

**„Experienced Involvement“: Psychiatrie-Erfahrene als Peer-Spezialisten  
Haltungen und Erwartungen von Mitarbeitern eines Sozialpsychiatrischen  
Dienstes**

Bachelorarbeit

Fakultät 11 für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München

Studiengang Bachelor Soziale Arbeit

Eingereicht von: Simone Hiller

Matrikelnummer: 14847107

Adresse: Liebigstraße 10 A, 80538 München

E-mail: simone-hiller@web.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Manfred Cramer

Zweitgutachter: Gerd Mendel, Master of Social Management, Dipl. Soz.päd.

München, 04.09.2011

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>1 THEORIE UND ERKENNTNISSE.....</b>	<b>4</b>
1.1 BEGRIFFSKLÄRUNG .....	4
1.1.1 <i>Psychiatrie-Erfahrung</i> .....	4
1.1.2 <i>ExpertIn durch Erfahrung</i> .....	6
1.1.3 <i>Peer-Arbeit</i> .....	9
1.1.4 <i>Recovery und Empowerment als Grundlage von Peer-Arbeit</i> .....	11
1.2 EXPERIENCED INVOLVEMENT.....	14
1.2.1 <i>Entwicklung des Projekts</i> .....	14
1.2.2 <i>Ausbildung und Curriculum</i> .....	16
1.2.3 <i>Perspektiven durch Experienced Involvement</i> .....	18
1.2.4 <i>Aktuelle Bestandsaufnahme: Deutschland und insbesondere München</i> .....	21
1.3 ERFAHRUNGSWISSEN UND UNTERSUCHUNGEN ZUR PRAXIS VON PEER-SPEZIALISTINNEN.....	23
1.3.1 <i>Wirksamkeit von Peer-Arbeit</i> .....	24
1.3.2 <i>Situation im Team</i> .....	26
1.3.3 <i>Beschäftigungsverhältnis und Einkommen</i> .....	28
1.3.4 <i>Professionelle Arbeit und Anerkennung der Kompetenzen</i> .....	31
<b>2 DER FORSCHUNGSPROZESS .....</b>	<b>32</b>
2.1 METHODIK: QUALITATIVE FORSCHUNG .....	33
2.1.1 <i>Fragestellung und Forschungsziel</i> .....	33
2.1.2 <i>Erhebungsmethode und -instrument</i> .....	34
2.1.3 <i>Auswertungsmethode</i> .....	36
2.2 FORSCHUNGSDESIGN .....	38
2.3 FORSCHUNGSFELD: SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST.....	40
<b>3 ERGEBNISSE .....</b>	<b>41</b>
3.1 GRUNDHALTUNG, HOFFNUNGEN UND ERWARTUNGEN DER FACHKRÄFTE .....	41
3.2 STRUKTUREN UND STRUKTURELLE REGELUNGEN .....	42
3.3 AUFGABENBIET, ROLLE UND QUALITATIVE VERÄNDERUNGEN DER HILFELEISTUNG .....	43
3.4 KONFLIKTPOTENTIAL .....	46
3.5 VORAUSSETZUNGEN UND VORBEREITUNG FÜR EINE ANSTELLUNG.....	50
<b>4 DISKUSSION UND AUSWERTUNG .....</b>	<b>52</b>
4.1 INHALTLICHE DISKUSSION .....	52
4.2 METHODISCHE DISKUSSION .....	59
<b>5 ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>61</b>

<b>6</b>	<b>EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG .....</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>QUELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>64</b>
<b>9</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>65</b>

## **Einleitung**

Die Experienced Involvement Ausbildung ist ein Kurs für Psychiatrie-Erfahrene, der sie dazu qualifiziert, als Peer-SpezialistInnen im professionellen (sozial-)psychiatrischen Bereich zu arbeiten und sie folglich zu psychiatrie-erfahrenen Fachkräften fortbildet. Die Intention des seit sechs Jahren bestehenden Projektes ist, die Einbeziehung der Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu verstärken sowie den Modernisierungsprozess des (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystems zu unterstützen, damit zukünftig das authentische Erfahrungswissen Psychiatrie-Erfahrener professionell und entgeltlich, nicht ehrenamtlich, genutzt werden kann.

In meiner Bachelorarbeit möchte ich der Frage nachgehen, welche Haltungen und Erwartungen professionelle Fachkräfte des sozialpsychiatrischen Hilfesystems gegenüber dem praktischen Einsatz und der Anstellung von Experienced Involved GenesungshelferInnen zeigen und entwickeln. Dementsprechend möchte ich mittels einer exemplarischen Interviewbefragung dreier MitarbeiterInnen einer Einrichtung darstellen, welche Haltungen zu und welche Erwartungen an Experienced Involved GenesungshelferInnen bestehen, um aufzuzeigen, welche Aspekte ein Dienst oder eine Einrichtung und insbesondere dessen/deren Leitung bei der Integration und Beschäftigung beachten muss.

Anmerken möchte ich an dieser Stelle, dass diese Arbeit dem Anspruch der Repräsentativität nicht gerecht wird, sondern als exemplarische Übersicht und Darstellung aus Sicht von professionellen Fachkräften dienen soll. Zudem möchte ich anführen, dass die Autorenperspektive als Expertin durch Beruf, Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin BA, und damit zusammenhängende Perspektiven und Interessen berücksichtigt werden soll.

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden zunächst die Begrifflichkeiten sowie einige theoretische Annahmen zur Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen als Peers erläutert. Desweiteren wird die Experienced Involvement Ausbildung näher geschildert, um danach auf die Perspektiven einzugehen, die sich durch die Ausbildung sowohl für die Person als auch für den (sozial-)psychiatrischen Bereich ergeben. Anschließend werde ich ein Resümee über Erfahrungen mit der Zusammenarbeit von Peer-SpezialistInnen und diesbezüglicher Forschung geben.

Es folgt die Darstellung der Methodik des Forschungsprozesses mit Nennung der Fragestellung und des Forschungsziels, sowie der Erhebungs- und Auswertungsmethode. Die Fragestellung wurde mit leitfadengestützten Experteninterviews untersucht und mit der qualitativen Inhaltsanalyse anhand von Kategorisierung ausgewertet.

Das folgende dritte Kapitel behandelt meine Forschungsergebnisse, welche im vierten Kapitel differenziert und auch auf Grundlage der theoretischen und erfahrungsbasierten Erkenntnisse diskutiert werden. Des Weiteren führe ich eine methodische Diskussion über den Forschungsprozess durch. Das fünfte Kapitel wird eine kurze Zusammenschau gewähren, welche mit einem Ausblick kombiniert ist.

## **1 Theorie und Erkenntnisse**

Bevor ich anhand meiner Forschungsarbeit die praktischen Erkenntnisse über die Haltungen und Erwartungen von Mitarbeitern des professionellen sozialpsychiatrischen Bereiches erfassen werde, stelle ich zunächst bereits theoretische Hintergründe und Erkenntnisse diesbezüglich dar. Desweiteren werde ich vorab grundlegende Begrifflichkeiten klären sowie das Ausbildungskonzept vorstellen.

### **1.1 Begriffsklärung**

#### ***1.1.1 Psychiatrie-Erfahrung***

Psychiatrie-Erfahrung: Was genau sagt dieser Begriff aus und welcher Personenkreis wird damit charakterisiert? Die Bezeichnung Psychiatrie-Erfahrung ist auf die Selbsthilfebewegung zurückzuführen. Aus diesem bedeutungsvollen Ursprung betrachtet sowie aufgrund der fehlenden Begriffsklarheit und unklaren Abgrenzung, möchte ich einige Stellungnahmen gegenüberstellen, um folglich den Begriff in Bezug zu meiner Bachelorarbeit darzustellen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. setzt sich für den Erfahrungsaustausch sowie die Interessensvertretung Psychiatrie-Erfahrener ein. Sie begrenzen den Begriff auf Folgendes:

„Psychiatrie-Erfahrene sind Menschen, die von Ärzten psychiatrisch diagnostiziert und behandelt wurden.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. o. J., Satzung Präambel)

Demgegenüber distanzieren sich der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE e.V.) vom medizinischen Bild und somit von der Notwendigkeit einer Diagnose sowie der Bezeichnung *psychisch krank*. Ihre Begriffsbestimmung gehe damit einher, dass die Mitglieder die *Psychiatrie erfahren* und infolgedessen über charakteristisches Wissen verfügen. Von daher stammt ihre Bezeichnung und Identifikation als *Psychiatrie-Erfahrene* (vgl. BPE e.V. o. J.; Krücke 2011, persönliche Mitteilung).

Der Begriff kann außerdem weiter gefasst werden: Psychiatrie-Erfahrung bedeute einerseits Kontakt zu psychiatrischen Hilfen und andererseits implementiert es zugleich vielerlei Erfahrungen „von Anderssein, Krankheit, Behinderung oder psychischem Leid sowie deren Auswirkungen auf Körper, Seele und Identität“ (Utschakowski 2007, S. 279). Prägend sei auch das Gefühl der Exklusion (vgl. ebd.) und somit dem ‚nicht-Dazugehören‘. „Oft gehört dazu auch die Erfahrung, in einer Welt zu leben, in der der jeweilige Lebensentwurf nicht unbedingt der Norm entspricht und ausgegrenzt wird“ (Utschakowski 2007, S. 279), und dementsprechend das Gefühl des ‚allein seins‘.

Gemäß den emanzipatorischen Ansätzen der Selbsthilfebewegung sowie den Recovery und Empowerment Grundsätzen, auf die ich im weiteren Verlauf noch eingehen werde, möchte ich in meinen Ausführungen von Gesundheit im Sinne der psychischen Stabilität sprechen. Desweiteren werde ich die Bezeichnung *psychische Störung* den Begrifflichkeiten *psychische Erkrankung*, *psychisch krank* oder *Betroffene* vorziehen. Der Ansatz der Experienced Involvement Ausbildung plädiert für eine aktive Teilnahme und Auseinandersetzung mit der psychischen Störung und den damit verbundenen Erfahrungen.

Psychiatrie-Erfahrene möchten in der Einschätzung ihrer Erkrankung darauf aufmerksam machen, dass ein Unterschied bestehe zwischen Störungen, die in der Psy-

chirurgie behandelt werden zu jenen in der Psychosomatik, beispielsweise eine Neurose oder ein Burnout-Syndrom. Da die Erfahrungen, die während einer Behandlung in der Psychiatrie gesammelt werden stark von denen in einer psychosomatischen Klinik abweichen, legen Psychiatrie-Erfahrene bei der Bezeichnung als solche/r dahingehend Wert darauf. Erfahrungen in der Psychiatrie stünden im Zusammenhang mit Fixierung, Elektroschocks oder einem Ausgangsverbot und dahingehend beträchtlicheren und eindringlicheren Erfahrungen (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung).

Der Begriff *Psychiatrie-Erfahrung* ist, meiner Auffassung zufolge, mehrdeutig und steht einerseits für die Erfahrung, die man mit einer psychischen Störung und deren Symptome macht, beispielsweise Wahnideen. Andererseits inkludiert dieser Begriff Erfahrungen mit dem psychiatrischen Bereich, also Behandlung in der Psychiatrie oder der darauffolgende Besuch einer sozialpsychiatrischen Tagesstätte. Hinzu kommt auch der Kontakt zu den in diesen Bereichen tätigen Fachkräften. Demzufolge wird für die Ausführungen dieser Bachelorarbeit der Begriff *Psychiatrie-Erfahrung* im Sinne der Erfahrung mit (sozial-)psychiatrischen Hilfen verstanden.

### ***1.1.2 ExpertIn durch Erfahrung***

Die herkömmliche Psychiatrie basiert auf Wissen von ExpertInnen durch Lehre, Studien, Experimenten oder Beobachtungen. Was in Bereichen der Suchtarbeit oder Behindertenhilfe schon lange praktiziert wird, findet nun auch den Weg in die Psychiatrie: Die Nutzung des Erfahrungswissens. Barrieren der Einbeziehung seien bisher und weiterhin bestehende, voreingenommene und ängstliche Haltungen der Profis und der Erfahrenen sowie die (Selbst-)Stigmatisierung der Menschen mit psychischen Störungen (vgl. Utschakowski, Sielaff, Bock 2010b, S. 227).

*„Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen, keinen Gelehrten.“*

Dieses aussagekräftige chinesische Sprichwort dient vielerlei Selbsthilfeorganisationen als Leitspruch, wie beispielsweise dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE e.V. o. J.), und stellt eine Basis für die, zunächst eigentümlich klingende, Qualifizierung *ExpertInnen durch Erfahrung* dar. Diese zeichnet sich durch die bereits dargelegte Psychiatrie-Erfahrung aus:

„Ein „Experte durch Erfahrung“ in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen gemacht hat und der spezifische Kompetenzen erworben hat, mit dieser Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen zu leben und mit dem soziokulturellen und institutionellen Kontext in dem die Krankheit, Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam sind, umzugehen“ (van Haaster, Koster 2005, zitiert nach Utschakowski 2007, S. 280).

Eine Psychiatrie-Erfahrung qualifiziert jedoch nicht selbstverständlich zu einem/einer ExpertIn. Hierfür werde die Fähigkeit der Reflexion der Erfahrungen, des Austausches sowie die konstruktive Auseinandersetzung mit dem Erlebten in Anbetracht anderer Situationen oder Personen verstanden (vgl. van Haaster 2010, S. 53). Durch den Austausch und eine gemeinsame Reflektion könne sich die individuelle Erfahrung in eine Kollektive entwickeln, welche dadurch eine gewisse Validität erlange. Diese neu gewonnene Sachkenntnis könne dem professionellem Wissen entgegenreten und in der Praxis Anwendung finden (vgl. van Haaster 2010, S.52-57). Dies verspricht eine professionelle Qualität, im Sinne von theoretisch begründetem oder validem Erfahrungshandeln.

Neben den ExpertInnen aus Erfahrung können auch ExpertInnen durch Beruf (Professionelle) sowie die ExpertInnen durch Begleitung (Angehörige) benannt und deren Bedeutsamkeit herausgestellt werden (vgl. Mücke, Raetzer 2010, S. 157). Durch ihr meist langjähriges Mit-Erleben einer psychischen Störung und ihrer Auswirkungen können auch Eltern, PartnerIn etc. auf ein breites Erfahrungswissen über psychische Störungen und das (sozial-)psychiatrische Hilfesystem zurückgreifen. Diese triadische Zusammensetzung und -arbeit von ExpertInnen aus Erfahrung, ExpertInnen durch Begleitung sowie ExpertInnen durch Beruf präge die moderne Psychiatrie (vgl. Bock 2010, S. 22f.). Die Bezeichnung *Profi*, *professionell* und *Fachkraft* werde ich in dieser Arbeit auf die ExpertInnen durch Beruf, also ausgebildete Fachkräfte, beziehen (ÄrztIn, SozialarbeiterIn, psychiatrische FachpflegerIn etc.).

Oskar Klemmert grenzt den Personenkreis, aus dem sich ‚ExpertInnen aus Betroffenheit‘ entwickeln können, verstärkt auf Selbsthilfeaktivisten ein, die er auf grob 200 000 Personen in Deutschland schätzt (vgl. Klemmert 2001, S. 89). Er orientiert sich hier an Berechnungen des Instituts für sozialwissenschaftliche Analysen (ISAB) die von circa 70 000 Selbsthilfegruppen und 2,6 Millionen NutzerInnen ausgehen



(vgl. ebd.). Die Entwicklung dieser Expertenkultur werde einerseits durch die Nutzerkontrolle der Psychiatrie-Erfahrenen gefördert und werde andererseits in Wechselwirkung mit den dadurch erreichten Verbesserungen (qualitativ sowie kosteneffektiv) für die „Sozialversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände, Kommunen und Politiker“ (Klemmert 2001, S. 89) nochmals verstärkt. Den Begriff der Selbsthilfe orientiert Klemmert an der *sozialorientierten Selbsthilfegruppe* nach Christian von Ferber (1996), die sich folgenden Aufgaben widmet:

- „durch individuelle Beratungs- und praktische Unterstützungs-, Bildungs- und Freizeitangebote zu einer Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen beitragen,
- durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit öffentliches Bewusstsein für die Lebensbedingungen und die Lebenssituation der Betroffenen schaffen sowie materielle und immaterielle Unterstützung einwerben,
- durch politische Lobby-Arbeit Einfluß auf Versorgungsstrukturen und politische Entscheidungsprozesse zu nehmen versuchen
- sowie teilweise auch selbst zum ergänzenden oder subsidiären Anbieter von Dienstleistungen werden, die bislang von Kommunen, Sozialversicherungsträgern oder Wohlfahrtsverbänden eigenverantwortlich durchgeführt wurden“ (Klemmert 2001, S. 88).

Beispiel hierfür ist auch die Selbsthilfegruppe *Münchener Psychiatrie-Erfahrene e.V.* (MüPE), die Vorträge und Seminare anbietet, politisch agieren, sich für Verbesserungen im Gesundheitswesen einsetzen, als Beschwerde-Stelle auftreten und auch Selbsthilfeberatung anbieten (vgl. MüPE e.V. o. J., Über uns; Utschakowski 2007, S. 291).

Oskar Klemmert stellt in der folgenden Abbildung die Entwicklung von einem/einer Laien/Laiin zu professionellen ExpertInnen durch Erfahrung dar:

**Abbildung 1:** Stationen einer „Karriere“ vom Betroffenen zum Profi

1. Schicksalsschlag/ schwere Erkrankung/ psychische Krise/ gesellschaftliche Ausgrenzung
2. Kontakt mit Gleichbetroffenen/Selbsthilfegruppe
3. Entwicklung einer (Über-)Lebensstrategie dank der Unterstützung in der Selbsthilfegruppe
4. Übernahme von gelegentlichen Gemeinschaftsaufgaben für die Gruppe
5. „Aufstieg“ zum Gruppenleiter/ regelmäßigen Ansprechpartner/ Organisator/ Berater/ Betreuer/ Gremienvertreter etc.
6. „Ehrenamtsbegleitende“ Aus- bzw. Weiterbildung zum zertifizierten „Selbsthilfeunterstützer“ (oder in einem bereits existierenden Ausbildungsberuf)
7. Übernahme einer haupt- oder nebenamtlichen (bezahlten) Tätigkeit in unterschiedlichen Bereichen (z. B. Sozialversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeverbände, Weiterbildungseinrichtungen).

Quelle: Klemmert 2001, S. 90

In seinem 2001 gefertigten Bericht macht Klemmert Anmerkungen zu der wirklichkeitsnahen Umsetzung dieser Stationen. Er fügt hierzu an, dass derzeit (2001) die Stationen 1 bis 5 leicht realisierbar wären, während zu den Aus- und Weiterbildungen zunächst lediglich Vorformen zu finden seien und nur sehr selten die 7. Station, die Arbeitstätigkeit erreicht werde (vgl. Klemmert 2001, S. 90). Diese Entwicklung zu einem/einer ExpertIn aus Erfahrung als Qualifizierung auf dem Arbeitsmarkt wird nun gestützt und professionalisiert durch die Experienced Involvement Ausbildung, was den eben dargestellten Stationen zur Professionalität mehr Realität verleiht und sie verwirklicht werden.

### **1.1.3 Peer-Arbeit**

Die Bezeichnung *Peer* entstammt dem gleichnamigen englischen Begriff mit der Bedeutung ‚*Gleichrangiger*‘ und findet seinen Ursprung im Altfranzösischen ‚*per*‘ sowie dem lateinischen ‚*par*‘ mit der Bedeutung ‚*gleich*‘ (vgl. Duden 2000, S. 1006). *Peer* stehe „für eine Person von gleichem Rang oder gleichem Status bzw. für eine Person, die bezüglich eines bestimmten Kriteriums anderen Personen oder Personengruppen gleicht oder gleichgesinnt ist“ (Kempen 2007, S. 17). Folglich können Per-

sonen mit Psychiatrie-Erfahrung als Peers bezeichnet werden, da sie demzufolge eine Gemeinsamkeit haben, durch die sie miteinander verbunden sind. Dadurch werde eine gegenseitige Unterstützung ermöglicht, bei der die gemeinsame Erfahrung im Fokus stehe und zur Geltung komme (vgl. Utschakowski 2010d, S. 14). Die Arbeit von Peer-SpezialistInnen im (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystem lasse sich ableiten aus dem Peer-Counseling-Ansatz der Behinderten-Selbsthilfebewegung der 1960er bis 1970er Jahre in den USA (vgl. Freitag 2011, S. 30). Peer-Counseling stelle eine Form von Peer-Arbeit dar, bei dem einzelne Peers mit einzelnen Adressaten zusammenarbeiten (vgl. Kempen 2007, S. 22f.), um deren persönliche Anliegen zu besprechen und reflektieren sowie in der Bewältigung zu unterstützen (vgl. ebd. S. 25). Grundlage des Peer-Counselings sei der Empowerment-Gedanke (vgl. ebd.), der im folgenden Kapitel 1.1.4. erläutert wird.

Wie bereits erwähnt wurde, sind dagegen die Entwicklungen zu Peer-SpezialistInnen im psychiatrischen Bereich noch sehr jung. Die Initiative zur Peer-Arbeit entwickelte sich durch Unzufriedenheit der Psychiatrie-Erfahrenen, welche das herkömmliche System bereichern bzw. durch eigens initiierte Projekte Alternativen zur gängigen Psychiatrie (beispielsweise das Weglaufhaus Berlin) schaffen wollten (vgl. Utschakowski 2010d, S. 15f.; Knuf 2010, S. 33). Missstände sahen und sehen die AktivistInnen in den Diagnosestellungen, in bestimmten Behandlungsformen, wie Zwangsbehandlung oder in den Festschreibungen von psychischen Störungen als chronifizierte Verläufe ohne Genesungschance (vgl. Knuf 2010, S. 33).

Zu unterscheiden seien Peer-SpezialistInnen von Fachkräften, die eine Psychiatrie-Erfahrung aufweisen, da sich diese oftmals nicht outen und somit der typische Ansatz nicht zum Tragen kommen könne (vgl. Utschakowski 2010d, S. 18f). Allerdings verfügen auch diese über eine Doppelqualifizierung, weshalb ich mich in meinen Ausführungen teilweise auf sie beziehen werde. Abzugrenzen von professionellen Peer-SpezialistInnen sind auch die Angebote der Selbsthilfe. Obwohl sie einen Peer-Arbeit-Charakter aufweisen, liege der Unterschied hierbei in der Gegenseitigkeit der Hilfe (vgl. Utschakowski 2010d, S. 19f). Während die Selbsthilfe für beide Personen Ertrag bringe, gewähre die professionelle Peer-Arbeit lediglich dem/der KlientIn Unterstützung (vgl. ebd.). Zur Professionalisierung dieser Peer-Arbeit und Qualifi-

zierung von Peer-SpezialistInnen, bietet nun die Experienced Involvement Ausbildung die Gelegenheit.

Als Wegbegründer der Peer-Arbeit in Deutschland könne die Selbsthilfe-Bewegung, Recovery und Empowerment oder auch der Trialog (seit 1989) und die damit verbundenen Psychoseseminare verstanden werden (vgl. Bock 2010, S. 23-26; vgl. Knuf 2010, S. 33).

