priebe, St. (2005). Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other. *Psychiatric Services*, 11(1), 441-443.

Bock, T. (2014). Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher? *Psychiatrische Praxis*, 41, 121-123.

Byrne, L. (2013). *A Grounded Theory Study of Lived Experience Mental Health Practitioners within the wider Workforce*. Central Queensland University. PhD thesis. http://www.cqu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0008/100052/PhD_Thesis_Louise_Byrne_LivedExperinceMHroles.pdf

Castelein, S., Bruggeman, R., & van Busschbach, J. (2015). The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr. Scand.*, 118(1), 64–72.

Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals with Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.

Cook, J., Copeland, M., & Jonikas, J. (2011). Results of randomized controlled trial of mental illness self management using Wellness recovery action planning. *Schizophr. Bull.*, 34, 214–22.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Michaels, PJ. (2015). Diminishing the self stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Res.*, 229(2),148–154.

Daniels, A. S., Bergeson, S., Fricks, L., Ashenden, P., & Powell, I. (2012). Pillars of peer support: advancing the role of peer support specialists in promoting recovery. *Journal of Mental Health Training - Education and Practice*, 7(2), 60-69.

Davidson, L., Ballamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123.

Dixon, L., Krauss, N., & Lehman, A. (1994). Consumers as service providers: The promise and challenge. *Community Mental Health Journal*, 30(6), 615 – 625.

Druss, B., Zhao, L., & von Esenwein, S. (2010). The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer led intervention to improve medical self management for persons with serious mental illness. *Schizophr Res.*, 118(1–3), 264–70.

Easter, M. M., Swanson, J. W., & Robertson, AG., (2017). Facilitation of Psychiatric Advance Directives by Peers and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams. *Psychiatric Service*, 68 (7), 717-723.

Falkai, P. (2013). S3- Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer.

Heumann, K., Janßen, L., Ruppelt, F., Mahlke, C., Sielaff, G. & Bock, T. (2016) Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 64, 45–53.

Heumann, K., Utschakowski, J., Mahlke, C., & Bock, T. (2015). Implementierung von Peer- Arbeit. *Nervenheilkunde* 34(4), 275-279.

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

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199 (6), 445-52.

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., & Harrison, B. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14, 39.

Mahlke, C., Krämer, U., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 276-281.

Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R., & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer- Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: eine Übersicht des internationalen Forschungsstandes, *Nervenheilkunde* 34, 235-239.

Mahlke, C., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42, 103–110.

Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*, 25(4), 397 – 411.

Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Thrasher, S., McCrohan, N., Harris, S., & Clover, G. (1996). Consumers as community support providers: Issues created by role innovation. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47 – 67.

Nikkel, R. E., Smith, G., & Edwards, D. (1992). A Consumer-Operated Case Management Project. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(6), 577 – 579.

Pitt, V., Lowe, D., & Hill, S. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD004807.

Repper, J. (2013) *Peer Support Workers: Theory and Practice*. London: Centre for Mental Health and NHS Confederation Mental Health Network.

Rogers, E. S., Teague, G. B., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., & Banks, S. (2007) Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47(6), 785–99.

Angermeyer M., & Schomerus G. (2012). A stigma perspective on recovery. *World Psychiatry*, 11(3), 163-164.

Sherman, P. S., & Porter, R. (1991). Mental health consumers as case management aides. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(5), 494 – 498.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008) *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health London. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf

Sielaff, G., Angehörigen-Peerbegleitung-Qualifizierung und Resonanz *Nervenheilkunde* 34, 253-258

Sielaff, G., Das Spannungsfeld zwischen Arbeitsstrukturen und Selbstverständnis eines neuen Berufs-Coaching und Supervision der Genesungsbegleiter:innen 2016

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O’Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of re-

Literatur

covery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(2), 12–20.

Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr. Serv.*, 62, 541-544.

Solomon, P., & Draine, J. (1995). The efficacy of a Consumer Case Management Team: 2-year outcomes of a Randomised Trial. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135 – 146.

Solomon, P., & Draine, J. (1996). Service delivery differences between consumer and nonconsumer case managers in mental health. *Research on Social Work Practice*, 6(2), 193 – 207.

Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 126 – 134.

Stastny, P., & Lehmann, P. (2007). *Statt Psychiatrie*. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Van Gestel Timmermans, H., Brouwers, E., Van As-sen, M. (2012). Effects of a peer run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.*, 63(1), 54–60.

Wakefield, P. A., Randall G. E., & Richards, D. A. (2011). Identifying barriers to mental health system improvements: an examination of community participation in assertive community treatment programs. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 27. doi:10.1186/1752-4458-5-27

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