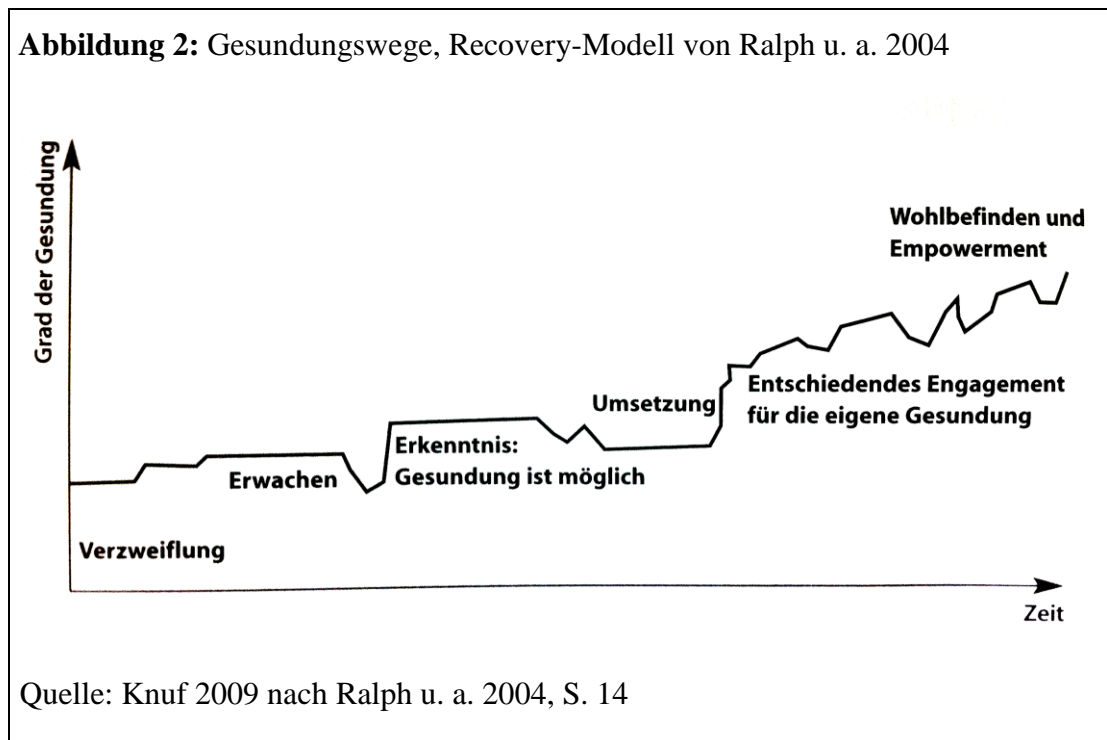
#### ***1.1.4 Recovery und Empowerment als Grundlage von Peer-Arbeit***

Der Begriff *Recovery* und die damit zusammenhängende Bedeutung der ‚Genesung‘ sei vielseitig interpretierbar, von einem Zustand „der sozialen Funktionsfähigkeit und anhand der Kontrolle oder Abwesenheit von Symptomen (soziale und klinische Kriterien)“ (Wolff 2009, S. 59f.) bis hin zu Recovery als Wachstum des Selbstbewusstseins oder der Persönlichkeit, dem Kontrollgewinn über das Leben (vgl. Wolff 2009, S. 59). Initiiert wurde die Recovery-Bewegung von, vermeintlich zu Unrecht bezeichneten, ‚chronisch psychisch Kranken‘, die eine solch pessimistische Zuschreibung abwenden wollten (vgl. Knuf 2010, S. 33; S. 41). Sie plädieren und engagieren sich für eine ‚neue‘ Psychiatrie, die den Fokus auf die Menschen richte, nutzerorientierte Leistungen biete und nach Optionen suche, wie ein zufriedenes Leben trotz Symptomen ‚funktionieren‘ kann (vgl. ebd.). Wolff (2009) zitiert eine Neudefinition des Recovery-Begriffes nach Roberts und Wolfson (2004) „als Prozess, in dessen Verlauf man erfährt, wie man mit anhaltenden Symptomen und Vulnerabilitäten leben kann (und zwar gut)“ (Roberts, Wolfson 2004, zitiert nach Wolff 2009, S. 59).

Um als Profi den Recovery-Prozess der KlientInnen zu unterstützen, sollen diese folgendermaßen als ExpertIn mit ihren persönlichen Fähigkeiten gesehen werden, die ihren individuellen Weg beschreiten, da es nicht den einen richtigen Weg zur Genesung gäbe (vgl. Wolff 2009, S. 58). Den Menschen dies zuzutrauen und Krisen als Chance zur Weiterentwicklung zu erachten, seien weitere Eckpunkte der Recovery-Kultur (vgl. ebd. S. 58f., S. 206). Weiterhin sei eine ressourcenorientierte Betreuung ausschlaggebend, die in einer respektvollen Beziehung, ohne autoritäre Machtausübung realisiert werde (vgl. ebd.). Ressourcenorientierung und Abkehr der defizitären Betreuungsformen seien zentral (vgl. Knuf 2010, S. 35ff.), was sich jedoch in der

Praxis der Betreuung als schwierig erweist und gewissermaßen speziell durch Gesamtplanverfahren zur Kostenübernahme beispielsweise verstärkt wird.

Der Gesundungsweg eines Menschen mit einer psychischen Störung sei gekennzeichnet durch verschiedene Phasen wie dem Erwachen, kleinen Veränderungen oder Aktivitätszunahme und sei eingebettet in ‚Zeit‘ – in Phasen der psychischen Störung, die krisenhaft aber auch hoffnungsvoll sein können (vgl. Knuf 2009 nach Ralph u. a. 2004, S. 14). Das nach Ralph u. a. aufgestellte Recovery-Modell zeigt den instabilen und demzufolge heiklen Weg einer Gesundung:



Die Schritte zur Gesundung verlaufen individuell, genauso wie der Begriff ‚Gesundung‘ variabel, als Kontinuum, verstanden werden müsse (vgl. Knuf 2009, S. 125). Der Recovery-Ansatz setzt „diese polarisierte Wahrnehmung (gesund-krank [...])“ (Knuf 2010, S. 35, Auslassung: H. S.) in den Hintergrund. „Genesung (Recovery) bedeutet nicht zwingend das Verschwinden von Symptomen, sondern auch einen anderen Umgang damit.“ (Utschakowski, Sielaff, Bock 2010b, S. 226). Das sozialpsychiatrische System müsse Recovery-orientiert ausgerichtet werden (vgl. Amering, Schmolke 2007, S. 98). Barrieren hierfür seien: das an psychische Störung

anhaftende Stigma, anhaltende Diskriminierungen im Versicherungssystem sowie die vielschichtige Aufteilung der psychiatrischen Versorgung (vgl. ebd.).

Seite an Seite mit dem Recovery-Ansatz gehe das Empowerment-Handlungskonzept (vgl. Haselmann 2008, S. 97). Dieses solle die Eigenmacht der KlientInnen stärken, um ihnen das Gefühl zu geben, Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zu haben und es selbst in die Hände nehmen zu können (vgl. ebd.). Dementsprechend können auch die Voraussetzungen für eine partnerschaftliche Behandlungskooperation zwischen Profi und Psychiatrie-Erfahrenen geschaffen werden (vgl. Krumm, Becker 2006, S. 60). Ein weiterer Ertrag des Empowerment-Konzeptes sei der Anspruch einiger Psychiatrie-Erfahrener und die dahingehende Unterstützung, sich politisch zu engagieren und Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, wie beispielsweise der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (vgl. ebd.). Empowerment stehe für die Emanzipation der Psychiatrie-Erfahrenen und die „Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss“ (Knuf 2010, S. 33). Es könne sowohl als Eigeninitiative zur Selbstermächtigung von Psychiatrie-Erfahrenen als auch in Form eines unterstützenden Konzeptes der Professionellen verstanden werden (vgl. Herriger o. J., Empowerment – Zugänge zu einem neuen Begriff). Statt einer defizitorientierten Arbeitsweise der Profis rückt der Blick auf die Ressourcen der KlientInnen, dementsprechend ihre Fähigkeiten, Kompetenzen oder auch ihre sozialen Netzwerke in den Mittelpunkt (vgl. Knuf 2009, S. 17ff., S. 22f.). Weitere Gesichtspunkte der Empowerment-Förderung seien die Unterstützung der Selbstbestimmung sowie ausreichende Information und Aufklärung der KlientInnen (vgl. ebd. S. 32, S. 99). Die Anerkennung der Psychiatrie-Erfahrung als Kompetenz, der Glauben an eine mögliche Gesundung im Sinne von Recovery, diverse Anstrengungen zur gesellschaftlichen Teilhabe oder auch der Mut, sich als Peer zu engagieren und politisch zu agieren zeugen von einem ressourcenorientierten Empowerment-Ansatz (vgl. Knuf 2010, S. 33).

Peer-Arbeit ist schon seit einiger Zeit im Leistungssystem der (Sozial-)Psychiatrie zu finden, allerdings zumeist im unbezahlten ehrenamtlichen Bereich. Hierfür bietet nunmehr die im Folgenden dargestellte Bildungsmaßnahme die Chance, dies zu professionalisieren, den Peer-SpezialistInnen einen Weg in ein Beschäftigungsverhältnis zu ebnet und die Weiterentwicklung der Psychiatrie zu fördern.

## 1.2 Experienced Involvement

*„Der Kreis schließt sich. Die Erfahrenen kehren zurück an den Ort ihrer Erfahrung und verändern ihn gleichzeitig.“*

(Utschakowski, Sielaff, Bock 2010b, S. 226).

### 1.2.1 Entwicklung des Projekts

Experienced Involvement (EX-IN) ist ein Ausbildungskurs für Psychiatrie-Erfahrene, der eine grundlegende Qualifizierung zur professionellen Arbeit im klassisch psychiatrischen sowie im sozialpsychiatrischen Bereich oder für eine Lehrtätigkeit bietet. EX-IN sei zunächst noch keine anerkannte Berufsausbildung sondern momentan lediglich ein Zertifikat (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung). Das Projekt Experienced Involvement wurde mit der Intention entwickelt, Psychiatrie-Erfahrene stärker mit ihren persönlichen Erklärungs- und Sichtweisen in den professionellen Bereich einzubinden, deren beruflichen Status zu verbessern und durch deren Einbindung eine Weiterentwicklung und qualitative Verbesserung der Leistungen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems zu fördern (vgl. Utschakowski 2010c, S. 86; Utschakowski 2010d, S. 19; Curriculum o. J., S. 1). Auch die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) spricht sich für aktives Engagement und Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener aus:

“Involving service users and their families is an important part of the mental health reform process. The mental health system exists for people with mental disorders and their families, and they can and should make important contributions to defining what works and how the mental health system can be improved. The evidence also demonstrates that the active involvement of people with mental disorders and their families improves the quality of services and care provided. They should also be actively involved in the development and delivery of education, to give mental health workers a better understanding of their needs.” (WHO 2005, S. 107f.)

Dementsprechend werde von der WHO die Fähigkeit und Kompetenz von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen anerkannt, angemessene und ‚wirksame‘ Hilfeleistungen als solche zu benennen, um somit das Hilfesystem zu verbessern. Angemerkt wird auch die Wichtigkeit, das Erfahrungswissen in die Lehre und Ausbildung von Fachkräften zu integrieren.

Psychiatrie-Erfahrene werden in der EX-IN Ausbildung dahingehend unterstützt, ihre persönlichen Erfahrungen reflektiert zu betrachten und sich Kompetenzen anzueignen, um als professioneller Genesungshelfer zu arbeiten oder sich als DozentIn in der Lehre, Fort- und Weiterbildung zu betätigen (vgl. Utschakowski 2010c, S. 86).

Die Bremer Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. sowie deren Fortbildungsträger F.O.K.U.S. mit Leiter Jörg Utschakowski (Sozialarbeiter), entwickelten die Idee, beantragten die EU-Förderung für dieses Projekt und strebten damit einen europaweiten Austausch und Fortschritt an (vgl. Utschakowski 2010c, S. 85). Die Entwicklung des Ausbildungskonzeptes sowie des Curriculums erfolgte in Kooperation mit Einrichtungen aus Norwegen, Schweden, den Niederlanden, England und Slowenien, und wurde vom europäischen Programm *Leonardo da Vinci* gefördert (2005-2007) (vgl. Utschakowski 2010a, S. 29f; vgl. Curriculum o. J., S. 1). Jedes beteiligte Land entwickelte ein Lehrmodul und die Ausbildung wurde in Deutschland mit zwei Pilotprojekten in Bremen und Hamburg erprobt (vgl. ebd.). Die Projektentwicklung zielte darauf ab, „Menschen, die schwere seelische Erschütterungen durchlebt hatten, auf Basis ihrer Erfahrung zu Genesungsbegleitern zu qualifizieren“ (Utschakowski 2010 a, S. 30) und somit Laienhilfe oder Ehrenamt zu professionalisieren, den Status von Peer-SpezialistInnen zu verbessern und deren Arbeitschancen zu erhöhen (vgl. Curriculum o. J., S. 1).

Während in den Niederlanden ein Kurs in Kooperation von Hochschulen und dem IGPB (Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid) (vgl. IGPB o. J., Home) sowie ein Studiengang ‚Psychiatrie-erfahrene Sozialarbeit‘ angeboten werde, sei in Schweden eine Hochschul-Ausbildung geplant; in der Schweiz sei diese bereits angelaufen. In Norwegen könne man ein ‚Training on the job‘ besuchen, welches beinahe 100 prozentigen Garantien für eine entgeltliche Beschäftigung biete. Demgegenüber werden England verschiedene individuelle Kurse und in Slowenien speziell Kurse mit Empowerment-Thematik angeboten (vgl. Utschakowski 2010e, EX-IN Ausbildung in Europa).

Die Zusammenarbeit und die Fülle an Erkenntnissen aller mitwirkenden Länder mache dieses Projekt so besonders und infolgedessen diese Ausbildung sehr bedeutend: Der Erfolg zeige sich sowohl in der Arbeitssituation der professionellen Genesungs-



helfer als auch in der (Weiter-)Entwicklung ihrer Persönlichkeit (vgl. Utschakowski 2010a, S. 30f.).

Der Einfluss, den Nutzer bzw. Psychiatrie-Erfahrene auf Leistungen und Strukturen des (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystems haben, soll und kann anhand dieser Professionalisierung erhöht werden (vgl. Utschakowski 2010c, S. 86). Dies werde sich positiv auf die Leistungszufriedenheit und die Antistigmatisierung auswirken (vgl. ebd.). Für Susanne Stier, Psychiatrie-Erfahrene, stehe Experienced Involvement dafür, die Haltung der Psychiatrie, der psychiatrischen Wissenschaft und den sozial-psychiatrisch Tätigen in Bezug auf Menschen mit psychischen Störungen zu hinterfragen und kritisch zu beleuchten (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung). Experienced Involvement als Perspektivwechsel und verglichen mit einem Diamant, bei dem die Psychiatrie-Erfahrung „in der Ausbildung geschliffen wird, um danach je nach Tätigkeitsbereich ein anderes Licht auf die vielen Facetten geworfen zu bekommen, gibt ein vielfältiges, buntes, oft schönes, oft auch weniger schönes Licht“ (Stier 2011, persönliche Mitteilung).

### ***1.2.2 Ausbildung und Curriculum***

Das Curriculum, Konzept der Experienced Involvement Kurse, wurde speziell für diese Ausbildung neu entwickelt und lege den Fokus auf die TeilnehmerInnen selbst und deren persönliche Erfahrungen (vgl. Utschakowski 2010c, S. 86f.). Kernpunkt der Qualifizierung sei die Fähigkeit zur Reflexion sowie ein anhand des eigenen Erlebten ein mit den anderen TeilnehmerInnen gemeinsam erarbeitetes und verstandenes Erfahrungswissen zu gestalten: das Wir-Wissen (vgl. ebd. S. 87).

„Wir-Wissen umfasst nicht nur das gemeinsam Erfahrene wie Stigmatisierung, Erschütterung, Konfrontation mit Zwängen etc., sondern auch das gemeinsam Verstandene. Wir-Wissen ist wichtig, um die eigene Erfahrung nicht vor-schnell zu generalisieren und um zu verhindern, dass (unerfüllte) Sehnsüchte und Wünsche auf andere übertragen werden.“ (Utschakowski 2010c, S. 87)

Für die Qualifizierung zu Experienced Involved GenesungshelferInnen oder DozentInnen sollen die BewerberInnen über Psychiatrie-Erfahrung sowie Selbsthilfee-fahrung verfügen und zugleich Offenheit für Gruppen-Prozesse zeigen (vgl. Stier, Meinhart 2010, S. 13). So erfordert beispielsweise die gemeinsame Reflektion des Erfahrenen und die Bildung von Wir-Wissen die Bereitschaft der Auszubildenden,

sich der Gruppe zu öffnen und diese Prozesse, die sich dort entwickeln können, zu unterstützen.

Neben den Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung müsse auch die Finanzierung der Kosten abgeklärt sein, welche sich je nach Ausbildungsort auf circa 2500 - 3000 Euro belaufen (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung). Dies sei oftmals problematisch und stelle eine große Zugangsbarriere dar (vgl. ebd.). Finanzierungswege der Ausbildung können neben persönlichen finanziellen Ressourcen das persönliche Budget, die Hilfe zur Wiedereingliederung oder Gelder von potentiellen Arbeitgeber, anderenfalls Stiftungsmitteln sein (vgl. EX-IN NRW o. J., EX-IN Kosten und Finanzierung; Stier 2011, persönliche Mitteilung). Zusätzlich hohe finanzielle Belastungen entstehen auch durch Fahrt- und Übernachtungskosten, da die Ausbildung noch nicht deutschlandweit flächendeckend angeboten werde und diese sich über einen gewissen Zeitraum erstrecke (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung).

Die Bremer EX-IN-Ausbildung mit 250 Stunden gliedere sich blockweise in 10 Module, welche sich nochmals in Basis- und Aufbaumodule halbieren (vgl. vgl. Utschakowski 2010c S. 87f.). Teilweise werden die Module auch auf mehrere Blocktermine aufgeteilt (vgl. EX-IN c/o Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. o. J., Fortbildungen). An beide Modulebereiche schließe sich ein mindestens 40-stündiges Praktikum. Dieses Ziel, das Bilden von Wir-Wissen, werde über folgende Modulinhalte geprägt: Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit, Empowerment, Erfahrungen und Teilhabe, Dialog und Recovery (vgl. Utschakowski 2010c S. 87f.; Utschakowski 2010a, S. 31; Curriculum o. J., S. 4-6). Das speziell dafür qualifizierte Team der Ausbildung werde vorzugsweise dialogisch zusammengesetzt, d. h. es seien psychiatrie-erfahrene Lehrende, Professionelle sowie Angehörige vertreten (vgl. Utschakowski 2010a, S. 31).

Lernziele der Experienced Involvement Ausbildung sind hier unter Anderem:

- „Einflüsse auf die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden beschreiben können, einschließlich der Bedeutung von persönlichen Netzwerken, Gemeindegemeinschaften und gesellschaftlichen Bedingungen. [...]
- Praxiskonzepte für Empowerment entwickelt haben. [...]
- Wissen über genesungsorientierte Dienste, Einrichtungen und Gruppen haben.“ (Curriculum o. J., S. 4-6; Auslassung: H. S.).

Zentrales Thema der Ausbildung sei das Erstellen eines Portfolios, welches eine Übersicht über Berufserfahrungen, Wissen und Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen bietet. Dieses Anschauungsmaterial der eigenen „Stärken“ unterstütze den Prozess der Internalisierung in das Selbstbild der Person. Zudem erfülle das Portfolio den Zweck einer ausgiebigen Informationsquelle für einen zukünftigen Bewerbungsprozess (vgl. Utschakowski 2010c, S. 89).

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme qualifizieren die ExpertInnen aus Erfahrung zu professionellen Peer-SpezialistInnen und ermöglichen die Mitarbeit verschiedenster Form im Hilfesystem. Die spezifische Ausbildung werde da von Nöten, wo die Psychiatrie-Erfahrenen an ihre Grenzen stoßen können: Leistungsansprüche und Innovationserwartungen seitens der Profis, Kritik und Skepsis der Profis oder eines interessiertes Fachpublikums. In diesen Fällen müssen sich die professionell ausgebildeten Psychiatrie-Erfahrenen ihren Fähigkeiten sowie ihren Grenzen bewusst sein, über Klarheit zu ihrem Standpunkt verfügen, Moderationstechniken beherrschen und Kenntnisse über das Versorgungs- und Hilfesystem vorweisen (vgl. Utschakowski 2007, S. 294f.). Darauf werden sie innerhalb der Ausbildung vorbereitet, was auch den Unterschied zu LaienhelferInnen ausmacht. Theorien und Methoden verhelfen den psychiatrie-erfahrenen Fachkräften abgesehen von erfahrungsorientiertem Handeln auch zu professionell begründeten Arbeitsweisen (vgl. Utschakowski 2010a, S. 31). Neben der Vermittlung von theoretischem Wissen werden die GenesungshelferInnen auch dahingehend angeleitet, eigene Überforderung wahrzunehmen und somit Burn-out vorzubeugen (vgl. Utschakowski 2010c, S. 88). Wie die praktische Arbeit eines/einer GenesungshelferIn aussieht und welche Möglichkeiten sich durch diese Ausbildung ergeben wird im Folgenden aufgezeigt.

### ***1.2.3 Perspektiven durch Experienced Involvement***

Die Experienced Involvement Ausbildung bietet sowohl den Psychiatrie-Erfahrenen als auch dem gesamten (sozial-)psychiatrischen Bereich eine große Bandbreite an Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Die Effekte reichen von den privaten Lebensumständen der Peers bis zu den Leistungen und Strukturen des Hilfesystems.

Eine psychische Störung bringt erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitssituation Psychiatrie-Erfahrener mit sich. Ein Projektbericht des Vereins Aktion Psychisch

Kranke e.V. Bonn legt dar, dass Maßnahmen der Arbeitsförderung und Wiedereingliederung nach dem SGB II und SGB III oder eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 33 SGB IX nur eingeschränkt möglich seien (vgl. APK 2010, S. 41f.). Dies begründe die hohe Rate an Beschäftigungslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeitsverrentung von Menschen mit ‚chronifizierten psychischen Störungen‘ (vgl. ebd. S. 42). Durch die EX-IN Qualifizierung zum/zur GenesungshelferIn und den damit einhergehenden persönlichen Entwicklungen öffne sich der Arbeitsmarkt für die Peers (ob Minijob, Teilzeit oder sogar Vollzeit), wodurch sich verschiedene Tätigkeitsmöglichkeiten ergeben können und unter Umständen sogar eine Berentung abgewendet werden kann. Sozialversicherungen werden eingezahlt und der finanzielle Lebensstandart kann sich im Vergleich zu vorherigen Chancen erhöhen. Desweiteren könne die Strukturierung des Alltages durch die Arbeit sich positiv auf die psychische Stabilität auswirken. Neben Einsatzmöglichkeiten im (sozial-)psychiatrischen Bereich gebe es auch EX-IN Absolventen, die wieder in ihren erlernten Beruf zurück finden oder, dank gestärktem Selbstbewusstsein, eine Ausbildung oder ein Studium beginnen (vgl. Utschakowski 2010a, S. 31).

Utschakowski berichtet neben einer Verbesserung der Arbeitsplatzchancen von einer ‚positiven Auswirkung auf das Selbstwertgefühl und die Integration der seelischen Erschütterung in das Selbstkonzept‘ (Utschakowski 2010a, S. 31). Diese Perspektiven wiederum wirken sich förderlich und stabilisierend auf die Identität einer Person aus, was im Gegenzug auch den Recovery-Prozess unterstütze. Um den KlientInnen eine identitätsfördernde Betreuung oder Beratung zu bieten und sie dadurch in ihrer Stabilisierung zu unterstützen, ist es nach Knuf (2007) für Profis unabdingbar, ‚die Erfahrungen und die Probleme aus der Klientensicht zu sehen‘ (S. 118). Dies könne durch die Integration von Peer-SpezialistInnen und somit der professionellen Nutzerbeteiligung gewährleistet werden. Auch eine wirksame Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit trage hierzu bei (vgl. ebd.). Diese Identitätsstabilisierung stehe ebenso in Zusammenhang mit dem Abbau von (Selbst-)Stigmatisierung der KlientInnen aufgrund ihrer psychischen Störung (vgl. Rätke 2010, S. 135). GenesungshelferInnen, welche bereits in der professionellen Arbeit tätig sind, berichten von Steigerung des Selbstwerts und Möglichkeiten des Abbaus von Stigmatisierung (vgl. ebd.).

Die Experienced Involvement Ausbildung könne als Weiterführung der Psychiatriereform verstanden werden und bedeute zugleich einen weiteren Schritt hierfür: ein neues Krankheitsverständnis sowie die Etablierung des dialogischen Gedankens (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung). Die Qualifizierung habe desweiteren die Intention, der hohen Nutzerunzufriedenheit entgegenzuwirken (vgl. Tooth u.a. 1997, zitiert nach Utschakowski 2007, S. 278), damit sich die (Sozial-)Psychiatrie langfristig in ein bedürfnisnahes und nutzerorientiertes Hilfesystem entwickeln kann. Grundlage hierfür sei, „dass Nutzer psychiatrischer Dienste mehr als jeder andere darüber wissen, was in der Planung, Entwicklung und Organisation von Versorgung notwendig ist“ (Lloyd/King 2003, zitiert nach Utschakowski 2007, S. 278). Aus diesem Grund stellt Spiegelberg (2010), Dipl. Sozialpädagoge, Leiter eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes und erfahren in der Zusammenarbeit mit Peers, einen zweifachen Nutzen der Einbeziehung von Peers heraus: Aufbau bedürfnisnaher Leistungen sowie die Möglichkeit der Wahrnehmung der Sichtweise von Psychiatrieerfahrenen (vgl. S. 144f.). Der (sozial-)psychiatrische Bereich könne sich durch die Anstellung von Peers qualitativ weiterentwickeln (vgl. ebd. S. 145). Dies sei jedoch mit großen unternehmerischen Anstrengungen verbunden (vgl. ebd.). Auch aus ökonomischen Gesichtspunkten trage der Einsatz von EX-IN qualifizierten GenesungshelferInnen in der Praxis (Betreuung, Konzeption/Planung oder auch Forschung) zu individuellen und bedürfnisnahen Leistungsangeboten bei, was wohlgerne auch für Einrichtung und Kostenträger einen kosteneffizienten Aspekt darstelle (vgl. Krumm, Becker 2006, S. 59).

Sybille Prins, Psychiatrie-Erfahrene, konstatiert in ihrem Artikel zur Nutzerkontrolle in der Psychiatrie die anhaltende dürftige Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen in die Politik und Struktur der psychiatrischen Versorgung (vgl. Prins 2003, S. 112-117). Sie berichtet weiter über ihre Wahrnehmung, die Nutzerkontrolle werde seitens der Fachkräfte als unangenehm und mühevoll empfunden (vgl. ebd. S. 116f.). Als ein Auflehnen der Unprofessionellen gegen professionell Ausgebildete (vgl. ebd.), deren beider Wissen und Kompetenzen grundverschieden und nicht miteinander vereinbar zu sein scheinen (vgl. Klemmert 2001, S. 95). Auch hier biete die Ausbildung zum/zur EX-IN-GenesungshelferIn und DozentIn eine Grundlage für mehr Gleichberechtigung und somit für eine höhere Qualität seitens der Fachkräfte und eine Verbesserung der Leistungen für Psychiatrie-Erfahrene. Durch die Integration Psychiat-

rie-Erfahrener und deren Sichtweisen in die Praxis könne eine Behandlung sichergestellt werden, welche die Identität der KlientInnen nicht gefährdet (vgl. Seibert 2007, S.118). Die Bildung der eigenen Persönlichkeit sei ein wichtiger Prozess in Bezug auf die psychische Stabilität der Person, abgrenzend vom medizinischen Krankheitsbild und der Bezeichnung der Chronifizierung (vgl. Seibert 2007, S. 116ff.).

Ein weiterer vielversprechender Faktor der Experienced Involvement Qualifizierung ist, wie bereits kurz angedeutet wurde, die Anti-Stigma-Wirkung, da der Stigmatisierungsprozess von Psychiatrie-Erfahrenen nicht nur seitens der Gesellschaft sondern auch von Mitarbeitern des (sozial-)psychiatrischen Systems verstärkt werde (vgl. Utschakowski 2010a, S. 33). Die Einbeziehung der EX-IN GenesungshelferInnen könne das Stigma der psychischen Störung in das Gegensätzliche umkehren und aus dem bisherigen defizitären Nachteil eine vorteilhafte Ressource bilden. Dies prononciere die Recovery-Fähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen sowohl gegenüber KlientInnen als auch KollegInnen. Anderen psychiatrie-erfahrenen Menschen eröffne dies die Option zum Abbau der Selbststigmatisierung während den kollegialen Mitarbeitern die Berechtigung zur Gleichbehandlung verdeutlicht werde. Letzteres zeige sich deutlich in den Ausbilderkursen für EX-IN, in denen Profis zusammen mit EX-IN Absolventen geschult und darauf vorbereitet werden, bei der Experienced Involvement Ausbildung als Dozent tätig zu sein und gleichberechtigt zusammen zu arbeiten, so Utschakowski (2010a) (vgl. ebd.). Die Fortbildungsangebote für KursleiterInnen tragen dazu bei, dass der Experienced Involvement Gedanke sowie die Ausbildung sich verbreiten kann.

#### ***1.2.4 Aktuelle Bestandsaufnahme: Deutschland und insbesondere München***

Experienced Involvement Ausbildungskurse haben sich seit der Erprobung in Hamburg und Bremen mittlerweile deutschlandweit verbreitet und werden gegenwärtig in folgenden Bundesländern, Regionen oder Städten angeboten: Bremen, Hamburg, Berlin, Hannover, Stuttgart, Köln, Bonn/Rheinsieg, Schleswig-Holstein, Ost-Westfalen-Lippe (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung; EX-IN Deutschland o. J., Startseite). Im Jahr 2010 konnten deutschlandweit ca. 160 KursteilnehmerInnen registriert werden, wovon 80 Prozent den Kurs abschlossen hätten (vgl. Utschakowski 2010a, S. 31).

Beispiele für Einrichtungen, in denen Psychiatrie-Erfahrene schon vor einer Möglichkeit zur professionellen Ausbildung integriert waren und arbeiten seien u. a. das Weglaufhaus in Berlin, mit 50 Prozent psychiatrie-erfahrenen MitarbeiterInnen oder die Offene Herberge e.V. in Oberesslingen, die mehrheitlich von Psychiatrie-Erfahrenen organisiert werde (vgl. Utschakowski 2007, S. 282). Auch Psychose-Seminare und der Trialog haben sich in den letzten Jahren deutschlandweit verbreitet und trage zur Bildungsfunktion von Personen mit Psychiatrie-Erfahrung bei (vgl. ebd. S. 286f.); genauso wie die Expertenpartnerschaft in Bremen oder Für alle Fälle e.V. (FAF) in Berlin. Diese biete psychiatrischen Fachkräften Schulungen durch Psychiatrie-Erfahrene an (vgl. ebd. S. 288ff.). In Deutschland fehle noch ein Forschungsinstitut, welches betroffenenorientierte Forschung praktiziere, wie das Institut für Nutzerbeteiligung und Parteinahme in Amsterdam, in dem Psychiatrie-Erfahrene aktiv an der Forschung mitwirken (vgl. Utschakowski 2007, S. 285). Durch eine Professionalisierung der Psychiatrie-Erfahrenen im Sinne der EX-IN Schulung öffnen sich möglicherweise auch die Türen zur regulären Forschungsarbeit.

EX-IN soll zukünftig auch in Bayern etabliert werden. Nach einer anfänglichen Bildung der ‚Arbeitsgemeinschaft EX-IN Bayern‘ wurde im Februar 2010 ein ‚Runder Tisch EX-IN‘ gegründet, sowie ein offenes Forum aus VertreterInnen der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE), der Bayerischen Psychiatrie-Erfahrenen (BayPE), dem Bündnis für psychisch erkrankte Menschen (BASTA) und der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (BayGSP), um das Angebot und die Gestaltung der Qualifizierungsmaßnahme in München zu erörtern (vgl. Stier, Meinhart 2010, S. 16; vgl. Meinhart 2011, persönliche Mitteilung).

Der Runde Tisch entwickelte sich sehr dynamisch und hatte anfangs verschiedene Ziele: EX-IN über Lobbyarbeit bekannt zu machen, ein Ausbildungsinstitut zu initiieren oder sogar eine eigene Peer-Support-Ausbildung zu entwickeln, was sich letztlich jedoch zerworfen hatte. So wurde der Runde Tisch nach der Einigung auf das Bremer Ausbildungskonzept aufgelöst und es bildete sich Anfang 2011 die Trialogische Arbeitsgemeinschaft (TAG) EX-IN Bayern, ein Gremium mit einem geschäftsführenden Ausschuss, der aus zwei Psychiatrie-Erfahrenen, einer Angehörigenvertreterin und einem professionellen Vertreter besteht. Aktuell verab-

schiedet wurde, im zweiten Jahresquartal 2011, die Satzung bzw. Geschäftsordnung der TAG EX-IN Bayern, welche allerdings keine Rechtsform hat. Die wesentliche Intention war, durch grundlegende Öffentlichkeitsarbeit EX-IN in Bayern zu organisieren, in der (sozial-)psychiatrischen Szene und in der Politik publik zu machen. Geplant ist gegenwärtig einen Experienced Involvement Kurs im Frühjahr/Frühsummer 2012 in München zu starten. Schwierigkeiten zeigen sich in der Planung der Finanzierung der Kurskosten. Hier werden noch Kooperationspartner gesucht, die der Ausbildung als ‚Träger‘ dienen und ihre Infrastruktur zur Verfügung stellen. Daneben können kleinere Einrichtungen als Partner agieren. Dies hat einerseits den Vorteil, dass die Bekanntheit des Projektes steigt und ein größeres politisches Interesse den potentiellen Kostenträgern gezeigt werden kann. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass diese partnerschaftlichen Träger oder Einrichtungen mit ‚Ausfallbürgschaften‘ dienen, um mögliche Kosten eines Teilnehmers ausfalls zu decken. Es könne mit einer kurzfristigen Veränderung bzw. Minderung der Anzahl von Kursteilnehmer von 10 bis 20 Prozent gerechnet werden. Die Kosten für die Besucher der Qualifizierungsmaßnahme werden sich voraussichtlich auf circa 2000 Euro belaufen. Der Kurs wird 20 Plätze bieten und das Interesse dafür scheint hoch zu sein, so die bisherige Einschätzung nach Thomas Meinhart (vgl. Meinhart 2011, persönliche Mitteilung).

Aufgrund dieser regen und ereignisreichen, wenn auch im Vergleich zu anderen Bundesländern verzögerten, Entwicklung kann auch mit einer zunehmenden Präsenz des Themas Experienced Involvement und der GenesungshelferInnen in der Praxis des bayerischen Sektors gerechnet werden.

### **1.3 Erfahrungswissen und Untersuchungen zur Praxis von Peer-SpezialistInnen**

Untersuchungen bezüglich der Experienced Involvement Ausbildung sind zum aktuellen Zeitpunkt rar. Somit beziehe ich mich in folgenden Ausführungen sowohl auf Erkenntnisse aus der Peer-Arbeit und auf englischsprachige Studien zur Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in Forschungsvorhaben als auch auf Erfahrungsberichte von Experienced Involved GenesungshelferInnen und DozentInnen und Fachkräften mit eigenen Psychiatrie-Erfahrungen. Zunächst möchte ich auf grundlegende Studienergebnisse zur Effektivität von Peer-Arbeit aus den USA eingehen. Entsprechend mei-



nem Erkenntnisinteresse konzentriere ich mich im Weiteren auf Erfahrungen bezüglich der Teamsituation, im Bereich Arbeit und Einkommen und über die Akzeptanz der besonderen Kompetenzen von Peer-SpezialistInnen

### ***1.3.1 Wirksamkeit von Peer-Arbeit***

Die Funktionalität und Wirksamkeit der Experienced Involvement Ausbildung hinsichtlich der KlientInnenbetreuung, und somit der Nutzen des Einsatzes von EX-IN GenesungshelferInnen, wurde in Deutschland noch nicht evaluiert. Jörg Utschakowski erstellte zu dieser Thematik einen forschenden Fragebogen, welcher jedoch wegen zu geringen Rücklaufs keine verwertbaren Ergebnisse ergab (vgl. Utschakowski 2011, persönliche Mitteilung). Demzufolge werde ich meine folgenden Ausführungen auf Studien der Yale University zur Peer-Arbeit beziehen, welche in dem Artikel ‚Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence‘ (Davidson et. al. 1999, S. 165) prägnant zusammengestellt wurden.

So zeigt beispielsweise eine Studie nach Felton et. al. (1995) den Erfolg von der Zusammenarbeit von Professionellen mit Peer-SpezialistInnen. Er untersuchte drei Teams, wovon eines alleinig aus Profis bestand, das Zweite setzte sich aus Profis und einem/einer paraprofessionellen AssistentIn zusammen während das dritte Team von einem/einer professionellen Case-ManagerIn in Zusammenarbeit mit einem/einer Peer-SpezialistIn gebildet wurde. Diese dritte Konstellation konnte bei gleichem Erfolg bezüglich der Lebensqualität und den Symptomen wie die Vergleichsgruppen durch eine höhere Zufriedenheit ihrer KlientInnen überzeugen. Diese gaben neben der erhöhten Lebenszufriedenheit den positiven Aspekt auf die finanzielle Situation und die Reduzierung von „life problems“ an. Den Kontakt zu den KlientInnen konnte das Team mit Peer-SpezialistInnen stabil halten, während die anderen Teams eine Reduzierung des Kontakts während des Betreuungsverlaufs verzeichnen mussten (vgl. Davidson et. al. 1999, S. 177).

**Abbildung 3: Consumers as providers**

**Table 2. Consumers as providers**

Study	Sample	Program Description	Method	Conclusions
Sherman & Porter (1991)	25 persons who met the Colorado Division of Mental Health criteria for chronic mental illness	Recruits received extensive classroom and supervised on-the-job training in basic clinical and case management skills.	<i>Feasibility study:</i> tracked training completion rates, employment rates, hospitalization rates of the case managers, and conducted verbal surveys assessing productivity and satisfaction	18 completed the training and became gainfully employed; the case managers had a total of only two hospitalization days for the entire sample in over 2 years of employment; supervisors and case managers were highly satisfied; in general, case managers performed duties for which they were trained.
Stoneking & Greenfield (1991)	Eight Consumer Support Service Coordinators (SCs) (persons with a history of mental illness and hospitalizations)	22 mental health consumers completed training to be consumer case managers (SCs). Eight were chosen to work in a Case Management Service agency, paired with nonconsumer case managers (CMs), and served about 80 clients; SCs used a self-help framework to help clients develop their social networks, use their strengths to live in the community, use community resources, obtain and maintain housing, use public transportation, and obtain benefits.	<i>Feasibility study:</i> SCs, of the SC-CM pairs, were compared to trainees not chosen (OT) on level of functioning (Ohio Level of Functioning scale) and symptomatology (Hopkins Symptom Checklist-40)	Few differences existed between the CMs and the OTs on functioning and symptomatology; the CMs decreased their amount of social activities after 3 and 6 months of employment; CMs had more social activities than OTs before and after training and after 3 and 6 months of employment.
Lyons, Cook, Ruth, Karver, & Slagg (1996)	Four consumer providers (history of hospitalizations and medication use)	A Mobile Assessment Unit (MAU) in Chicago provides crisis intervention and referral services on a 16 hr/day basis.	<i>Feasibility study:</i> dyads formed naturally at the beginning of each shift; job performance of consumer dyads (either one or two consumers present) was compared to nonconsumer dyads	Despite serving essentially the same clients, the consumer dyads did more mobile outreach and were less likely to be dispatched in an emergency; authors conclude consumers can be a valuable addition to the MAU.
Mowbray, Moxley, Thrasher, Bybee, McCrohan, Harris, & Clover (1996)	Nineteen Peer Support Specialists (PSSs), who all had significant psychiatric histories	WINS (Work Incentives and Need Study), funded by the Center for Mental Health Services to increase vocational opportunities for clients already receiving services from case management teams.	<i>Feasibility study:</i> quantitative summaries from Service Activity Logs form; focus groups of the PSSs	Authors concluded that PSSs performed the activities necessary for vocational services; sharing a common bond enhanced the relationship between the PSSs and their clients; PSSs demonstrated job sophistication and professional skills; and PSSs experienced significant role confusion (e.g., "Am I a friend or a clinician?") and did not feel adequately compensated for their work.
Felton, Stasiny, Shern, Blanch, Donahue, Knight, & Brown (1995)	104 clients with serious mental illness	Clients were served by one of three teams: (1) nonconsumer case managers only, (2) nonconsumer case managers plus nonconsumer paraprofessional assistants, and (3) nonconsumer case managers plus peer specialists, who performed case management services using a model similar to the model of Stein & Test (1978), including 24-hr availability, assertive outreach, advocacy, and a rehabilitation orientation.	<i>Outcome assessment:</i> compared the clients of these teams on self-image, quality of life, outlook, program engagement, and community tenure	All clients improved over time on quality of life and on symptoms, but clients of team 3 were more satisfied with their living situations and finances and reported fewer life problems (assessed perceptions and objective indicators) compared to the two nonconsumer groups; client contact by team 3 remained steady over the 18 months but decreased for teams 1 and 2, perhaps because the consumer providers may have affected their nonconsumer teammates positively; there were no differences between teams 1 and 2, which led the authors to suggest the contributions by the consumer providers accounted for the differences in client outcomes.
Solomon & Draine (1993, 1994a, 1994b, 1995a, 1995b, 1995c, 1995d, 1996)	96 clients with a major mental disorder and histories of hospitalization	Two case management teams (one made of all consumers, the other made of nonconsumers) provided intensive case management services based on Stein & Test (1978), including 24-hr availability, assertive outreach, advocacy, and providing services in the clients' natural environments.	<i>Outcome assessment:</i> clients randomly assigned to each team and compared on a variety of standardized measures of functioning and symptoms over a 2-year period.	No differences generally were found between the two groups on nondisposable income, social network size, client contact by team 3 remained steady over the 18 months but decreased for teams 1 and 2, perhaps because the consumer providers may have affected their nonconsumer teammates positively; there were no differences between teams 1 and 2, which led the authors to suggest the contributions by the consumer providers accounted for the differences in client outcomes.

Quelle: Davidson et. al. 1999, S. 176f.

Ein oftmals diskutiertes Thema bezüglich der Mitarbeit von Peer-SpezialistInnen ist die Nähe-Distanz-Regelung zwischen EX-IN GenesungshelferInnen und KlientInnen. Während Profis in ihrer Ausbildung dazu angehalten werden, Distanz zu wahren, können sich Peers öffnen, ihre Erfahrungen solidarisch teilen und seien „als Personen spürbar“ (Knuf 2010, S. 44). In Studien stellte sich heraus, dass gerade diese offene Haltung den KlientInnen helfen könne und von ihnen bevorzugt werde (vgl. Baer u. a. 2003, zitiert nach Knuf 2010, S. 44; vgl. Borg, Kristiansen 2004, zitiert nach Knuf 2010, S. 44). Infolgedessen zeigt sich die Anstellung von Peers besonders im Bereich des persönlichen Kontaktes und der Beziehung als erfolgversprechend.

Silvia Krumm und Thomas Becker (2006) stellten heraus, dass die Einbeziehung von Nutzern psychiatrischer Angebote in die Forschungsarbeit zur qualitativen Verbesserung führe, da die Nutzerorientierung der besseren Spezifizierung der Leistungen diene, was auch aus ökonomischen Gründen ein fortschrittlicher Zugewinn sei (vgl. S. 61). Desweiteren könne das herkömmliche „Gefälle zwischen Forschenden und Beforschten [...] überwunden werden – aus Beforschten werden Forschende.“ (ebd. S. 61; Auslassung: H. S.). Krumm und Becker betonen, dass die psychiatriee erfahrenen Forscher über eine qualifizierende Ausbildung und auch anleitende Unterstützung verfügen sollten, um die Qualität der Forschung und den Erfolg sicherzustellen (vgl. ebd. S. 64). Damit auch im deutschsprachigen Raum Nutzer in die Versorgungsforschung eingebunden werden können, könnte Experienced Involvement zu diesem Zweck die Grundlagen für die Befähigung von Psychiatrie-Erfahrenen bieten.

Aufgezeigte Einblicke in Studien zur Peer-Arbeit zeigen, dass die Einbeziehung der Nutzer speziell im Bereich des Kontaktes und der Beziehungsebene zu KlientInnen zum Tragen kommen, was sich im (sozial-)psychiatrischen Bereich aufgrund des Machtgefälles von Profis oftmals als Schwierigkeit manifestiert. Die Perspektiven, die sich für das Team ergeben und aus dem Mitwirken von Peer-SpezialistInnen resultierende Herausforderungen werde ich im Folgenden darstellen.

### ***1.3.2 Situation im Team***

Die Beschäftigungssituation von Experienced Involved GenesungshelferInnen sowie deren Aufgabengebiet bzw. Rolle und das damit einhergehende Arbeitsklima im Team stellen sich unterschiedlich dar.

Während manchen Peers mit Skepsis und Distanz entgegengetreten wurde, berichteten Andere über Unterstützung, positive Rückmeldungen und entgegengebrachtes Interesse (vgl. Wiedemann 2010, S. 117; Bodzin 2010, S. 107f.). Sie agieren als VermittlerInnen zwischen professionell Tätigen und den KlientInnen, zu welchen sie vertrauensvolle Beziehungen knüpfen können (vgl. Wiedemann 2010, S. 117; Wolters 2010, S. 125). Auch für die Tätigkeit als Dozentin eines Lehrauftrags im Studium der Sozialen Arbeit erhielt eine Peer-Spezialistin bestärkendes Feedback (vgl. Wiedemann 2010, S. 119). Utschakowskis Erfahrungen zufolge führe eine unklare

Rollendefinition und individuelle Position von GenesungshelferInnen in der Praxis zu Unstimmigkeiten im Team, was zu Konflikten führen könne (vgl. Utschakowski 2010b, S. 71f.). Des Weiteren verstärke eine gewisse eigene Unsicherheit und fehlendes Selbstvertrauen den Prozess der Gleichberechtigung und der Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe (vgl. Bodzin 2010, S. 107f.).

Die typische Rollenkonstellation einer Betreuung oder Behandlung, die eine Distanz zwischen Fachkraft und KlientIn abverlangt, könne aufgehoben werden, da der/die EX-IN-GenesungshelferIn in der Funktion des/der Peer-SupporterIn seine/ihre persönlichen Erfahrungen mit in die Beziehung einbringe und eher ein freundschaftliches Verhältnis knüpfen könne (vgl. Utschakowski 2010b, S. 72). Für eine funktionierende Zusammenarbeit im Team sei es daher dringend notwendig, dass dieser Unterschied im Umgang mit Klientel von Professionellen toleriert werde (vgl. ebd.). Konfliktpotential ergebe sich nach Wolters (2010) auch durch fehlendes Wissen der (sozial-)psychiatrisch Tätigen über Ausbildung, Rolle oder Aufgabengebiet der EX-IN-SpezialistInnen und verursache Konkurrenzgedanken, Neid, Hierarchie-Verschiebung bis zur möglichen Teamspaltung (vgl. Wolters 2010, S. 124.). Dies entstehe teilweise auch aus der Furcht der Professionellen um ihren Arbeitsplatz und die Anerkennung ihrer Kompetenzen (vgl. ebd.). Die komplexen Schwierigkeiten zeigen sich auch in Sachen Entscheidungsmacht oder Autonomie (vgl. Utschakowski 2010c, S. 90).

Claus Rähke (2010), EX-IN Genesungshelfer und Öffentlichkeitsarbeiter bei Irrtu(r)m, stellte in einer Interview-Untersuchung von fünf EX-IN AbsolventInnen eine gute Zusammenarbeit zwischen Peers und den Professionellen fest, die durch große Akzeptanz, erfolgreicher Integration und Gleichberechtigung geprägt sei (vgl. S. 133). Durch individuelle Vereinbarungen und flexible Arbeitsbedingungen, wie z. B. der Möglichkeit zur Gleitzeit, konnten für manche GenesungshelferInnen rücksichtsvolle Arbeitsplätze gestaltet werden, die durch Respekt und Rückhalt der KollegInnen geprägt seien (vgl. ebd. S. 134). Diese hilfreiche Flexibilität und Erleichterung für Peer-MitarbeiterInnen zu Zeiten unbeständiger psychischer Stabilität könne allerdings von vielen Einrichtungen und Diensten nicht uneingeschränkt angeboten werden, da den Peers kein Sonderstatus zugesprochen werden könne (vgl. ebd. S. 135). Somit werde den GenesungshelferInnen trotz krisenhafter Phase ihre Arbeits-

leistung abverlangt, was durch starken Teamrückhalt zwar unterstützt, jedoch nicht aufgefangen werden könne (vgl. ebd. S. 135f.). Erschwerend komme hinzu, dass die GenesungshelferInnen zugleich mit dem Stabilisierungsprozess ihrer psychischen Gesundheit beschäftigt seien (vgl. ebd.). Insofern müsse man sich als Peer immer wieder beweisen (vgl. Utschakowski 2010b, S. 73) und sich darüber bewusst sein, Pionier-Arbeit zu leisten, so Spiegelberg, Dipl. Sozialpädagoge (vgl. Spiegelberg 2010, S. 142f.).

Notwendig sei es insofern, die offene Kommunikation im Team zu fördern, ausreichende Informationen über die Experienced Involvement Ausbildung zu gewähren und die Integration der Peers im Team, in Übereinstimmung und Überzeugung aller Teammitglieder, zu unterstützen (vgl. Spiegelberg 2010, S. 142; Wolters 2010, S. 126). Für ein erfolgreiches Miteinander sei das Peer-Wissen als konkurrenzloses Ergänzungswissen anzusehen – nicht als Ersatz (vgl. Spiegelberg 2010, S. 143; Wolters 2010, S. 126). Aufgaben der Einrichtungsleitung bzw. des/der Zuständigen seien: die Vorbereitung des Teams und des Settings auf den/die GenesungshelferIn, das aktive Wahrnehmen des Peers als Solchen/Solche mit seinem/ihrem spezifischen Wissen bzw. auch Grenzen sowie ihm/ihr als Unterstützungs- und Kontaktperson zur Verfügung zu stehen (vgl. Spiegelberg 2010, S. 142f.; Wolters 2010, S. 126). Neben der Integration des Peers in das Team ist auch die Möglichkeit der Beschäftigung und der Bezahlung ein Gegenstand, der Beachtung finden sollte.

### ***1.3.3 Beschäftigungsverhältnis und Einkommen***

Wie unter 1.2.3. bereits dargestellt, ist die Arbeitssituation von Psychiatrie-Erfahrenen mit großen Barrieren versehen. Die beruflichen Möglichkeiten und finanziellen Erträge, die sich durch die Experienced Involvement Qualifizierung ergeben, werde ich im Folgenden darstellen.

Sowohl Jörg Utschakowski als auch Claus Rähke bestätigen den Erfolg der Ausbildung. Über 50 Prozent der AbsolventInnen des EX-IN Kurses hätten eine bezahlte, sozialversicherungspflichtige Arbeitsstelle oder einen sogenannten Minijob bekommen (vgl. Utschakowski 2010c, S. 90). Auch Rähke berichtet über Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt, wobei es sich sowohl um 400-Euro-Jobs als auch Teilzeit-Stellen bis zu 30 Wochenstunden handle (vgl. Rähke 2019, S. 132f.), die zufrieden-

stellend entlohnt werden würden, so die mehrheitliche Beurteilung der Peers (vgl. ebd. S. 135). „Sie arbeiten in psychiatrischen Wohn- und Altenheimen, im Betreuten Wohnen, in der ambulanten Pflege und in der Öffentlichkeitsarbeit mit Betroffenen“ (ebd. S. 133).

Susanne Stier spricht von schätzungsweise 95 Prozent aller arbeitenden EX-IN GenesungshelferInnen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen. Fraglich sei demzufolge auch, ob die EX-IN Ausbildung der publizierten Chance zum 1. Arbeitsmarkt gerecht werde, oder ob sie generell eher dazu diene, Psychiatrie-Erfahrene zu ‚ermächtigen‘, um zu arbeiten oder aufklärerische und öffentlichkeitswirksame Arbeit zu betreiben. Bedacht werden müsse jedoch auch, dass viele GenesungshelferInnen in der Erwerbsunfähigkeitsrente seien und es daher auch ratsam sei, dies aufrecht zu erhalten, da EX-IN noch nicht die Sicherheit für eigenständiges Berufsleben bietet und desweiteren die Peers in ihrer Belastbarkeit teilweise eingeschränkt seien, was auch den Grund ihrer Erwerbsminderung darstelle (vgl. Stier 2011, persönliche Mitteilung). Somit liege die hohe Zahl an geringfügigen Beschäftigungen nicht daran, dass Chancen nicht wahrgenommen werden, sondern vielmehr daran, weil „lebenspraktische und erfahrungsbedingte Gründe dagegen sprechen, um nicht wieder krank zu werden“ (Stier 2011, persönliche Mitteilung). Deutlich sei auch, dass die Einbeziehung von GenesungshelferInnen stärker im ambulanten Bereich als im Stationären angenommen werde (vgl. ebd.; Rähke 2010, S. 133).

Wie bereits benannt, stelle die Einstufung einiger Psychiatrie-Erfahrener in die Erwerbsunfähigkeit eine Einschränkung bezüglich der Arbeitsperspektive dar und beeinträchtige die Beschäftigungsmöglichkeit auf Voll- oder Teilzeit (vgl. Scheffel 2010, S. 129). Es biete sich hingegen die Option zur Anstellung auf Honorarbasis, wobei allerdings die Zuverdienstgrenze beachtet werden müsse (vgl. ebd.). Ist im Gegenzug eine volle Erwerbsfähigkeit gegeben und somit eine Beschäftigung möglich, liege das Problem bei der Einstufung in die Tarif- oder Entgeltgruppen der Arbeitgeber (vgl. Spiegelberg 2010, S. 143). Da die Experienced Involvement Ausbildung derzeit noch nicht staatlich anerkannt ist, werde sie von Kostenträgern der Einrichtungen nicht anerkannt (vgl. ebd.). Infolgedessen bestehen in (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen keine Planstelle für Peers, im Gegensatz zum/zur PsychologIn oder SozialpädagogIn, wie die Rahmenleistungsbeschreibung von Sozial-

psychiatrischen Diensten in Bayern zeigt (vgl. Verband der bayerischen Bezirke 2006, S. 4). Ohne eine Planstelle, scheine eine Finanzierung der Gehaltskosten von EX-IN GenesungshelferInnen als zusätzliche Kraft durch den Kostenträger nicht möglich zu sein (vgl. ebd.). Die geschilderte Problematik bedeutet für die Dienste und Einrichtungen, dass sie die Beschäftigung von Peers daher kaum finanzieren können, es sei denn über eigene Mittel, Projektfinanzierungen oder Fördermittel.

Diese berufliche Anerkennung zu ermöglichen und die angrenzenden Sektoren des (sozial-)psychiatrischen Systems, beispielsweise Krankenkasse oder Gewerkschaften, ausreichend über die Qualifizierungsoption für Psychiatrie-Erfahrene zu informieren, könne als wichtiges, zukünftiges Ziel bezeichnet werden (vgl. Utschakowski 2010a, S. 33). Verfügen die GenesungshelferInnen bereits über eine professionelle Vorbildung, so könne nach dieser Entgeltgruppe entlohnt werden; wohingegen sich auch bisher stets eine Handhabe der Vergütung ergeben habe, so Christine Wiedemann, Dozentin mit Psychoseerfahrung (vgl. Wiedemann 2010, S. 120). So bestehe in Bremen die Möglichkeit, EX-IN GenesungshelferInnen, beispielsweise im betreuten Wohnen, nach TVL E 6 einzustufen (vgl. Meinhart, Ziegler-Krabel o. J., EX-IN Ausbildung in Deutschland).

Eine vielleicht zukunftsweisende Möglichkeit zur professionellen Mitarbeit von GenesungshelferInnen biete die Integrierte Versorgung, da hier die Krankenkasse als Kostenträger mit einer Management-Gesellschaft einen Vertrag abschließen könne, welche dann im Auftrag der Krankenkasse ihre Leistungen für die Versicherten erbringt. Diese Management-Gesellschaft könne flexibel und zu ihren eigenen Konditionen Personal einstellen und habe somit die Option EX-IN-Fachkräfte zu beschäftigen (vgl. Stier, Meinhart 2011, persönliche Mitteilung). Überwiegend sei die Vergütung der Peer-SpezialistInnen niedriger als der Verdienst von ‚herkömmlichen‘ Professionellen (vgl. Spiegelberg 2010, S. 143). Liege keine entsprechende Berufsbildung vor, könne die Einstufung von ungelernter Kraft bis zu Heilerziehungspfleger abweichen (vgl. Meinhart, Ziegler-Krabel o. J., EX-IN Ausbildung in Deutschland). Diesbezüglich könnte die angesprochene Konkurrenz-Angst der Profis bestätigt werden, da über die geringere Entlohnung das Einsparpotential der Leistungsträger angesprochen werden könnte (vgl. ebd.). Um dies zu vermeiden müsse jedoch den Kostenträgern nochmals das Expertenwissen der Peers als wichtige Ergänzung,

die nicht konkurrierend zum herkömmlichen Profi-Wissen steht, verdeutlicht werden (vgl. ebd.). Das spezifische und wertvolle Wissen der Experten durch Erfahrung soll nicht in Konkurrenz zu dem Wissen der Fachkräfte stehen, sondern die Chance erhalten, dieses zu ergänzen.

Nachstehend werde ich aufzeigen, wie die Arbeitsleistung der EX-IN GenesungshelferInnen von Profis anerkannt wird und worin die Chancen der Arbeit bestehen.

#### ***1.3.4 Professionelle Arbeit und Anerkennung der Kompetenzen***

Die Anforderungen an die professionelle Arbeitsleistung von EX-IN GenesungshelferInnen stellen sich recht differenziert dar, genau wie die Anerkennung derer spezifischer Kompetenzen durch die herkömmlichen Fachkräfte. Dies zu unterstützen, ist ein wichtiger Auftrag der Fachkräfte.

Nach Knuf (2010) sei die sinnvolle Integration von Peer-SpezialistInnen nur in den Einrichtungen zweckmäßig und dahingehend lohnend, in denen nutzerorientierte Behandlungsstrukturen und Empowerment-Elemente bereits Eingang gefunden haben (bspw. dialogische Erfahrungen, Behandlungsvereinbarungen, Gremienarbeit von Betroffenenvertretern, Beschwerdestellen, Beiräte) (vgl. S. 42f.). Die Untersuchung nach Rähke (2010) ergab ein differenziertes Erfahrungsbild der GenesungshelferInnen zur Anerkennung ihrer Kompetenzen, welches in einigen Fällen das Interesse der Fachkräfte an den Kompetenzen der professionellen Psychiatrie-Erfahrenen darstellt (vgl. S. 133f.). „In anderen Fällen wird das Erfahrungswissen nicht thematisiert, stattdessen wird sehr klar auf das akademische Fachwissen fokussiert und auch eingefordert, sich an diesem zu orientieren.“ (Rähke 2010, S. 134). Infolgedessen kristallisiert sich eine Geringschätzung gegenüber des/der ExpertIn aus Erfahrung heraus.

Desweiteren stellte Rähke fest, dass an die GenesungshelferInnen gleichermaßen hohe Anforderungen wie an die Profis gestellt werden würden: Ihre Aufgaben, unabhängig von psychischem Wohlbefinden, zu erfüllen, um gleichberechtigt zu gelten und Wertschätzung zu bekommen (vgl. Rähke 2010, S. 135). Hier zeige sich wiederum die Leistung als Pionier-Arbeit. Diese Doppelbelastung könne gut mit einem zweiten Peer im Team abgedeckt werden (vgl. ebd. 136). Ebenfalls empfiehlt Rähke eine gute Vorbereitung der Einrichtung auf die Integration eines Peer-Mitarbeiters



(vgl. S. 135f.). Um eine professionelle Arbeit seitens des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin gewährleisten zu können, müsse im Team ein/e direkte/r AnsprechpartnerIn, sozusagen ein/e Peer-Beauftragte/r, benannt werden (vgl. Spiegelberg 2010, S. 147). Neben der zielgerechten Unterstützung der GenesungshelferInnen, durch beispielsweise Supervision, sei auch eine fortwährende berufsbezogene Qualifikation und Fortbildung des Peers anzustreben, um Moderationsfähigkeiten oder die Fähigkeit zur Gruppenleitung gewährleisten zu können (vgl. Spiegelberg 2010, S. 147). Auch solle ein Arrangement zum Austausch mit anderen Peers ermöglicht werden (vgl. Utschakowski 2010a, S. 32). Thomas Bock, Dipl. Psychologe und Initiator der Experienced Involvement Ausbildung in Hamburg, spricht von einer durch EX-IN ermöglichten Chance zur Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe, von einem Wissenszugewinn und der Prägung der neuen Generation von Professionellen und der Veränderung und modernen Anpassung der Hilfeformen – von ambulanter Hilfe zu aufsuchender und im Endeffekt zur Reduzierung von Hospitalisierung (vgl. Bock 2009, S. 4f.). Allerdings sei es von großer Wichtigkeit, dass die „Unterschiedlichkeit in der Herangehensweise“ von EX-IN GenesungshelferInnen und Professionellen respektiert werde (Utschakowski 2010b, S. 72). Die Loyalität zu den ArbeitskollegInnen und die Solidarität aufgrund gleicher Erfahrung zu den KlientInnen sei ein schwieriger Balanceakt der Experten durch Erfahrung, der von den Fachkräften anerkannt und respektiert werden müsse (vgl. ebd.), um ein erfolgreiches Zusammenarbeiten sicherzustellen. Diese bisherigen Erkenntnisse stellen dar, was die Beschäftigung von EX-IN GenesungshelferInnen, und allgemein Peers, für eine Einrichtung und deren Mitarbeiter bedeutet. Um die Haltungen und Erwartungen der Fachkräfte aufzuzeigen, ist das im Folgenden dargestellte Forschungsprojekt entstanden.

## **2 Der Forschungsprozess**

Im folgenden Kapitel stelle ich den Forschungsprozess dieser Bachelorarbeit vor, indem ich zunächst auf die gewählte Methode, die qualitative Forschung, eingehen und meine Wahl begründen werde. Im Anschluss stelle ich das genaue Forschungsvorhaben, demgemäß Fragestellung und das Forschungsziel, explizit vor bevor ich die Erhebungsmethode und -instrument sowie die Auswertungsmethode verdeutli-

che. Abschließend erwähne ich im Forschungsdesign praktische Aspekte meiner Vorgehensweise bezüglich der Erstellung dieser Bachelorarbeit, um danach das Forschungsfeld vorzustellen.

## **2.1 Methodik: Qualitative Forschung**

Mein Erkenntnisinteresse, die Haltungen und Erwartungen, oder auch Hoffnungen und Befürchtungen, der jeweiligen Teammitglieder einzufangen, stellt sich sehr komplex dar, weshalb sich hier die qualitative Forschung mit ihrer Methodenoffenheit als geeignet zeige (vgl. Flick 2010, S. 27). Diese Methodik könne der spezifischen Situation und dem Handeln der Subjekte angepasst werden, wodurch das Interagieren dieser Personen dargestellt werden kann (vgl. ebd.). Auf mein Vorgehen übertragen bedeutet dies, dass die Forschungsmethode aufgrund der bestehenden Situation und dem Erkenntnisinteresse gewählt wurde, um die realen Hoffnungen und Befürchtungen, welche die Teammitglieder in sich tragen, exemplarisch als Experten für die (sozial-)psychiatrische Versorgungslandschaft darzustellen.

Uwe Flick, Sozialwissenschaftler, (2010) stellt die Kennzeichen und Vorteile der qualitativen Forschung dar, die auch ich als ausschlaggebend für meine Wahl der Methode bezeichne (vgl. S. 28ff.). Qualitative Forschung ermögliche die Berücksichtigung spezifischer TeilnehmerInnen in ihrer Individualität, sowie deren „unterschiedliche subjektiven Perspektiven und soziale Hintergründe“ (ebd. S. 29). Weiterer Vorzug der qualitativen Forschung sei, dass das Miteinfließen der Forscherin eingeräumt und akzeptiert werden könne (ebd.). Es gelte das Prinzip der Offenheit sowie das Prinzip der Flexibilität, was bedeutet, dass das Gespräch für Themen des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin offen sei und die Interviewerin darauf flexibel reagieren könne (vgl. Lamnek 1995, S. 64).

### ***2.1.1 Fragestellung und Forschungsziel***

Die Experienced Involvement Ausbildung hat deutschlandweit große Wellen geschlagen. In München und Bayern gibt es wie erwähnt derzeit noch keine Ausbildungsstelle und somit recht wenige Peer-SpezialistInnen, wodurch die Praxisstellen selten mit einer Bewerbung eines Peers konfrontiert werden und noch großer Informationsbedarf diesbezüglich besteht. Hier liegt auch ein Indikator für die Hemm-

schwelle gegenüber der Beschäftigung von GenesungshelferInnen im (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystem, weshalb ich meine Forschung darauf richten möchte. Forschungsziel dieser Arbeit ist es, die differenzierten Haltungen und Erwartungen, die (sozial-)psychiatrische MitarbeiterInnen gegenüber Peer-SpezialistInnen, genauer EX-IN GenesungshelferInnen, haben, exemplarisch darzustellen. Um somit einerseits hervorzuheben, womit Experienced Involved Genesungshelfer bei einer Anstellung konfrontiert werden und andererseits eine Art Wegweiser für Einrichtungen und deren Leitung zu erstellen, worauf bei eben dabei besonders beachtet werden muss. Somit lauten die Leitfragen dieser Überblicksforschung folgendermaßen:

*Welche Veränderungen der Leistungsqualität werden erwartet? Mit welchen Prozessen innerhalb des Teams ist zu rechnen? Welche Rolle kann der/die GenesungshelferIn in dieser Einrichtung einnehmen? Wie sind die Erwartungen an die Arbeitsleistungen des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin? Inwieweit wird sich ein struktureller Mehraufwand ergeben?*

Hierzu wurden drei Mitarbeiter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, ein/e SozialpädagogIn mit Leitungsfunktion, ein/e SozialpädagogIn, sowie ein/e PsychologIn interviewt.

### **2.1.2 Erhebungsmethode und -instrument**

Für die Erhebung meines Forschungsinteresses bietet sich das leitfadengestützte Interview, insbesondere das leitfadengestützte Experteninterview, an. Die interviewten ExpertInnen werden dementsprechend „nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer Gruppe“ (Flick 2010, S. 214) angesehen und stehen somit exemplarisch für ihre Berufsdisziplin. Nach Bogner und Menz (2002) zeichne sich Expertenwissen „nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen [aus], sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf“ (S. 46; Ergänzung: H. S.). Als ExpertInnen bezeichne ich hinsichtlich meines Forschungsvorhabens und in Anlehnung an Meuser und Nagel (2002) Personen, „die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, das den Forschungsgegenstand ausmacht“ (S. 73) und demzufolge über obengenanntes Wissen verfügen.

Beim qualitativen Interview mit Leitfaden kann davon ausgegangen werden, „dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen“ (Kohli 1978, zitiert nach Flick 2010, S. 194). Zudem ermögliche die Arbeitsweise des Experteninterviews ein relativ variables und flexibles Interview, welches sich nicht konkret an den Maßstäben eines qualitativen Interviews (z. B. offene Fragestellungen) orientieren müsste (vgl. Bogner, Menz 2002, S.34). Unterschieden werde diese Methode in Anbetracht ihrer Funktionen, z. B. explorativ, systematisierend oder theoriegenerierend (vgl. Bogner, Menz 2002, S. 37). Letzteres „zielt im Wesentlichen auf die kommunikative Erschließung und analytische Rekonstruktion der „subjektiven Dimension“ des Expertenwissens“ (Bogner, Menz 2002, S. 38) ab und eröffnet daher über das reine Expertenwissen hinaus auch Kenntnisse bezüglich der Arbeitssysteme, Verankerungen, Gesellschaftsbilder etc. (vgl. Bogner, Menz 2002, S. 38). Die Bezeichnung ‚theoriegenerierend‘ muss im Falle dieser Arbeit jedoch unbedingt unter dem beschränkenden Aspekt nur dreier Interviews beachtet und relativiert werden.

Die vorteilhafte Zweckmäßigkeit eines offenen Leitfadens, der variabel gehandhabt werden kann, ergebe sich einerseits aus der Strukturierung des Gesprächs und einem Vor-Augen-Halten des Interesse sowie andererseits durch die Öffnung für Exkurse des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin (vgl. Meuser, Nagel 2002, S. 77). Hinzu setze die Erstellung der Orientierungshilfe thematische Grundkenntnisse der Interviewerin voraus, wodurch wiederum die Offenheit der Methodik und eine gewisse Professionalität gewährleistet werden könne (vgl. ebd. S. 78). Da es sich in diesem Fall um Experteninterviews handle, wurden die Fragen des Leitfadens stärker strukturiert und teilweise geschlossen gehalten, zumal offene und unspezifische Erzählauforderungen hierfür nicht geeignet seien (vgl. Helfferich 2004, S. 179), um das vielseitige Expertenwissen auf die grundlegende Thematik zu fokussieren. Somit ergibt sich für das leitfadengestützte Experteninterview der Vorteil, strukturiert und zugleich variabel und ungebunden durch das Gespräch geleitet zu werden, mit Fragen und Anregungen, welche teilweise sehr öffnend und teilweise abzielend auf bestimmte Thematiken gestellt werden können.

Die Dauer eines leitfadengestützten Interview könne im Vorhinein nicht konkret abgeschätzt und eingeplant werden, da es stark von dem/der InterviewpartnerIn, deren Gesprächsbereitschaft und dem Forschungsthema abhängt (vgl. Lamnek 1995, S. 66). Geplant wurde die Befragung mit etwa 60-minütiger Dauer. Den Leitfaden für das Interview entwickelte ich anhand meines bisher angelesenen Wissens. Er bestand aus einem allgemeinen Teil sowie expliziten Fragen zu SozialarbeiterIn und PsychologIn bzw. der Einrichtungsleitung. Sehr hilfreich zeigten sich hier die Erfahrungsberichte und Darstellungen in „Vom Erfahrenen zum Experten“ von Utschakowski, Sielaff sowie Bock (2010) oder der von Sibylle Prins (2006) herausgegebene Sammelband „Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen.“. Der Leitfaden wurde vorab an die InterviewpartnerInnen ausgehändigt, um sich auf das Gespräch vorbereiten zu können.

### **2.1.3 Auswertungsmethode**

Für die Auswertung der drei Interviews wurde die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt, welche sich speziell dafür eignet, individuell, am Material orientierte Kategorien zu bilden und diese auszuwerten (vgl. Mayring 2002, S. 114). Anhand der Zusammenfassung und der inhaltlichen Strukturierung in Verbindung mit der induktiven Kategorienbildung können die transkribierten Interviews auf die wesentlichen Inhalte reduziert werden, welche dann zu Kategorien weiterentwickelt werden (vgl. Mayring 2008, S. 472; Mayring 2003, S. 89).

Der Interview-Termin fand vor Ort in der ambulanten Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes statt. Nach der Transkription erhielten die GesprächspartnerInnen ihre jeweiligen Transkripte per Email zur Einsicht. Somit wurde den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit gegeben, die Transkriptionen gegenzulesen und gegebenenfalls Einspruch zu erheben, Streichungen oder Ergänzungen zu veranlassen. Diese Gelegenheit wurde von einem/einer InterviewpartnerIn in Anspruch genommen, welche/r sprachliche Veränderungen veranlasste, inhaltlich jedoch nichts änderte. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Transkriptionen anonymisiert; Angaben mit Rückschlussmöglichkeit auf Ort oder Person wurden von der Interviewerin verändert. Desweiteren unterschrieben die Interviewpartner vor dem Gespräch eine Einwilligungserklärung über die Nutzung und Veröffentlichung der Informationen für die Zwecke meiner Bachelorarbeit. Die Transkription erfolgte in normales

Schriftdeutsch, um bessere Lesbarkeit und somit funktionaleres Arbeiten gewährleisten zu können (vgl. Mayring 2002, S. 91). Auf aufwendige Notationssysteme verzichtete ich. Gesprächspausen oder Emotionsäußerungen wurden nur dann in das Transkript aufgenommen, wenn sie von interpretativer Bedeutung waren. Außerhalb dieses Rahmens wurde darauf verzichtet, da der Fokus auf das Wissen der Experten und weniger auf den Kontext gerichtet ist. Gesprächspausen oder Unterbrechungen wurden mit ‚...‘ und anonymisierte Gesprächsteile mit ‚[...]‘ gekennzeichnet. Des Weiteren wurden unverständliche Passagen mit ‚(?)‘ gekennzeichnet. Die Transkription der Interviews befindet sich, durch eine schriftliche Formatierung etwas differenziert, zusammen mit dem Gesprächsleitfaden sowie den Auswertungsmaterialien im Anhang dieser Arbeit.

Aufgrund des leitfadengestützten Interviews als Erhebungsmethode, welches in grobe Themen gegliedert und durch den Leitfaden strukturiert wurde, ergab sich für das transkribierte Material bereits ein gewisses Kategorien- bzw. Themenmuster; z. B. „Konfliktpotential“ oder „Qualität“. Diese können durch die inhaltliche Zusammenfassung expliziter dargestellt und mit Unterkategorien spezialisiert werden. Das Kategoriensystem, das sich nach der Überarbeitung eines Teil-Transkripts ergeben hatte, wurde mit Blick auf die Logik und den Abstraktionsgrad zur Fragestellung überarbeitet (vgl. Mayring 2002, S. 117). Nach einer tabellarischen Kategorisierung der Transkripte und der dazugehörigen Paraphrasierung, konnte ich mittels der Generalisierung und Reduktion die Ergebnisse meiner Forschungsarbeit feststellen. Zur Anschaulichkeit präsentiere ich im Folgenden einen Auszug aus der Tabelle ‚Konfliktpotential‘:

**Abbildung 4:** Auszug aus Auswertungs-Tabelle

I. KONFLIKTPOTENTIAL		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion
Teamintegration,	Möglich sind Probleme mit Vorurteilen gegenüber den Genesungshelfern oder Schwierigkeiten in der Rollenverteilung.	1: 48-51	<b>Schwierigkeiten der Integration durch:</b> -Vorurteile -Rollenfindung -Stigma ‚psychisch krank‘ -Zweifel/Skepsis gegenüber psychischer Stabilität -Zweifel an Distanz der Genesungshelfer zu Klienten
	Längerer Integrationsprozess mit extra Coaching bzw. ist Ausgangspunkt für Konfliktpotential.	3: 341-345	
	Integration in das Team wird schwierig, wg. Stigma ‚Psychisch krank‘, was ohne extremer Offenheit des Genesungshelfers schwierig wird, das Vertrauen zu gewinnen.	3: 141-149, 162-166	
	Anfängliche Skepsis, Befürchtungen, Zweifel bezüglich der psychischen Stabilität, der Distanz zu Klienten oder selbst „Wie geht man mit einem Kollegen um, der selber krank ist?“	2: 48-52	
Teamkonstellation Gleichwertigkeit	Gleiche Augenhöhe wird (noch) nicht möglich sein, aufgrund Vorbehalte der Profis.	1: 72, 76-79	<b>Gleiche Augenhöhe kaum möglich,</b> außer: keine Sonderstellung für Genesungshelfer; Gleiche Rechte – gleiche Pflichten
	Arbeitsverhältnis auf gleicher Augenhöhe wird nicht möglich sein. Gefahr ist hier, dass Genesungshelfer überfordert werden, statt einer richtigen Integration.	3: 287-295	
	Akzeptanz der Genesungshelfer wird schwierig, so wie die Akzeptanz der Menschen mit psychischen Störungen in unserer Gesellschaft alleine schon schwierig ist	3: 325-326	
	Peer-Beauftragter (Anleiter) schneidet Möglichkeit zur Gleichberechtigung ein. Genesungshelfer solle gleiche Möglichkeiten (z. B. Coaching, Supervision) haben, aber auch gleiche Pflichten, dann wäre Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe möglich. Kein extra Coaching, nur gegen finanzielle Beteiligung.	1: 250-240	

Quelle: Eigene Darstellung.

Nach der Darstellung der Forschungsergebnisse wurden nochmals die Transkriptionen der Interviews gegengelesen, um den Verlust wichtiger Informationen oder Details zu vermeiden. Infolgedessen konnten die Ergebnisse unter Kapitel 3 zusammengestellt werden. Paraphrasen aus den Interviews, beispielsweise ein Auszug aus dem Interview Nr. 1 Zeilen 123 bis 124 werden im Kurzbeleg wie folgt gekennzeichnet: 1:123-124. Die herausgearbeiteten Resultate der Interviews werden unter 4.0 auf Grundlage bisheriger Erkenntnisse und persönlichen Aspekten diskutiert werden.

## 2.2 Forschungsdesign

Nachstehend werde ich eine Darstellung über die Idee des Forschungsvorhabens oder auch KooperationspartnerInnen und InformantInnen geben sowie einige aufschlussreiche Hinweise zu dieser Arbeit nennen.

Das Projekt EX-IN begegnete mir in einer Vorlesung meines Studiums Bachelor Soziale Arbeit. Hier stellte Susanne Stier, die selbst die Experienced Involvement Ausbildung in Berlin macht, begeistert die Inhalte, Vorteile, Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Problembereiche dar. Dadurch inspiriert, weitere Informationen einholend, entwickelte ich großes Interesse für die Ausbildung und deren praktischen

Einsatz, weshalb ich mich dazu entschied, diese Thematik und dazu aufkommende Fragestellungen und Schwierigkeiten in meiner Bachelorarbeit zu bearbeiten.

Betreuer meiner Bachelorarbeit ist Herr Prof. Dr. Manfred Cramer, der an der Hochschule München lehrt. Durch seine Kontakte lernte ich den Zweitkorrektor dieser Arbeit, Gerd Mendel, kennen, welcher mir bei der Spezifizierung der Thematik meiner Bachelorarbeit half und den Kontakt zu meinem Forschungsfeld, einem Sozialpsychiatrischen Dienst herstellte. Mit Herrn Mendel besprach ich die offenen Fragen, die hoffnungsvollen Vorteile, aber auch die kritischen Ansätze der EX-IN Ausbildung, wodurch sich die letztendliche Fragestellung herauskristallisierte. Bei der Optimierung meiner Übersetzung des Titels in das Englische konnte ich, dank der Vermittlung durch Herrn Prof. Cramer, auf die Hilfe von Herrn Prof. Grant Duncan aus Neuseeland zurückgreifen, der mich dabei unterstützte, geläufige englische Begriffe in den Titel zu integrieren.

Desweiteren suchte ich auch Kontakt zu Jörg Utschakowski, Projektkoordinator EX-IN und Leiter der Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. in Bremen, der mir sowohl Informationen über Forschungen oder bestimmte Sachverhalte nannte und auch eine Kurzfassung des Curriculums der Bremer EX-IN-Ausbildung beilegte. Der Kontakt zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, stellvertretend Miriam Krücke, ermöglichte eine differenzierte Begriffsbestimmung von ‚Psychiatrie-Erfahrung‘.

Zudem kontaktierte ich Susanne Stier, EX-IN Auszubildende und Mitglied bei MüPE e.V., um Informationen aus Sicht der Peer-Spezialistin über die praktische Arbeit zu bekommen, was mir sehr dabei half, die Ergebnisse meiner Interviews zu diskutieren. Darüber hinaus nahm ich Kontakt zu Thomas Meinhart, Master Mental Health und Dipl. Sozialpädagoge sowie Vorstand der BayGSP e.V., auf, welcher im Geschäftsführenden Ausschuss der „Triialogischen Arbeitsgemeinschaft EX-IN Bayern“ tätig ist. Mit ihm führte ich ein Hintergrundgespräch über die aktuellen Entwicklungen in Bayern bzw. München. Zu diesem Hintergrundgespräch hatte Herr Meinhart auch Frau Stier eingeladen, weshalb das Gespräch äußerst informativ war und nochmals interessante Anreize schaffte.

Ein grundlegendes Interesse meinerseits besteht auf Prozessen innerhalb des Teams, wodurch sich auch für diese Arbeit ein persönlicher Fokus darauf ergeben hat, welcher sich jedoch im Laufe der Arbeit zunehmend auf generell mögliches Konfliktpo-



tential richtete sowie darauf, wie dieses vermieden werden könne. Desweiteren konzentriert sich meine Beachtung darauf, was in der Leitungsposition bzw. in einem Dienst beachtet werden müsste, würde ein/e Peer-SpezialistIn eingestellt werden.

Es stellte sich während der Literaturrecherche als äußerst schwierig heraus, verwendbare Forschungsergebnisse zum Einsatz von EX-IN GenesungshelferInnen und –DozentInnen bzw. auch von Peer SpezialistInnen im (sozial-)psychiatrischen Bereich zu finden. Nennenswerte Studien sind englischsprachig und meist schwer erhältlich. Erfahrungsberichte und -ergebnisse finden sich hierzu insbesondere von LaienhelferInnen, psychiatrie-erfahrenen Professionellen oder Ehrenamtlichen ohne professionelle Qualifikation.

### **2.3 Forschungsfeld: Sozialpsychiatrischer Dienst**

Die Interview-Untersuchung fand mit drei MitarbeiterInnen der ambulanten Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDi) statt. Ein SPDi biete Beratung und Begleitung bei psychischen Störungen, in Krisensituationen oder zur psychischen Gesundheit, Koordination oder Vermittlung im (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystem (vgl. BAR 2003, S. 66). Zielgruppe seien Menschen mit psychischen Störungen oder seelischer Behinderung bzw. auch einer drohenden seelischen Behinderung, Personen in seelischen Krisen und Notlagen, sowie Angehörige (vgl. Verband bayerischer Bezirke 2006, S. 5). Besonderheit sei desweiteren die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, welches grundlegend aus PsychologIn, SozialarbeiterIn, Honorararzt/Honorarärztin und Verwaltungskraft besteht und durch psychiatrische FachkrankenpflegerInnen, HeilerziehungspflegerInnen o. ä. oder Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie oder Neurologie erweitert werden kann (vgl. ebd. S. 4). Maßgeblich für Sozialpsychiatrische Dienste sei ihr niederschwelliger Zugang sowie das flächendeckende Angebot (vgl. Verband der bayerischen Bezirke 2006, S. 2).

Der interviewte Dienst hat noch keine praktischen Erfahrungen mit Experienced Involved GenesungshelferInnen gemacht, weshalb ihre Hoffnungen und Erwartungen diesbezüglich unbeeinflusst sind. Erfahrungen mit ehrenamtlichen Psychiatrie-Erfahrenen liegen vor und fließen selbstverständlich über den Gesprächsfluss auch in die Ausführen mit ein. Anhand drei Interviews konnte ein gelungener exemplarischer

Querschnitt über die Hoffnungen und Erwartungen der Mitarbeiter dieses Dienstes und infolgedessen der Profis des (sozial-)psychiatrischen Bereichs für die Anstellung und Zusammenarbeit mit Experienced Involved GenesungshelferInnen erstellt werden, wovon ich im Folgenden die Ergebnisse darstellen möchte.

### **3 Ergebnisse**

Die Ergebnisse sind als exemplarische Darstellung der aktuellen Situation zu sehen und verfolgen nicht den Anspruch auf Repräsentativität.

#### **3.1 Grundhaltung, Hoffnungen und Erwartungen der Fachkräfte**

Die drei InterviewpartnerInnen bringen verschiedene Grundhaltungen und Hoffnungen bezüglich des Einsatzes von Experienced Involved GenesungshelferInnen zutage. Während einerseits hoffnungsvolle Zukunftsaussichten angesprochen werden, stellen sich andererseits auch diskrepante, neutrale aber auch einige negative Erwartungen und Grundhaltungen heraus.

Vorsichtige Skepsis gegenüber der Beschäftigung von EX-IN GenesungshelferInnen wird mehrfach geäußert (vgl. 3:418-419; 1:119-121; 2:48-54), wie beispielsweise von InterviewpartnerIn 1:

„Und ich muss für mich gestehen, ich bin auch unsicher, wie sich so etwas entwickeln könnte, aber es wäre zumindest spannend, es einmal auszuprobieren, oder einfach mal zu überlegen. Aber sicher bin ich mir nicht, ob es funktioniert.“  
(1:119-121)

Zunächst einmal wird der emanzipatorische Gedanke (vgl. 3:336-338) und die Chance zum Abbau von Stigmatisierung genannt: Durch EX-IN könne die breite Öffentlichkeit besser erreicht werden, um das Thema psychische Störungen in die Gesellschaft zu integrieren und somit Stigmatisierung abzubauen. EX-IN biete hier die Möglichkeit, das nach außen zu transportieren und das bisherige, meist negative Bild über Menschen mit psychischen Störungen, zu verändern (vgl. 2:393-402). Die GenesungshelferInnen und DozentInnen können eine Chance zur Aufklärungsarbeit bieten, wobei hierfür eine breitere Palette an Möglichkeiten nötig wäre, wovon EX-IN ein Teil sein könnte (vgl. 3:676-683).

In Bezug auf den Kontakt zu KlientInnen werden zwiespältige Gefühle erwartet: Ablehnung und Desinteresse seitens der Klientinnen aufgrund von Überforderung und Anstrengung aber auch zustimmende Begeisterung aufgrund damit der erwarteten Verständnisfähigkeit und Nachvollziehbarkeit (vgl. 2:264-268).

Die negativen Erwartungen betreffen vorwiegend die Befürchtung von Teamkonflikten und einer scheiternden Integration in das Team und dem (sozial-)psychiatrischen Bereich (vgl. 1:119-121; 3:418-423; 1:130-134).

„Also, ich hab so das Gefühl, da kommen massive Probleme auf EX-INs zu, dass sie sozusagen auch akzeptiert werden, in der Versorgungslandschaft.“ (3:258-260)

Zudem wird die Befürchtung geäußert, dass EX-IN als ‚Abstellgleis‘ diene und unrentabel sei, da es weder viele Jobangebote noch hohe Verdienstmöglichkeiten biete (vgl. 3:384-387). Hier wird angemerkt, dass die Psychiatrie-Erfahrenen sich ihrer besonderen Kompetenzen bevorzugt in anderen Projekten wie Ausbildung oder Studium bedienen sollen (vgl. 3:296-303; 3:397; 3:412-413).

### **3.2 Strukturen und strukturelle Regelungen**

Die Aussagen der InterviewpartnerInnen beziehen sich auf einige strukturelle Schwierigkeiten und Unklarheiten, die die Praxis von EX-IN erschweren und somit den Fortschritt bzw. die Beschäftigung von Peers hindern.

Der strukturelle Rahmen für EX-IN GenesungshelferInnen müsste flexibler sein als der für die bisherigen Profis, in Bezug auf Fehlzeiten oder ähnlichem. Allerdings ist diesbezüglich die Auffassung eines/einer Interviewpartners/Interviewpartnerin, keinen Unterschied zu anderen Teammitgliedern zu machen (vgl. 1:353-359). Dies unterstützt an anderer Stelle auch InterviewpartnerIn 2, nämlich wenn es darum geht, dem/der GenesungshelferIn ein extra Coaching oder Supervision zu ermöglichen. Dies soll, nicht strukturell grundlegend, sondern bei Bedarf gestattet und der Peer mit gleichen Anteilen wie ein Profi beteiligt werden (vgl. 2:137-152).

Bei einem Einsatz von einem Peer-Beauftragten im Team, der dem/der GenesungshelferIn Anleitung und Unterstützung bieten sollte, sei Vorsicht geboten, so der allgemeine Tenor der InterviewpartnerInnen. Während die Option bestehe, dass es

funktionieren könne, zeige sich allerdings die Gefahr, die Gleichberechtigung im Team aus der Balance zu bringen (vgl. 1:235-240; 1:240-250; 3:279-283; 2:128-133).

„Einen Anleiter bekommt ein Praktikant. Und ein Praktikant wird immer eine andere Position haben, als wie ein Profi. Und wenn ich jetzt als Mitarbeiter einen Anleiter habe, dann finde ich es schon wieder schwierig, auf (...), eine Ebene zu finden.“ (1:235-240)

Optional wäre eine externe Unterstützung bzw. Beratung, da die generelle Grundidee der Unterstützung durch einen Peer-Beauftragten sinnvoll erscheint (vgl. 2:128-133).

Als strukturelle Zugangsbarriere wird die Finanzierung der Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene genannt, weil dadurch viele kompetente Interessenten nicht die Möglichkeit zur Weiterqualifizierung haben (vgl. 2:427-436).

Als eine sehr umfangreiche, strukturell auftretende Problemstellung in Verbindung mit EX-IN GenesungshelferInnen, wird die Finanzierung der Stelle genannt. Ohne die Refinanzierung der Stelle des Peers durch den Kostenträger sei keine Einstellung möglich, ohne etwas anderes zu streichen (vgl. 1:268-271). Schwierigkeit ist hier, dass EX-IN als Zusatz und nicht als Ersatz für andere Leistungen/Personen bestehen solle (vgl. ebd.). Eine Anstellung scheint unrealistisch, außer das Arbeitsentgelt werde aus einrichtungsinternen Geldern oder über eine Projektfinanzierung bestritten (vgl. 1:273-275). Eine langfristige Stelle jedoch scheint bisher kaum machbar zu sein (vgl. 1: 277-280). Der/Die InterviewpartnerIn sieht bezüglich dieses Hindernisses nur eine dynamische politische Entwicklung als Möglichkeit zur Einführung der Finanzierung durch die Kostenträger (vgl. 1:280-284).

### **3.3 Aufgabenbiet, Rolle und qualitative Veränderungen der Hilfeleistung**

Die Interviews legen ebenfalls einen Fokus darauf, wie sich die Arbeitssituation mit einem/einer EX-IN GenesungshelferIn oder DozentIn gestalten könnte, also welche Aufgaben oder Arbeitsrolle er/sie einnehmen könnte. Zudem werden mögliche qualitative Veränderungen, ob negativ oder positiv, der Leistungen der Einrichtung angesprochen.

Die Integration von Experienced Involved GenesungshelferInnen in eine Einrichtung fördert die Qualität aufgrund der Möglichkeit, die Angebote durch den Erfahrungs-

und Wissenspool von Psychiatrie-Erfahrenen zu verbessern, wodurch über eine Überarbeitung und Planung der Angebote hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit passgenauere und flexiblere Leistungen gestalten werden können (vgl. 1:140-143; 1:157-158; 2:274-289).

„Mhm, also ich glaube, dass einfach ein massiver Wissen- und Erfahrungspool hinter dieser ganzen Idee steckt und ich glaube, das könnte die große Chance sein, dieses Wissen, diese Erfahrung einfach mit in die Unterstützung, die Versorgung von psychisch Kranken einfließen zu lassen.“ (1:140-143)

„Möglicherweise kann es auch sein, dass der EX-IN Mitarbeiter, ja so, so kleinere Nischen kennt. Ja, die wir jetzt von außen einfach so gar nicht merken. Und dann wäre es sicherlich hilfreich und gewinnbringend, das nochmal zusätzlich in die Hilfeplanung mit hinein zu nehmen oder einfach auch nochmal ganz interessant 'Ist das denn auch wirklich ein Punkt? Oder sind alle Punkte, die wir als Hilfemaßnahme sehen auch wirklich Hilfe?'.“ (2:274-289)

Psychiatrie-Erfahrene bereichern außerdem die Beratungs- und Betreuungsleistungen dadurch, dass aufgrund der persönlichen Erfahrung ‚die Botschaft‘ intensiver bei KlientInnen ankommen kann (vgl. 1:146-152). Dieses könne auch eine persönliche Weiterentwicklung des Teams bewirken, eine Erweiterung ‚des Horizonts‘ (vgl. 3:525-528). Grundlegend unterstütze und fördere Experienced Involvement die zukunftsweisende Entwicklung zur dialogischen Arbeitsweise, zur Nutzerorientierung und zur Einbeziehung von Betroffenen (vgl. 1:28-30). Allerdings wurde auch durch einen/eine InterviewpartnerIn die Meinung kund, dass bezogen auf die Beratungsstelle durch EX-In keine qualitative Verbesserung der Angebote veranlasst werden könne, es sei denn aufgrund einer langfristigen Veränderung des Teams und deren Haltung (vgl. 3:525-528; 3:540-543).

Den Grund für die Besonderheit der Experienced Involvement Qualifizierung im Gegensatz zur ehrenamtlichen (unqualifizierten) Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen benennt ein/e InterviewpartnerIn damit, dass die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen somit professionalisiert werden könne und diese dadurch beispielsweise ihr Verhalten professionell reflektieren können (Abgrenzung vom Emotionalen). So könne auch ein besseres Verständnis zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen geschaffen werden (vgl. 2:442-468). Zudem erhofft sich der/die InterviewpartnerIn durch die Ausbildung eine Aufklärung über die Rechte und Pflichten der Profis, sodass wiederum die Akzeptanz verbessern werden könne (vgl. 2:458-

459). Ferner zeichne sich EX-IN durch die Qualifizierung für Moderation und wirksame Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungsarbeit aus (vgl. 2:473-481).

Desweiteren stehe eine persönliche Weiterentwicklung durch Zusammenarbeit mit Experienced Involved GenesungshelferInnen und DozentInnen in der Erwartung der Interviewten (vgl. 1:174-177; 2:296-307). Die KollegInnen können lernen, dass alles Erleben individuell sei (vgl. 2:296-307) und somit nicht verallgemeinert werden dürfe. Es wurde auch Interesse an der individuellen Geschichte deutlich, wie der/die GenesungshelferIn seine/ihre Krankheit gebildet bzw. wie er/sie seine/ihre Gesundheit entwickelt habe und wie viel Verantwortung man selbst trage (vgl. 3:355-369).

Unterschiedliche Vorstellungen zeigen sich bei den Erwartungen, welche Aufgaben und welche Rolle ein/e EX-IN GenesungshelferIn übernehmen könne. Voraussetzung sei eine klare Rollenverteilung sowie getrennte Aufgaben (vgl. 1:57-60). Denkbar wäre die Aufgabe als VermittlerIn zwischen Profi und Klient sowie eine unterstützende Tätigkeit für den Profi (vgl. 1:65-67; 2:83-89, 3:370-373). Da jede/r GenesungshelferIn natürlich individuelle Fähigkeiten und Ressourcen hat, sei dies im Einzelfall zu prüfen. Einfache Aufgaben neben der Vermittlerrolle wären: praktische Begleitung und Unterstützung, Austausch, Zuhören, Unterstützung bei Kontaktherstellung und Beziehungsaufbau, Austausch des Wissens über die soziale Infrastruktur (vgl. 2: 61-69,75-80,88-90,366-385). Eine weitere erdenkliche Aufgabe wäre für zwei InterviewpartnerInnen die Führung von Fortbildungen innerhalb des Teams beispielsweise über die Bedürfnisse der KlientInnen oder in Supervisionen teilnehmen und mitwirken, beispielsweise für ein Feedback (Wie wird als Klient eine Betreuung erlebt?) (vgl. 1:190-201; 2:313-332; 2: 387-388) während die dritte Meinung dahin geht, dass kein Thema vorliegen würde, was der EX-IN Dozent das Team fortbilden könnte (vgl. 3:553). Interessanter wäre die Gruppenleitung und Gesprächsführung über Motivation (vgl. 3:390). Außerdem könnte der Genesungshelfer eine Art therapeutische Rolle übernehmen:

„Ja, Therapeut natürlich, ganz klar. Ja sicher, wenn er wirklich ein genesener Kranker, also ein gesunder Kranker, nicht mehr krank ist. Dann muss er das Wesentliche kapiert haben, um was es geht in der Therapie oder in Gesundheit. Und was psychische Gesundheit wirklich ist.“ (3: 356-359).

Dieses Wissen weiterzugeben, sei eine wichtige Funktion. Er könne somit auch als Vorbild fungieren mit seinen Kompetenzen über Therapie und dies auf provokative Art und Weise, mit therapeutischem Charakter an KlientInnen weitergeben, so die Idee eines/einer InterviewpartnerIn (vgl. 3:370-384). Darüber hinaus wäre auch die Mitwirkung bei Planung und Konzeption der Leistungen ein mögliches Aufgabengebiet für Experienced Involved GenesungshelferInnen oder DozentInnen, wobei teilweise die Meinung besteht, dass dies nur für bestimmte Bereiche eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, wie beispielsweise dem Tageszentrum, vorteilhaft wäre (vgl. 1:166-169; 2:274-289; 3:493-500).

### **3.4 Konfliktpotential**

Die Befragung hinsichtlich der Einstellung eines/einer EX-IN Genesungshelfers/Genesungshelferin ergibt verschiedenartige Erwartungen bzw. Befürchtungen zur Entstehung von Konfliktpotential. Hauptgesichtspunkte sind hier Schwierigkeiten mit der Integration in das bestehende Team, die Herstellung und Sicherstellung von Gleichberechtigung und gleicher Augenhöhe im Team sowie mögliche Konflikte aufgrund Konkurrenzgedanken. Desweiteren werden Schwierigkeiten sowohl aufgrund der bevorstehenden Herausforderungen an die GenesungshelferInnen in Bezug auf deren Verhältnis zu KlientInnen und der geforderten Professionalität als auch betreffend das Outen der Psychiatrie-Erfahrung und damit verbundener Stigmatisierung erwartet.

Die Annahmen, dass es zu Schwierigkeiten bei der Integration des Peers in das Team kommen könne, begründen sich anhand verschiedener Faktoren. Zunächst wird erwartet, dass das Stigma ‚psychisch krank‘ und damit verbundene Vorbehalte den Eingliederungsprozess hindern, was nur über eine sehr offene Haltung des/der GenesungshelferIn ausgeglichen werden könne (vgl. 1:48-51; 3:141-149, 162-166). Dieses Stigma bzw. der ‚Stempel: psychisch krank‘ und das vermeintlich damit zusammenhängende Vorurteil ‚schwach‘ müsse (auch gegenüber KollegInnen) überwunden werden für eine Mitarbeit im professionellen Bereich (vgl. 3: 269-277). Hierzu sei sehr viel Mut der jeweiligen Personen aber auch die Unterstützung von Anderen notwendig (vgl. ebd.). Auch möglich seien Konflikte aufgrund der komplexen Rollenfindung und damit zusammenhängenden Aufgabengebieten (vgl. 1:48-51). Zudem

bestehen Zweifel und Skepsis an der psychischen Stabilität des/der psychiatrienerfahrenen Genesungshelfers/Genesungshelferin sowie daran, dass er/sie den Ansprüchen der professionellen Arbeit gerecht werden und beispielsweise die nötige Distanz wahren könne (vgl. 2:48-52).

„Also meine Befürchtung ... ich denke, dass es eben etwas Neues ist und etwas Fremdes und von daher ist man unsicher und weiß noch nicht genau, wie man damit umgehen sollte. Von daher gibt es natürlich viele Befürchtungen 'Was ist, wenn das zu kameradschaftlich ist? Was ist, wenn der Mensch selber vielleicht in der Krise steckt? Wie geht man mit einem Kollegen um, der krank war, der krank ist?', wo man nicht genau weiß, wie es wird. Also von daher sind, glaub ich, viele ‚wenn-Fragen‘ da und Konjunktive, aber man hat es ja noch gar nicht probiert.“ (2:48-52).

Zudem könnte auch ein längerer Integrationsprozess und somit eine langandauernde Einarbeitungsphase zu Unstimmigkeiten oder Auseinandersetzungen im Team führen (vgl. 3:341-345).

Weiterhin treten diverse kritische Erwartungen bezüglich der gleichen Augenhöhe im Team zutage, die besagen, dass eine Gleichstellung aufgrund verschiedener Faktoren nicht möglich sein werde. Diese seien die bereits benannten Vorbehalte gegenüber Peers (1:72, 76-79), der Einsatz von Peer-Beauftragten (vgl. 1:235-240) die ungleiche Bezahlung im Vergleich zu Profis (vgl. 3: 571-584) oder aber die allgemeine Problematik der Anerkennung von Menschen mit psychischen Störungen (vgl. 3:325-326). Zur Spannungsursache können auch Sonderregelungen, wie beispielsweise ein Sonder-Coaching oder Supervision werden (vgl. 3:341-345). Folglich besteht hier, statt einer gleichberechtigten Zusammenarbeit, viel mehr die Gefahr zur Überforderung und Überlastung (3:287-295). Aufgrund der stark abweichenden Einkommensverhältnisse müssten die GenesungshelferInnen eine äußerst hohe Motivation mitbringen, um die Schwierigkeiten dieses Jobs auf sich zu nehmen und sich für Gleichberechtigung einzusetzen (vgl. 3:571-584). Möglichkeit zur Herstellung von der Gleichstellung wäre es, keine gesonderte Stellung für Peers zu schaffen und ihnen gleiche Rechte wie den Profis anzubieten, die jedoch auch mit den gleichen Pflichten verbunden sind (vgl. 2:137-152).

Denkbar seien außerdem Konflikte aufgrund Konkurrenzgedanken der Professionellen infolge von der Bezahlungsproblematik, der Arbeitsplatzsituation oder auch sub-



tiler Eifersucht und Ärgernis. Aufgrund der schwierigen Anstellungspraxis von EX-IN GenesungshelferInnen können Konkurrenzängste der Profis aufkommen, da Erstere mit ihrer niedrigeren Bezahlung eine Einsparmöglichkeit für die Kostenträger darstellen könnten (vgl. 1:107-116; 2:169-188). Aber auch die etwaige Vorstellung von Professionellen, dieses Wissen und dieses Arbeitsgebiet seien eigens ihnen vorbehalten und ihre Angst um ihre Rolle als Profi, berge Konfliktpotential (vgl. 1:83-88, 116-118). Hinzu käme auch die grambesetzte Befürchtung der Profis vor Mehrarbeit aufgrund der Peers (vgl. 1: 93-97). Oder die Verstärkung des Konkurrenzdenkens durch die Ungewissheit im Hinblick auf die psychische Stabilität des/der EX-INlers/EX-INlerin und dessen/deren Fähigkeit zur professionellen Mitarbeit im Team, da er/sie durch eine Anstellung auch Pflichten zu erfüllen habe (vgl. 2:96-104). Die bereits erwähnte Sonderstellung mit extra Coaching und Supervision könne ebenso das Aufkommen von gegnerischen Gefühlen intensivieren, was Neid und Gram im Team zu Folgen habe und somit für Konfliktpotential Sorge (vgl. 3:317-318, 322-324). Die teaminterne Rivalität bzw. Neid auf Seiten des Peers würden nicht aufkommen, solange die Rollen der Angestellten deutlich zugewiesen und von ihnen akzeptiert werden (vgl. 1: 255-261). Angemerkt wird ebenso, dass das Aufkommen von Konflikten jedoch grundlegend von der Stabilität des Teams abhinge (vgl. 2:160-164) und daran nun auch der Erfolg einer Integration eines/einer Genesungshelfers/Genesungshelferin in das Team gekoppelt sei.

Die Erwartungen zur Zusammenarbeit der GenesungshelferInnen mit KlientInnen sind kritisch, da diverse Herausforderungen vorliegen: Wahrung der professionellen Distanz sowie die Grenzziehung zwischen Freundschaft und Professionalität. Diese soll eindeutig zur Professionalität tendieren (vgl. 2:209-219). Dem Erleben der KlientInnen müsse auf fachlicher Ebene begegnet werden (vgl. 2:351-360). Desweiteren müsse die nötige Distanz aufgebaut werden, also keine Übernahme der Verantwortung für das Leben der KlientInnen (vgl. 3:425-440). Ein freundschaftliches Verhältnis im Sinne von Fraternisierung sei nicht professionell und somit generell nicht zulässig (vgl. 3: 469-471). Diese Grenzsetzung sei allerdings für Peers eine größere Herausforderung und generell schwieriger als für Professionelle, so die Erwartung (vgl. 1:207-212, 227-228).

Ein weiteres Gebiet bei dem die Interviewten Konfliktpotentiale vermuten ist die Tatsache des Outens der Psychiatrie-Erfahrung. Während es von den Profis grundlegend als positiv erachtet wird, sich zu outen, um dadurch die Öffentlichkeit zu erreichen und langfristige Aufklärung der Gesellschaft zu bewirken (vgl. 1:293-295; 2:412-422) werden gleichzeitig jedoch Zweifel und Skepsis deutlich. Diese Bekanntmachung der Psychiatrie-Erfahrung erfordere einen langen Umgang mit der Erfahrung und stelle eine große Herausforderung dar (vgl. 1:310-312), um nicht zu scheitern und sich damit selbst zu schaden. Die Eigenschaft der Psychiatrie-Erfahrung qualifiziere die Person zur EX-IN Ausbildung und damit zu einer Stelle, von daher müsse dies stets präsentiert und öffentlich gemacht werden, was wohl eine große Schwierigkeit und Hürde sei:

„Und gerade weil ich psychisch krank bin und weil ich mich geoutet habe, bekomme ich jetzt diese Stelle. Also das stelle ich mir schon sehr schwer vor. Weil ich ja eigentlich das Schild 'Ich bin psychisch krank!' ja pausenlos vor mir hertragen muss.“ (1:295-301)

Oder sogar eine sehr freizügige Haltung des Peers erfordere:

„Das ist dann einfach wirklich nur für Leute, die sich gerne exhibitionieren. Also das muss man draufhaben, sonst ist man da falsch. Das sind eher die seltenen, würd ich meinen. Die Quote derjenigen, die sich davor schämen, geht gegen 90 Prozent...“ (3:621-625)

Dieses plakative Outen könne die aufklärerische Intention verfehlen (vgl. 3:629-644). Es stelle sich die Frage, ob diese ‚Anstrengung‘ nötig sei, da genügend andere Helfer vorhanden seien (vgl. 166-170). Das Outen könne sein eigentliches politisch, emanzipatorisches und aufklärerisches Ziel verfehlen und eine Eigendynamik in Richtung Marketing entwickeln, was ein Trend ohne Zukunft wäre (vgl. 3:480-491; 3: 631-634). Daneben wurde herausgestellt, dass durch das Outen die Gefahr der Retraumatisierung bestehe, da der Versuch, die Selbststigmatisierung zu überwinden, genau jenes Stigma verstärken könne und den Prozess dadurch verschlimmert (vgl. 3:644-653). Die Öffnung des Bildungsweges und somit präventive Arbeit wäre eine sinnvolle, ehrenhafte und angemessenere Alternative zur EX-IN Ausbildung, die mit diesem Outing-Prozess unmittelbar verbunden ist. Der/die InterviewpartnerIn befürchtet hier eine ‚Retourkutsche‘ aufgrund des zwanghaften Outens und der damit verbundenen Stigmatisierung (vgl. 3:625-629, 632-634).

### 3.5 Voraussetzungen und Vorbereitung für eine Anstellung

Die Resultate der drei Interviews zeigen auch Vorbereitungsmaßnahmen oder Voraussetzungen, welche einer erfolgreichen Integration und Zusammenarbeit von Professionellen mit EX-IN GenesungshelferInnen dienen, um Schwierigkeiten zu vermeiden. Diese möchte ich im Folgenden aufzeigen.

Als Vorbereitung auf die Anstellung empfiehlt sich ein intensiver Kennenlernprozess mit dem/der GenesungshelferIn, ausreichend Informationsaustausch und Absprache im und für das Team sowie flächendeckende Öffentlichkeitsarbeit. Um die Rolle und das Aufgabengebiet des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin abzuklären empfiehlt es sich, die Person mit ihren individuellen Fähigkeiten und Ressourcen während eines gewissen Zeitraums kennenzulernen (vgl. 2:61-75). Desweiteren ist eine Probezeit hilfreich (wie in jedem Arbeitsverhältnis), um die Zusammenarbeit zu testen (vgl. 2:111-116). In der Einrichtung bzw. im Team kann eine ausgewogene Vorbereitung hinsichtlich der geplanten Rollen- und Aufgabenverteilung zur Abwehr von Vorbehalten dienen (vgl. 1:49). Diese Vorbehalte, beispielsweise bezüglich befürchteter Mehrarbeit, oder die neuen und unbekanntem Strukturen im Team müssen vorweg detailliert im Team besprochen und Veränderungen organisiert werden (vgl. 1: 94-97; 2:110-112). Dringend notwendig ist auch die Absprache darüber, wie der/die Genesungshelfer in die Einrichtung integriert, in welchem Rahmen ‚vorgestellt‘ und öffentlichkeitsbezogen ‚dargestellt‘ wird (vgl. 1:103-104). Diese Öffentlichkeit- und Informationsarbeit sei sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung nötig (vgl. 1:99-104).

Grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Integration eines/einer EX-INlers/EX-INlerin in die Einrichtung sei eine fest überzeugte Einrichtungsleitung, diesen Prozess zu organisieren und anzuleiten oder auch die Vorbehalte des Teams auszuräumen (vgl. 1:343-347).

Desweiteren wurden einige Bedingungen und Grundlagen benannt, die ein Psychiatrie-Erfahrener mit Experienced Involvement Ausbildung mitbringen müsse, um eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu gewährleisten. Eine wesentliche Voraussetzung sei eine gewisse Persönlichkeit des/der EX-INlers/EX-INlerin, um diese Rolle auch übernehmen zu wollen und sich auf diese Weise extrem darzustellen und den kom-

plexen Anforderungen gewachsen zu sein (vgl. 1:128-130; 3:166-170, 252), mit all den dazugehörigen bereits benannten Schwierigkeiten. Dazu gehöre eine gewisse psychische Stabilität, bzw. Gesundheit (vgl. 2:231-232; 3:175), sowie ein gefestigter Umgang mit seiner Psychiatrie-Erfahrung, um diese auch als Qualifizierung präsentieren zu können (vgl. 1:310-312).

„Ich bin deshalb hier, weil ich psychisch krank bin und arbeite aufgrund meiner Erfahrung hier!“. Das ist schwierig, also ich glaube, da muss jemand schon sehr gefestigt sein und einen sehr langen Umgang mit seiner Erkrankung haben, um das zu schaffen.“ (vgl. 1:310-312)

Um dies festzustellen, bzw. ein Gespür dafür zu entwickeln, solle darauf geschaut werden, wann der letzte Klinikaufenthalt war und anhand einer Probezeit ein gewisses Kennenlernen und Ausprobieren ermöglicht werden (vgl. 2:244-256). Ein Interviewpartner konnte recht konkrete Vorstellungen über den Vorbereitungsprozess und die Anforderungen an den Peer benennen: Es stelle einen langdauernden Prozess dar, das gegenseitige Vertrauen aufzubauen, um zu sehen, die Person meistert Krisen, ist fit und hat das Erlebte aufgearbeitet (vgl. 3: 179-184, 189). Der/Die GenesungshelferIn müsse deutlich machen, dass er/sie fähig zur Erfüllung dieser Aufgaben sei, indem er/sie seine/ihre eigenen Bewältigungsstrategien und Erklärungsmodelle sichtbar macht, um überzeugen zu können (vgl. 3:202-205, 212-215). Zudem sei wichtig, dass neben der psychischen Stabilität auch ein gewisses reflektives Denken zu Tage komme über den gesellschaftlichen Kontext von psychischen Störungen sowie die Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion und die Intention, emanzipatorische und aufklärerische Arbeit zu leisten (vgl. 3:239-245).

## **4 Diskussion und Auswertung**

Im bevorstehenden, resümierenden Kapitel werde ich zunächst die Ergebnisse der Interviewuntersuchung inhaltlich diskutieren und verarbeiten. Anschließend möchte ich das methodische Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit kritisch bilanzieren.

### **4.1 Inhaltliche Diskussion**

Bevor ich die Resultate meiner Interview-Untersuchung inhaltlich diskutieren werde, möchte ich diese nochmals prägnant aufzeigen.

Die generellen Grundannahmen und Einschätzungen der Untersuchungsgruppe ergaben, dass sie mit einer gewissen Skepsis den Experienced Involved GenesungshelferInnen entgegentreten. Es bestehen Befürchtungen zur Integration in das Team, zu möglichen Konfliktquellen sowie der Tatsache, dass die EX-IN-Ausbildung den Psychiatrie-Erfahrenen keinen Nutzen bringe. Daneben zeigen sich allerdings auch Hoffnungen, durch EX-IN wirksame Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu gewährleisten, die Stigmatisierung von psychischen Störungen abzubauen, die Leistungen des (sozial-)psychiatrischen Hilfesystems bedarfsorientiert zu gestalten sowie die Aussicht zu einer persönlichen Weiterentwicklung.

Auch strukturell werden Schwierigkeiten erwartet, wodurch die Praxis beeinträchtigt werden könne. So hat die Interviewbefragung ergeben, dass den GenesungshelferInnen kein struktureller Sonderstatus eingeräumt werden würde, beispielsweise flexible Arbeitszeiten oder spezielles Coaching. Auch der Einsatz eines teaminternen Peer-Beauftragten wird einheitlich als Einschnitt in die Gleichberechtigung angesehen und somit abgelehnt. Eine weitere große strukturelle Hürde stellt für zwei der drei Interviewpartner die Finanzierung des Arbeitsentgeltes des/der Peer-SpezialistIn dar.

Im Bereich des Leistungsangebots zeigen die Ergebnisse die überwiegende Erwartung an eine Verbesserung der Bedarfsorientierung sowie der Weiterentwicklung des Teams. Die Vorstellungen der InterviewpartnerInnen zum Aufgabengebiet und zur Rollenverteilung zeigten sich als differenziert: Während sich einheitlich für eine klare Rollenzuteilung ausgesprochen wurde, variierten die Ideen zu den möglichen Aufgaben des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin von Vermittlungsfunktion, prak-

tische Hilfeleistung, Weitergabe des ‚Insiderwissens‘, über die Möglichkeit, durch Peer-SpezialistInnen besser in Kontakt zu KlientInnen treten zu können, bis hin zu Fortbildungs-Dozent, wofür sich zwei Gesprächspartner deutlich aussprachen. Eine weitere Möglichkeit sei die Einbeziehung in Planung und Konzeption oder sogar eine therapeutische Rolle mit Provokationsfaktor einzunehmen.

Allerdings beinhalten die Erwartungen der Fachkräfte auch Befürchtungen zu möglichen Konflikten. Diese können durch Integrationsschwierigkeiten in das Team infolge des Stigmas ‚psychisch krank‘ oder den Vorbehalten gegenüber Peers begründet sein. Grund für Spannungen können auch die Konkurrenzgedanken der Profis sein. Desweiteren wird erwartungsgemäß eine Gleichberechtigung zwischen Fachkräften und GenesungshelferInnen nicht zu erfüllen sein. Konfliktpotential könne auch die Grenzziehung der Peer-SpezialistInnen zu KlientInnen bergen, bei der die Profis mit Schwierigkeiten seitens der GenesungshelferInnen rechnen. Zudem ergab sich aus den Interviews auch die kollektive Einschätzung, dass das Outen der Psychiatrie-Erfahrung wohl schwierig und herausfordernd für die Experten aus Erfahrung werde. Während hierbei einerseits das politische und emanzipatorische Ziel der Peers, sich zu outen, unterstützt wird, bestehen andererseits auch die Sorgen, damit das falsche Ziel zu verfolgen oder die Stigmatisierung noch zu verstärken.

Als Vorbereitungsmaßnahme für die Beschäftigung sei ein gründlicher Kennenlernprozess notwendig, sowie die ausführliche Informations- und Austauschmöglichkeit für das Team, um Vorbehalten zu entgegnen und die Aufgaben- und Rollenfindung zu unterstützen. Voraussetzung für die erfolgreiche Integration und Zusammenarbeit sei die feste Überzeugung der Leitung, und bestenfalls auch des Teams, vom Nutzen der Experienced Involvement Ausbildung. Zudem, so der Tenor der GesprächspartnerInnen, sei für eine funktionierende Arbeitsgemeinschaft und jeglichen bevorstehenden Teamprozess, die individuelle Persönlichkeit des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin ausschlaggebend. Wichtig sei psychische Stabilität, Erfahrung im Umgang des Präsentierens ihrer Psychiatrie-Erfahrung sowie das Interesse daran, öffentlichkeitswirksam zu arbeiten.

Die Ergebnisse der Interviewuntersuchung sprechen dafür, dass von Seiten der Fachkräfte tendenziell die Einbeziehung von Peer-SpezialistInnen gutgeheißen und ihr

hoffnungsvoll begegnet wird. Allerdings bestehen zeitgleich große Zweifel und Skepsis über die Durchführbarkeit der Einbindung und gleichwertigen Zusammenarbeit. Betrachtet man diesbezüglich die bisherigen Erfahrungsberichte und theoretischen Erkenntnisse, so lassen sich, bestimmte Themen betreffend, Übereinstimmungen feststellen. Die Befürchtungen der InterviewpartnerInnen bezüglich Konflikte aufgrund Rollenunklarheiten und Konkurrenzgedanken, benennt beispielsweise auch Utschakowski (2010b) oder Heike Wolters (2010), EX-IN Genesungshelferin, in ihren Ausführungen. Auch die bisherigen theoretischen Erkenntnisse in Bezug auf das ‚in Kontakt treten‘ der Peers zu KlientInnen oder der Anpassung der Leistungen an die Bedarfsgerechtigkeit, wurden von den InterviewpartnerInnen als Erwartung benannt. Dadurch erschließt sich für mich, dass die Äußerungen der ForschungsteilnehmerInnen einen hohen realistischen Bezug haben und somit als Grundlage dieser Übersichtsarbeit dienen können. Zum aktuellen Zeitpunkt ist nun wichtig, dass das Projekt durchgeführt und somit ausprobiert wird. Den Schwierigkeiten, die sich währenddessen zeigen werden, muss in der Praxis lösungsorientiert entgegengetreten werden. Nur dadurch hat das Projekt die Chance, sich weiterentwickeln zu können, damit funktionierende und durchführbare Arbeitsweisen und Regelungen manifestieren können. Wirksame Lösungen werden sich langfristig auch durchsetzen können. Die Experienced Involvement Ausbildung befindet sich noch im Entwicklungsstadium.

Das Forschungsprojekt zu den Haltungen und Erwartungen von MitarbeiterInnen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes hat gezeigt, dass Fachkräfte wesentlich dazu bereit sind, ExpertInnen aus Erfahrung in den professionellen (sozial-)psychiatrischen Bereich einzugliedern. Die Grundhaltung stellt sich positiv dar, allerdings basierend auf Skepsis und Distanz, aus bereits aufgezeigten Gründen. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass die Ausbildung Erfolg habe – circa 50 Prozent der AbsolventInnen gehen einer bezahlten Beschäftigung nach. Dies soll an dieser Stelle ausdrücklich dargestellt werden: Das Konzept kann funktionieren – wenn auch mit gewissen Schwierigkeiten und Herausforderungen. Der Einsatz von ExpertInnen aus Erfahrung sichere die Qualität der Hilfe und trage zur bedarfsgerechten Entwicklung bei, so zeigen es die Erkenntnisse und auch Erwartungen der Fachkräfte. Grundlage für die funktionierende und wirksame Zusammenarbeit sei Offenheit. Die vorhandene Skepsis gegenüber Experienced Involvement scheint zum

Teil aufgrund nicht ausreichender Information zu bestehen, was durch eine gute Vorbereitung ausbalanciert werden kann. Wichtig ist die gegenseitige Rücksichtnahme und Toleranz der individuellen Wissensbestände. Die Forderung eines/einer Interviewten, Psychiatrie-Erfahrene sollen ihre Ressourcen besser in einem professionellen Studium zur Geltung bringen als in der Experienced Involvement Ausbildung, soll überdies kritisch betrachtet werden. Der finanziell, berufliche Aspekt scheint in diesem Falle zu greifen, allerdings können sich auch diesbezüglich im Laufe der Weiterentwicklung dieser Qualifizierung Besserungen ergeben. Desweiteren muss in Betracht gezogen werden, dass einige Psychiatrie-Erfahrene möglicherweise einerseits nicht den Anspruch verfolgen, sich aus finanziellen Gründen zu Peer-SpezialistInnen fortbilden zu lassen oder andererseits auch nicht den Weg eines/einer ExpertIn durch Beruf einschlagen möchten.

Im Laufe der Literatur- und Forschungsarbeit zu Experienced Involvement haben sich auch für mich einige grundlegende Anforderungen an eine Integration von EX-IN GenesungshelferInnen und auch DozentInnen gestellt, welche ich im Folgenden aufzeigen möchte, um sie anschließend zu diskutieren:

1. Festlegen eines klaren Aufgabengebiets, über das sowohl das Team als auch der/die GenesungshelferIn informiert ist, vorzugsweise im gemeinsamen Austausch.
2. Vor der Anstellung ein Kennenlernen ermöglichen.
3. Gegenseitige Toleranz: Toleranz der Fachkräfte gegenüber dem Erfahrungswert der Peers sowie Toleranz dieser gegenüber den theoretischen Handlungsansätzen und auch Erfahrungen der Fachkräfte.
4. Aktive Einbeziehung der EX-IN GenesungshelferInnen in Fallbesprechungen, Team-Supervision und auch Teamsitzungen.
5. Befugnis zur Akteneinsicht als Zeichen der Gleichberechtigung.
6. Letztliche Entscheidungsbefugnis bei Fachkräften.
7. Strukturelle Flexibilität für EX-IN GenesungshelferIn einräumen.



Die Benennung eines klaren Aufgabengebietes hat ihre Berechtigung, allerdings erscheint die Umsetzung dieser Forderung problematisch. Hier muss dringend das Beschäftigungsgebiet berücksichtigt werden, also ob ambulante Beratungsstelle, Tagesstätte oder Betreutes Wohnen. In jedem Bereich sind unterschiedliche Aufgaben denkbar. Ein Fauxpas wäre der alleinige Einsatz von EX-INs für praktische Tätigkeiten, wie Begleitungen zu Ämtern oder Ärzten. So könnte das Aufgabengebiet in einer Tagesstätte das ‚Mitwirken‘ und ‚Da sein‘ umfassen und die Möglichkeit für die Besucher gegeben sein, sowohl mit ExpertInnen durch Beruf als auch mit ExpertInnen aus Erfahrung ‚in Kontakt zu treten‘. Weiterhin kann beim Leistungsspektrum des Betreuten Wohnens die Vermittler-Rolle des Peers förderlich herausgearbeitet und genutzt werden. Nicht die alleinige Betreuung von ‚eigenen‘ KlientInnen erscheint mir hier sinnvoll, sondern vielmehr das zusätzliche Angebot des/der Peer-SpezialistInnen mit seinen/ihren spezifischen Fähigkeiten und Ressourcen, beispielsweise Kontaktarbeit, Insider-Wissen und Vermittlung zwischen KlientIn und Profi. Abgesehen davon, würde sich der Aufgabenkreis eines/einer EX-INs in einer ambulanten Beratungsstelle dahingehend unterscheiden, dass hier ein höheres Maß an Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit oder auch Kontaktmöglichkeit zu Angehörigen gefragt wäre. Dies verwirklicht vielmehr den öffentlichkeitswirksamen politischen Aspekt der Experienced Involvement Ausbildung, als beispielsweise die eben benannte direkte Arbeit an der Klientel, was eher die Intention der Betreuungsverbesserung anspricht.

Meinen Einschätzungen zufolge, wird eine tolerante, gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen EX-IN GenesungshelferIn und Profi nur ermöglicht, wenn eine gute Beziehungsbasis geschaffen ist. Hierfür ist ein Prozess des Kennenlernens nötig, wodurch Profis und EX-INs gegenseitig die Persönlichkeit des/der Anderen sowie dessen/deren (Fach- oder Erfahrungs-)Wissen kennen- und schätzen lernen können. Denkbar ist meines Erachtens folglich, den Bewerbungsprozess von Experienced Involvement GenesungshelferInnen ähnlich wie bei Fachkräften durch Probearbeiten zu erweitern, welches vielleicht sogar über ein oder zwei Wochen durchgeführt werden könnte. Ersatzweise hierfür bzw. dies überflüssig machend, können die Praxisphasen der Ausbildung dienen.

Zusammenhängend mit der Diskussion des Aufgabengebiets möchte ich auch die Rolle und die Befugnisse des/der GenesungshelferIn erörtern. Zweifelsohne soll eine Gleichberechtigung im Team ermöglicht werden, mit, wie bereits dargelegt, gesonderten Aufgaben und Zuständigkeiten. Um diese gleiche Augenhöhe der Individuen im Team zu bewerkstelligen, darf die Teilhabe der Peers an Supervision, Team- oder Fallbesprechungen nicht eingeschränkt sein. Auch der Einblick in die Akten soll ihnen nicht verwehrt bleiben. Deutlich herausstellen möchte ich allerdings, dass zur klaren Trennung der Aufgabenbereiche und Rollen und trotz einer Gleichberechtigung im Team auch eine eindeutige Zuständigkeit und letztliche Verantwortung jemandem zugesprochen werden muss. Hier stellt sich nun die Frage nach der Handhabung. Plausibel erscheint, dies nach aktuellem Erkenntnisstand den Fachkräften zuzusprechen. Begründung hierfür ist die auf Wissenschaften (z. B. Rechtswissenschaften) beruhende Ausbildung dieser. Bestärkend kommt auch die Tatsache hinzu, dass, wie vorhin aufgezeigt wurde, die Mehrheit der GenesungshelferInnen zuweilen geringfügigen Beschäftigungen nachgeht. Weiterhin schützt diese Befugnis sowohl den arbeits- und strukturtechnischen Rahmen als auch die Peers vor Überarbeitung oder zu hoher psychischer Belastung. An dieser Stelle möchte ich auch anmerken, dass durch diesen strukturelle Regelung in Bezug auf die Verantwortung, nicht die gleiche Augenhöhe im Team eingeschränkt werden soll. Die GenesungshelferInnen wären dadurch gleichberechtigt handlungsfähig, allerdings bei entscheidungsträchtigen Sachverhalten an Absprache mit Fachkräften gebunden. Dieser strukturelle Rahmen und die dargelegten Aufgabenbereiche sprechen des Weiteren dafür, den GenesungshelferInnen eine größere strukturelle Flexibilität zuzugestehen, was meiner Einschätzung zufolge zu einem offenen, entspannten und fruchtbaren Arbeitsverhältnis beitragen kann. Grundlegend für diesen Schritt ist allerdings auch die offene Absprache innerhalb des Teams, um keine Konkurrenzpotentiale herbeizuführen.

Überdies möchte ich auch die Erörterung der Besonderheit der Experienced Involvement Ausbildung aufgreifen, welche sich meiner Auffassung nach von der ehrenamtlichen Laienhilfe unterscheidet und anhand der Schaffung einer professionellen Basis davon abgrenzen kann. So muss der Sachverhalt, dass die EX-IN Auszubildenden während einer einjährigen gruppenorientierten Reflektionsphase, ihre Erfahrungen im (sozial-)psychiatrischen Bereich weiterentwickeln und darauf ein Handlungsverständnis aufbauen, dem ‚unqualifizierten‘ Handeln von Ehrenamtlichen gegen-

übergestellt werden. An dieser Stelle ist nochmals der Brückenschlag zu der Idee eines/einer Interviewpartners/Interviewpartnerin interessant, der/die die Effizienz von Experienced Involvement ‚anzweifelt‘ und ein auf die Psychiatrie-Erfahrung basierendes qualifizierendes Studium beispielsweise der Sozialen Arbeit als produktiver und gewinnbringender bezeichnet. Fraglich ist, ob ein Outen der Psychiatrie-Erfahrung im Rahmen eines Studiums möglich ist und ob dahingehend diese ‚mitgebrachte‘ Erfahrung genutzt werden kann – im persönlichen Bereich der Person wahrscheinlich, allerdings nicht mit einer öffentlich wirksamen politischen Tragweite. Dies ist meines Erachtens ein äußerst wichtiger Faktor der Experienced Involvement Ausbildung. Durch EX-IN kommt auch vor allem der politische Gedanke zum Tragen, nämlich wirksame Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungsarbeit zu leisten. Ich sehe vor allem in diesem Bereich große Perspektiven für Experienced Involved GenesungshelferInnen, etwas zu erreichen, einen Denkanstoß geben zu können. Und auch im Gegenzug für die gesellschaftliche Perspektive, erachte ich EX-IN als eine zukunfts effiziente Art und Weise, um Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Ist somit vielleicht die praktische Tätigkeit in der (Sozial-)Psychiatrie nicht das Optimum für den Einsatz von Peer-SpezialistInnen, so stellt doch gewiss genau dieses Tätigkeitsfeld der Öffentlichkeitsarbeit den ExpertInnen durch Erfahrung ein Wirkungsgebiet mit Zukunft dar. Auch rechne ich bei EX-IN GenesungshelferInnen mit der Fähigkeit zur kritischen Reflektion des Versorgungssystems und der darin Involvierten: sowohl Fachkräfte, Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene als auch politische Akteure und Ebenen. Zwar agieren auch Selbsthilfeorganisationen politisch, allerdings erhoffe ich bei EX-INlerInnen über einen übergreifenden systemkritischen Ansatz, der die eben benannten Akteure beleuchtet. In diesem Bereich sehe ich persönlich die größte Perspektive für aber auch durch Experienced Involvement.

Zusätzlich möchte ich nun noch auf die Option der Tätigkeit als Experienced Involved DozentIn zu sprechen kommen, was im Rahmen dieser Arbeit nur knapp angeschnitten wurde. Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen erachtet die Möglichkeit, die Peers als FortbildungsdozentInnen einzusetzen als wertvoll und unproblematisch umzusetzen. So sehe auch ich dieses Tätigkeitsfeld als sinnvolles Leistungsangebot sowohl für Fachkräfte in der Praxis als auch bereits in der Lehre von diesen. Der Einsatz von Experten aus Erfahrung in der Bildung von Profis kann meinen Einschätzungen zufolge den Prozess der Entwicklung zu einer modernen (Sozial-)

Psychiatrie unterstützen. Es stellt eine fortschrittliche Idee dar, um die Erfahrenenperspektive und Nutzerorientierung in den professionellen Bereich schon in der Basis zu verankern. Dies könnte sowohl in der Ausbildung von (Fach-) KrankenpflegerInnen als auch im Studium der Sozialen Arbeit oder beispielsweise in der weiterführenden Ausbildung für den Facharzt (z. B. Psychiatrie) berücksichtigt und auch realisiert werden. Psychiatrie-Erfahrene als ExpertInnen durch Erfahrung bereits in die Lehre zu integrieren, könnte ein Zukunftsprofil für die moderne (Sozial-)Psychiatrie darstellen.

#### **4.2 Methodische Diskussion**

Ein Vorteil der Wahl zu qualitativen Interviews ist die inhaltliche Reichhaltigkeit, trotz einer begrenzten Anzahl an InterviewpartnerInnen. Ich denke, dass mir das Vorhaben, einen exemplarischen Querschnitt zur Erfassung der Expertenmeinung, auch mit lediglich drei GesprächspartnerInnen, gelungen ist. Der Indikator hierfür ist, dass die Interview-Ergebnisse exemplarisch wichtige Tendenzen aufzeigten. Allerdings möchte ich an dieser Stelle nochmals erwähnen, dass diese Untersuchung keine repräsentativen Ergebnisse hervorbringen wird, sondern den bescheidenen Anspruch als ‚Ideensammlung‘ hat.

Die Gestaltung des Leitfadens, der zunächst sehr umfangreich zu sein schien, erfüllte vorab den Zweck als Informationsquelle der InterviewpartnerInnen. Zudem konnte ich mich während der Interviews thematisch orientieren und ihn allerdings individuell handhaben. Somit wurde der Gesprächsverlauf nicht eingeschränkt. Kritisch betrachtet würde ich bei einer Folgeuntersuchung oder bei weiteren Forschungsvorhaben einen einheitlichen Leitfaden für die TeilnehmerInnen gestalten, damit schlussendlich eine genauere Vergleichbarkeit der Ergebnisse erzielt werden kann. Zudem müsse sichergestellt werden, dass die Hauptfragen bei jedem Interview abgefragt werden und nicht im Gesprächsfluss untergehen. Wenige Gliederungspunkte haben sich im Nachhinein als unwichtige Daten erwiesen, wie beispielsweise die Frage zur Wichtigkeit von Teamarbeit. Bei einer mehrmaligen Durchführung hätte die Möglichkeit bestanden, dies zu eruieren und zu verbessern.

Zur Vorgehensweise der Kategorisierung kann ich betonen, dass sich hierfür, wie bereits angemerkt, die Vorgliederung durch den Leitfaden als hilfreich erwies. Des-

weiteren konnte anhand der Tabellarisierung und infolgedessen der Generalisierung bzw. der Reduktion zügig eine Logik und Übersicht der Ergebnisse erstellt werden. Eine Herausforderung bezüglich der Kategorisierung war die Zuordnung mancher Aussagen in ihrer Zweideutigkeit zu einer Kategorie, wie beispielsweise der Sachverhalt des Peer-Betreuers, der thematisch sowohl zu strukturellen Themen als auch zu Diskussion der Gleichberechtigung in der Kategorie ‚Konfliktpotential‘ geordnet werden hätte können. Schwierig war außerdem, die zum Teil widersprüchlichen Aussagen der Teilnehmer auszuwerten und zu verarbeiten. In den meisten Fällen tendierten zwei der drei Meinungen in die gleiche Richtung, weshalb ich mich darauf konzentrierte, die Gegenmeinung jedoch auch benannte.

Rückblickend gesehen und auf Grundlage der Interview-Ergebnisse ergaben sich durch die Wahl zum qualitativen Experteninterview-Methodik einige Einschränkungen. Während die persönliche Gesprächsführung zu einer Informationsreichtum führen kann, schränkt sie möglicherweise gleichzeitig die Bereitschaft der Forschungsteilnehmer ein, sich zu öffnen. So hatte ich den Eindruck, dass einige Aussagen recht überlegt getroffen wurden und beispielsweise bei einer anonymisierten Fragebogen-Befragung sehr viel offenere, vielleicht auch mutigere Thesen genannt werden würden. Dies hätte allerdings einen völlig anderen Zugang zur Fragestellung benötigt. Die Überlegung wäre hingegen sinnvoll, um beispielsweise die Bereitschaft zur Integration von GenesungshelferInnen im Team quantitativ zu untersuchen. Um hierfür eine Repräsentativität zu erhalten, müsste das Forschungsfeld ausgedehnt werden auf verschiedene ambulante sowie stationäre Hilfen in beispielsweise einer Stadt. Die Chancen für interessante Ergebnisse wären bei dieser Untersuchung sicherlich hoch, allerdings würde es den Rahmen einer Bachelorarbeit von 40 - 60 Seiten Umfang weitaus übertreffen.

Alternativ wäre erdenklich, nach den Einzelinterviews die TeilnehmerInnen zu einer Gruppendiskussion einzuladen, wodurch die spezifischen Meinungen diskutiert und präzisiert werden könnten. Somit könnte durch das freie Gespräch die Manifestation der Tendenzen festgestellt werden. Allerdings berge dies einerseits die Gefahr der Beeinflussung sowie andererseits des Kontrollverlustes über den Gesprächsverlauf.

Im Laufe der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass einige Bereiche des Forschungsprozesses optimaler gestaltet hätten werden können. So würde ich mittler-

weile eine höhere Anzahl an InterviewpartnerInnen aus unterschiedlichen Einrichtungen wählen. Auch das Führen eines Interviews entlang eines Leitfadens, bzw. das Fokussieren oder Unterstützen des Gesprächsflusses will erprobt sein. Daher hätten, mit einer gewissen Erfahrung, eventuell individuellere und spezifischere Details herausgearbeitet werden können. Insgesamt zeigte sich die Methodenwahl zur Erfüllung der Zielsetzung, somit für das Darstellen der Hoffnungen und Erwartungen der Mitarbeiter und um einen Überblick darzustellen, durchaus als geeignet.

## **5 Zusammenfassung**

Die Erforschung der Haltungen und Erwartungen sozialpsychiatrisch tätiger Fachkräfte ergab tendenziell eine hoffnungsvolle, allerdings skeptische Grundhaltung gegenüber dem Experienced Involvement Projekt bzw. der Beschäftigung der dadurch ausgebildeten GenesungshelferInnen. Generell wird eine Veränderung der Leistungsqualität hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit und Optimierung der spezifischen Leistungen erwartet. Während die Fachkräfte mit zukunftsweisenden Veränderungen der Qualität des Hilfespektrums oder dem gesellschaftlichen Bild von Menschen mit psychischen Störungen rechnen, befürchten die sie gleichermaßen hohes Konfliktpotential aufgrund von Teamprozessen, wie Rollenfindung, oder Kontaktschwierigkeiten zu KlientInnen. Bezüglich der Arbeitsleistungen des/der Genesungshelfers/Genesungshelferin bestehen Diskrepanzen in den Aussagen – die Vorstellungen über die Aufgabenbereiche variieren von ‚Vermittler‘ über ‚praktische Tätigkeiten‘ oder ‚Fortbildungsdozent‘ bis zu ‚therapeutischen Aufgaben‘. Desweiteren werden Hindernisse auf struktureller Ebene erwartet, wie die Finanzierung der Gehaltskosten von Peer-SpezialistInnen. Als Lösungsoptionen nannten die InterviewpartnerInnen einige Vorbereitungsmöglichkeiten und voraussetzende Bedingungen an die Peers, die jedoch auch einen strukturellen Mehraufwand für die Fachkräfte mit sich bringen. So können ein intensiver Kennenlernprozess, umfassende Informationen, und eine gefestigte Persönlichkeit des Peers mit einem gewissen Maß an psychischer Stabilität oder ein Team, welches fest von der Experienced Involvement Idee überzeugt sei, dem Erfolg der Zusammenarbeit behelfen.

Wie auch geschildert wurde, steht das Projekt ‚Experienced Involvement‘ noch in seinen Kinderschuhen, weshalb sich in den kommenden Jahren in dieser Hinsicht einiges entwickeln könne. Langfristig wird sich auch zeigen, ob die erfolgreiche Integration von Peer-SpezialistInnen in die (sozial-)psychiatrische Praxis mit Erfolg gelingen wird oder ob es sich zerwerfen wird. Momentan ist nach aktuellem Stand noch keine eindeutige Zukunftsprognose abzugeben.

So werden sich auch für den bayerischen und speziell Münchner Raum ab Frühjahr 2012 die Pforten für Experienced Involvement öffnen und man darf gespannt sein, welche Entwicklungen sich in Folge darauf für das Hilfesystem ergeben werden.

## **6 Eigenständigkeitserklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt sowie Zitate kenntlich gemacht habe.

Ich versichere ferner, dass die Arbeit noch nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

München, den 04.09.2011



## 7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klemmert, Oskar (2001) Stationen einer „Karriere“ vom Betroffenen zum Profi. S. 90. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 2001 (1) S. 83-104.

Abbildung 2: Knuf Andreas (2009) nach Ralph u. a. 2004. Gesundungswege. In: Knuf, Andreas (2009) Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 2. Auflage. S. 14. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Abbildung 3: Davidson, Larry; Chinman, Matthew; Kloos, Bret; Weingarten, Richard; Stayner, David; Kraemer Tebes, Jacob (1999) Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. In: Clinical Psychology. Science and Practice. Jg. 6(2). S. 177.

Abbildung 4: Auszug aus der Auswertungstabelle. Eigene Darstellung.

## 8 Quellenverzeichnis

Curriculum zur Ausbildung von Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. Erhalten von Utschakowski Jörg.

Flyer des Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. Gemeinsam sind wir stark.

Krücke, Miriam (2011) Austausch über Begriffsklärung ‚Psychiatrie-Erfahrung‘. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene e.V. Email: B\_P\_E@gmx.de

Kurzexposé. Experienced Involvement EX-IN, Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen. Meinhart, Thomas; Ziegler-Krabel, Eva (o. J.)

Meinhart, Thomas (2011) Persönliches Hintergrundgespräch geführt von der Verfasserin. München, 05.08.2011

Satzung Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. Verfügbar über: [http://www.die-bpe.de/die-bpe\\_satz.pdf](http://www.die-bpe.de/die-bpe_satz.pdf) (Zugriffsdatum: 21.05.2011)

Stier, Susanne (2011) Persönliches Hintergrundgespräch geführt von der Verfasserin. München, 05.08.2011.

Utschakowski, Jörg (2011) Informationsaustausch. Email: [utschakowski@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de](mailto:utschakowski@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de)

## 9 Literaturverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) (2010) Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke. Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007). Verfügbar über: [http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0072\\_TAB%201.Teil%2010-11-18.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0072_TAB%201.Teil%2010-11-18.pdf) (Zugriffsdatum: 20.05.2011).

Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2007) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bock, Thomas (2009) Aus Erfahrung anders – ein Überblick. In: Soziale Psychiatrie. Jg. 2009 (1) S. 4-5.

Bock, Thomas (2010) Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 22-32. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bodzin, Esther (2010) Aus dem Innern heraus arbeiten. Erfahrungen mit der EX-IN-Ausbildung. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 103-111. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2002) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2002) Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2002) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. S. 33-70. Opladen: Leske + Budrich.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2003) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Heft 9. Frankfurt am Main: BAR

- Davidson, Larry; Chinman, Matthew; Kloos, Bret; Weingarten, Richard; Stayner, David; Kraemer Tebes, Jacob (1999) Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. In: Clinical Psychology. Science and Practice. Jg. 1999(2). S. 165-187.
- Duden (2000) Das große Fremdwörterbuch. Duden. Mannheim: Dudenverlag
- EX-IN c/o Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. (o. J.) Fortbildungen. Verfügbar über: <http://ex-in.info/virthos.php?105> (Zugriffsdatum: 28.08.2011)
- EX-IN Deutschland (o. J.) Startseite. Verfügbar über: <http://www.ex-in.de/> (Zugriffsdatum: 11.08.2011)
- EX-IN Nordrhein-Westfalen (o. J.) EX-IN Kosten und Finanzierung. Verfügbar über: [http://www.ex-in-nrw.info/html/ex-in\\_finanzierungsmoglichkeit.html](http://www.ex-in-nrw.info/html/ex-in_finanzierungsmoglichkeit.html) (Zugriffsdatum: 30.07.2011)
- Flick, Uwe (2010) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.) (2008) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe (2008) Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.) (2008) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. S. 252-265. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; von Rosenstiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hg.) (1995) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Freitag, Ramona (2011) Experienced Involvement - EX-IN. Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als Experten aus Erfahrung. In: sozialpsychiatrische Informationen. Jg. 41 (1). S. 30-32.
- Haselmann, Sigrid (2008) Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert. Ein Lehrbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

- Helfferrich, Cornelia (2004) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Verfügbar über: <http://emedial1.bsb-muenchen.de/han/SPRINGEREBOOKS-O/www.springerlink.com/content/p44p47/#section=510101&page=1> Zugriffsdatum: 20.05.2011)
- Herriger, Norbert (o. J.) Grundlagentext Empowerment. Verfügbar über: <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html> (Zugriffsdatum: 29.07.2011).
- Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid (IGPB) (o. J.) Home. Zugriff über : <http://www.igpb.nl/> (Zugriffsdatum: 29.07.2011)
- Kempen, Denise (2007) Aufklärung von Gleich und Gleich. Peer-Education in der Suchtprävention. Marburg: Tectum Verlag.
- Klemmert, Oskar (2001) „Experte aus Betroffenheit“. Wird im neuen Jahrhundert die Tür zu einer alternativen Professionalität aufgestoßen? In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 32 (1) S. 83-104.
- Knuf, Andreas (2010) Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 33-47. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, Andreas (2009) Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret; Seibert, Ulrich (2007) Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krumm, Silvia; Becker, Thomas (2006) Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiatrische Praxis. Band 33 (2). S. 59-66.
- Lamnek, Siegfried (1995) Qualitative Sozialforschung. 3. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

- Mayring, Philipp (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.) (2008) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. S. 468-475. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring, Philipp (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002) ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2002) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. S. 71-93. Opladen: Leske + Budrich.
- Mücke, Beate; Raetzer, Susanne (2010) Bezugsbetreuung in der Krisenpension. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 157-167. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Münchener Psychiatrie-Erfahrene e.V. (MüPE e.V.) (o. J.) Über uns. Verfügbar über: [http://muepe.org/Ueber\\_Uns/ueber\\_uns.htm](http://muepe.org/Ueber_Uns/ueber_uns.htm) (Zugriffsdatum: 27.05.11)
- Osterfeld, Margret (2006) Vor der Tatsache des Krankwerdens habe ich keine Angst mehr. Nur vor der Tatsache, so behandelt zu werden, habe ich Angst. In: Prins, Sybille (2006) Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. S. 53-72. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH.
- Prins, Sybille (2006) Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen. Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH.
- Prins, Sybille (2003) Patienten an die Macht? – Nutzerkontrolle durch Psychiatrie-Erfahrene. In: Vieten, Bernward; Güntert, Bernhard (Hg.) Qualitätsmanagement im psychiatrischen Arbeitsalltag – vom Unterschied zwischen Etikett und Inhalt. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Räthke, Claus (2010) Mit EX-IN auf den ersten Arbeitsmarkt. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum

- Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 132-136. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Scheffel, Rolf (2010) Mein eigentliches Wesen gefunden. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 127-131. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Seibert Ulrich (2007) Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie. In: Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret; Seibert, Ulrich (2007) Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. S. 113-130. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Siegelberg, Udo (2010) Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychiatrieerfahrenen. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 141-147. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stier, Susanne; Meinhart, Thomas (2010) EX-IN Experienced Involvement. Wie Peers die Psychiatrie verändern... Verfügbar über: [http://www.baygsp.de/download/vortrag%20ex\\_in%20psag%20paffenhofen.pdf](http://www.baygsp.de/download/vortrag%20ex_in%20psag%20paffenhofen.pdf) (Zugriffsdatum: 29.07.2011)
- Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (2010b) Ausblick: EX-IN – Zukunftsperspektiven. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2010a) Licht am Ende des Tunnels. Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. In: pflegen: psychosozial. Zeitschrift für die professionelle psychiatrische Arbeit. Jg. 10 (3). S. 29-33.
- Utschakowski, Jörg (2010b) Strukturelle Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas

- (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 70-79. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2010c) Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 82-90. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2010d) Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 14-21. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg (2010e) Vom Erfahrenen zum Experten. Peers verändern die Psychiatrie. EX-IN Fachtag, 23.02.2010. Verfügbar über: [http://www.ex-in-nrw.info/EX-IN\\_Jorg\\_U\\_Fachtag.pdf](http://www.ex-in-nrw.info/EX-IN_Jorg_U_Fachtag.pdf) (Zugriffsdatum:05.08.2011)
- Utschakowski, Jörg (2009) Psychiatrie-Erfahrung als Kompetenz: Das Projekt EX-IN. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Themenschwerpunkt: Qualifizierung und Personalentwicklung. Jg. 09 (1) S. 19-21.
- Utschakowski, Jörg (2007) Experten durch Erfahrung. Neue Wege der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen. In: Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret; Seibert, Ulrich (2007) Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. überarbeitete Auflage. S. 272-300. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Van Haaster, Harrie (2010) Der Wert der Erfahrung. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 48-57. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Verband der bayerischen Bezirke (2006) Rahmenleistungsbeschreibung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern. Beschluss des Hauptausschusses vom 20. Oktober 2006. Verfügbar über: [http://www.bezirk-oberbayern.de/media/custom/379\\_2063\\_1.PDF](http://www.bezirk-oberbayern.de/media/custom/379_2063_1.PDF) (Zugriffsdatum: 29.07.2011)
- Wiedemann, Christine (2010) Vom eigenen Erleben ausgehen. Dozentin mit Psychoseerfahrung. In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Tho-

mas (Hg.) (2010a) Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. S. 116-121. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wolff, Stephan (2009) Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. 1. deutsche Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

World Health Organization (WHO) (2005) Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Verfügbar über:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf) (Zugriffdatum: 05.08.2011)



# Anhang

## *Interviewleitfaden*

---

### **Team:**

- Allgemein: Was heißt Teamarbeit für Sie?
- Was würden sie als erfolgreiche Teamarbeit bezeichnen? Ist Ihnen das wichtig?

Ich habe gelesen, dass der Beginn einer Zusammenarbeit mit Genesungshelfer für ein Team nicht immer reibungslos abläuft. Es bestehen beiderseits Vorurteile oder Unsicherheiten, auch bezüglich der Aufgaben- und Rollenverteilung.

- Haben Sie Erwartungen oder Befürchtungen hinsichtlich der eben genannten Problematik? Rollenverteilung?
- Vermuten Sie größere Schwierigkeiten bei der Integration eines EX-INlers in das Team als bei einem Sozialpädagogen oder Psychologen?
- Wie denken Sie über eine Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe?
- Befürchten Sie Konflikte aufgrund gefühlter Ungleichheiten oder Ungerechtigkeiten im Vergleich der beiden Dienstverhältnisse? Z. B. wenn der Genesungshelfer mehr Coaching oder Supervision erhält?
- Inwieweit rechnen Sie mit einem Mehraufwand für sich selbst?
- Ein schwieriges Thema, was jedoch in der Literatur zur Peer-Arbeit von EX-IN oft erwähnt wird, sind vermeintliche Konkurrenzgedanken unter den verschiedenen professionellen Berufsfeldern, also Sozialarbeiter, Psychologen oder auch den Genesungshelfern. Was denken Sie hierzu?

### **Klienten und Arbeit:**

- Wie ist Ihre Einschätzung? Wie stabil soll/muss der Genesungshelfer sein, wenn er professionell arbeiten will?  
Befürworten Sie eine zeitliche Grenze, wie lang die letzte akute Phase vergangen sein muss?
- Befürchten Sie, dass EX-IN Genesungshelfer zu instabil sein könnten?
- Es ist den Genesungshelfern freigestellt, mit den Klienten Freundschaft zu schließen. Was denken Sie diesbezüglich?
- Wie erwarten Sie das Verhältnis zu den Klienten?
- Wie schätzen Sie dieses Ungleichgewicht der Beziehungen ein?
- Was halten Sie davon, dass der Psychiatrie-Erfahrene in die Vermittlerrolle zwischen Profi und Klient treten kann?

Ich habe von einigen psychiatrienerfahrenen Professionellen gelesen, die sich aus verschiedenen Gründen nicht outen. Z. B. um den Klienten nicht zu überrumpeln oder um nicht als schwächer als die Kollegen eingestuft zu werden. Bei den EX-IN Genesungshelfern und Dozenten wird dies von vornherein anders laufen, da hier die Psychiatrieerfahrung bekannt ist.

- Denken Sie, dass die Klienten negativ reagieren werden/können?
- Oder glauben Sie an die Möglichkeit, dass es sich langfristig zu einer Outing-Welle entwickeln wird? Dass die Psychiatrie-Erfahrung als zusätzliche Kompetenz gesehen wird?

### **Qualität:**

- Inwieweit unterstützt Ihre Einrichtung die Nutzerbeteiligung oder -kontrolle? Haben Sie diesbezüglich schon Erfahrungen und Kontakte zu Psychiatrie-Erfahrenen?
- Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeit der Leistungen durch einen Genesungshelfer?
  - Strukturqualität (Personalzusammensetzung)?
  - Organisierung der Einrichtung? Vernetzungsoptionen?
  - Prozess- und Ergebnisqualität (passgenauere Leistungsbereitstellung)?
- Erhoffen Sie sich konkret etwas von den Experten durch Erfahrung zu lernen? Wenn ja, was?
- Zu welchen Themen können Sie sich Fortbildungen durch den Genesungshelfer vorstellen?

### **Konfliktpotential:**

Jede Teamstruktur und jeder Veränderungsprozess bringt Konfliktpotential mit sich.

- Inwieweit rechnen Sie mit Konfliktpotential bei der Integration und dem Einsatz von EX-IN-Genesungshelfer?
  - Vorurteile?
  - strukturell (Entgeltstufe etc.)
  - im Prozess der Leistungserbringung
- Befürchten Sie eine Gefährdung des Teams? Oder der Qualität der Hilfe?

### **Spezifische Fragen an SozialarbeiterIn/PsychologIn:**

- Welche Arbeitsaufträge würden Sie dem Genesungshelfer zuteilen?
- Rechnen Sie hiermit mit Überschneidungen zu Ihren Aufgaben? Hat das für Sie Konfliktpotential?
- Was denken Sie dazu, dass ein Genesungsbegleiter in Freundschaft mit den Klienten stehen kann?
- Sehen Sie hier Konfliktpotential zwischen den Disziplinen (Sozialarbeiter und Psychologe vs. Genesungshelfer)?
- Eine EX-IN Genesungshelferin berichtete in der Literatur, dass es gefährlich sei, „zwischen die Fronten“ von Klient/Patient und Profi zu gelangen. Wie schätzen Sie in dieser Genesungshelfer-Klienten-Konstellation die Loyalität zu den Teamkollegen ein?

### **Spezifische Fragen an die Leitung:**

- Was bewegt Sie dazu, einen EX-IN-Genesungshelfer anzustellen?
- Mit welchen Veränderungen ihrer Einrichtung rechnen Sie?
- Welche Kompetenzen soll/kann der Genesungsbegleiter an das Team weitergeben?
- Welche Aufgaben/Rolle wird der EX-IN-Genesungsbegleiter zugeteilt?
- Mit welchen Prozessen der Teamstruktur rechnen Sie?
- Vermuten Sie Konkurrenzgedanken zwischen Sozialarbeiter, Psychologen und Genesungshelfer?
- Wie werden Sie als Leitung die Rollenfindung im Team steuern?
- Inwieweit erwarten Sie einen strukturellen Mehraufwand?

- In welchen Bereichen wird dieser auftreten?
- Wie werden die Genesungshelfer finanziert?
- Wie werden Sie als Leitung sich auf das neue Teammitglied vorbereiten?
- Können Sie sich vorstellen, den EX-IN Genesungshelfer auf lange Sicht in die Konzeption und Weiterentwicklung ihrer Einrichtung mit einzubeziehen? Als Experte in eigener Sache?
- Wie wollen Sie konkret den Genesungshelfer in die Arbeit einführen und den Klienten bekannt machen? Planen Sie vor der Einführung konkrete Besprechungen mit dem Genesungshelfer?
- Rechnen Sie damit, dass ein EX-IN Genesungshelfer besondere Flexibilität in der Arbeitsstruktur benötigt? Was sind ihre speziellen Überlegungen hierzu?

## *Transkription der Interviews*

---

1 Transkript Interview 1

2

3 Interviewpartner: IP

4 Interviewer: I

5

6 I: Können Sie mir vielleicht erst mal noch erklären, was genau Ihr Aufgabengebiet im  
7 SPDi ist?

8

9 IP: Also ich bin Fachdienstleiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, was gleichbedeutend  
10 ist mit der Leitung der ganzen Stelle.

11

12 I: Der ambulanten Beratungsstelle, oder?

13

14 IP. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist ja mehr als wie ambulante Beratungsstelle, also,  
15 umfasst mehr Bereiche, da gehört dazu die Tagesstätte, die Gerontopsychiatrische  
16 Fachstelle, da gehören dazu zwei Zuverdienstprojekte und es gehört dazu Betreutes  
17 Einzelwohnen, das wir auch anbieten.

18

19 I: Und um jetzt zum Thema zu kommen. Wann haben Sie denn das erste Mal von  
20 Experienced Involvement gehört?

21

22 IP: Also genau kann ich es nicht sagen. Aber ich denke, es dürfte in etwa zwei Jahre her  
23 sein.

24

25 I: Was war da so Ihr erster Gedanke dazu?

26

27 IP: Ach, ja er war sehr zwiespältig. Also auf der einen Seite fand ich das eine sehr  
28 interessante Geschichte, weil ich so das Gefühl bekommen habe, in der letzten Zeit, dass  
29 es wichtig ist, so im Hinblick auf dialogisches Denken, die Miteinbeziehung von  
30 Betroffenen zu forcieren, und dass dies ein nächster konsequenter Schritt ist.  
31 Andererseits ist es natürlich auch etwas völlig neues, ohne große Erfahrungen damit zu  
32 haben und deshalb natürlich auch mit einer gewissen Skepsis verbunden.

33

34 I: Jetzt sind Sie ja jetzt nicht direktes oder typisches Teammitglied sondern stehen in Ihrer  
35 Funktion als Leitung ein bisschen übergreifend. Was bedeutet denn Teamarbeit für Sie?  
36 Vor allen Dingen was verstehen Sie unter einer erfolgreichen Teamarbeit?

37

38 IP: Also zunächst mal denke ich, dass Teamarbeit für eine Einrichtung wie dem  
39 Sozialpsychiatrischen Dienst unerlässlich ist. Ich glaube es ist deshalb unerlässlich, weil  
40 vertrauensvolles Zusammenarbeiten unter Kollegen, eine Unterstützung untereinander,  
41 eine Intransparenz untereinander für unsere Arbeit, denke ich, auch im Hinblick auf die  
42 Gewinnung von Neuerkenntnissen, von Ideen, von Rückblicken einfach unerlässlich ist.

43

44 I: Und jetzt habe ich gelesen, dass es oft zu Schwierigkeiten kommen kann, wenn ein EX-  
45 IN Genesungshelfer in das Team integriert wird. Befürchten Sie Probleme mit Vorurteilen  
46 oder mit Unklarheiten von der Rollenverteilung?

47

48 IP: Zunächst mal würde ich das unterstreichen, dass es Probleme gibt, also das könnte  
49 ich mir auch vorstellen. Dann glaube ich, dass es gut vorbereitet werden müsste und ich  
50 denke, dass es auch Probleme geben könnte im Hinblick auf Rollenverteilung und darauf,  
51 auch klare Rollen auch auf Dauer besetzt zu halten.

52

53 I: Hätten Sie denn einen bestimmten Aufgabenbereich für den Genesungshelfer oder  
54 würden Sie ihm eher eine Vermittlerrolle zwischen Klient und Profi zuweisen?

55  
56 IP: Also es ist insofern schwierig zu beantworten für mich, weil für uns es Neuland ist und  
57 es keine Erfahrungen gibt. Ich würde sehr stark darauf hinwirken, dass der EX-INler  
58 Aufgaben übernimmt, die sich eigentlich, zumindest anfangs, relativ klar inhaltlich von der  
59 Arbeit einer Fachkraft unterscheidet. Also ich würde schon sehr stark darauf Wert legen,  
60 dass es eine klare Rollenverteilung gibt und würde am Anfang sehr vorsichtig vorgehen.  
61  
62 I: Dann eher in Kooperation mit den Profis und als Unterstützung oder eben in der  
63 Vermittlerposition?  
64  
65 IP: Also ich würde es zunächst einmal sicher als unterstützende Aufgabe sehen und klar,  
66 in der Vermittlerposition. Aber auch in einer Rolle, die, denke ich, sehr eigen ist, die sonst  
67 vermutlich auch niemand besetzen kann.  
68  
69 I: Und denken Sie, dass es möglich wäre, dass im Team eine gleiche Augenhöhe  
70 bestehen würde zwischen den Teammitgliedern?  
71  
72 IP: (seufzt) Ähm, ich glaube nicht, dass das möglich ist.  
73  
74 I: Sie denken also, dass ein Spalt zwischen Profis und EX-IN Genesungshelfer besteht.  
75  
76 IP: Also ich denke, dass das ganze Projekt EX-IN derzeit in einem Stadium ist, in dem die  
77 Vorbehalte der Profis noch sehr groß sind, dass es zunächst nicht gelingen kann, es  
78 tatsächlich auf eine völlig gleichberechtigte Ebene zwischen Profis und EX-INS  
79 hinzubekommen.  
80  
81 I: Vorbehalte auch auf die psychische Stabilität oder auf ...  
82  
83 IP: Glaub ich gar nicht. Also ich glaube nicht, dass es um die psychische Stabilität geht.  
84 Sondern ich glaube, die Vorbehalte liegen eher darin behaftet, die Angst der Profis um  
85 ihre eigene Rolle des Profis und die Profis sehr viel Wert darauf legen würden, eine Rolle  
86 zu erfüllen, die ein Betroffenen nicht übernehmen kann und sollte. Ich glaub, dass es eher  
87 das ist. Ich glaube nicht, dass die Angst vorherrschen würde, dass jemand in die Krise  
88 rutscht oder krank wird.  
89  
90 I: Okay. Also glauben Sie auch nicht, dass sich noch ein Mehraufwand für die  
91 Teammitglieder durch eine Einstellung eines EX-IN Genesungshelfers ergeben würde?  
92  
93 IP: Ich glaube, dass im Team schon die Angst dahingehend vorherrschen könnten, dass  
94 es Mehrarbeit ist, ja. Zunächst glaube ich, dass, bevor man sich an so etwas heranwagen  
95 würde, man zunächst die Strukturen, die jetzt unbekannt sind, genauestens und relativ  
96 detailliert besprechen müsste und noch massiv am Angstabbau und Vorbehaltsabbau  
97 innerhalb des Teams arbeiten müsste.  
98  
99 I: Da wäre auch noch viel Öffentlichkeitsarbeit und Informationsarbeit.  
100  
101 IP: Also auch nach außen hin. Und auch im Hinblick auf die Einarbeitung des neuen  
102 Kollegen, aber auch der Strukturierung des Dienstes. Wie kann denn die  
103 Öffentlichkeitsdarstellung desjenigen überhaupt ausschauen? Wie stellt er sich denn  
104 selbst dar? Als was stellt er sich denn dar? Ja und um das klar zu bringen, vorab, wie das  
105 ausschauen könnte, ich glaube, da steckt eine Menge an Arbeit dahinter.  
106  
107 I: Ja, wenn man ein bisschen in der Literatur über Experienced Involvement liest, stößt  
108 man immer wieder darauf, dass die Profis Konkurrenzängste haben in Bezug auf ihren  
109 Job. Da die EX-INler meistens auf einem niedrigeren Lohnniveau eingestellt werden und  
110 somit billigere Arbeitskräfte sind. Was denken Sie dazu?

111

112 IP: Ja es ist natürlich generell eine sehr gefährliche Geschichte. Dieses Denken kommt  
113 nicht nur bei den Fachleuten auf, die hier im Dienst arbeiten, sondern, ich weiß jetzt nicht  
114 ob das den Rahmen der Frage sprengt, aber natürlich auch bei den Kostenträgern. Die  
115 Vorstellung bei den Kostenträgern, dass sie aufgrund einer niedrigeren Bezahlung Geld  
116 sparen können, kommt schon auf. Aber ich denke schon, dass es auch innerhalb der  
117 Fachleute, der Profis ein großes Konkurrenzdenken gibt, weil sie glauben, dass vieles an  
118 Wissen, an Techniken ihnen als Profis vorbehalten ist.

119 Und ich muss für mich gestehen, ich bin auch unsicher, wie sich so etwas entwickeln  
120 könnte, aber es wäre zumindest spannend, es einmal auszuprobieren, oder einfach mal  
121 zu überlegen. Aber sicher bin ich mir nicht, ob es funktioniert.

122

123 I: Ja es ist beiderseits. Es kann sehr gut laufen, aber es kann auch Problematiken auch im  
124 Team oder auch in der Qualität der Hilfe mit sich bringen.

125

126 IP: Ich vermute mal, dass es sehr stark von den Akteuren abhängt. Natürlich von den  
127 Profis auf der einen Seite, aber die gibt es ja schon, die kann man ja nicht austauschen.  
128 Aber auf der anderen Seite die vielleicht einzustellenden Betroffenen, ich glaube, dass es  
129 erfordert eine gewisse Persönlichkeit, um diese Arbeit, diese Rolle auch zu übernehmen.  
130 Und sich seiner Rolle, die ja jemand hat, auch entsprechend bewusst zu sein. Es ist  
131 einfach was Anderes als wie ein Profi mit entsprechender Ausbildung und dem, was  
132 jemand anders macht. Es ist vielleicht genauso wertvoll. Aber es ist anders. Dieses klar  
133 zu bekommen auch für denjenigen, der die Rolle übernimmt, das stelle ich mir nicht so  
134 einfach vor.

135

136 I: Ja, das muss wahrscheinlich sehr gut vorbereitet sein. Auch eben (...) Ich möchte jetzt  
137 nichts überspringen. Da werden wir später noch einmal darauf zu sprechen kommen.  
138 Aber was denken Sie denn, was es für Vorteile hätte für die Qualität der Leistung?

139

140 IP: Mhm, also ich glaube, dass einfach ein massiver Wissen- und Erfahrungspool hinter  
141 dieser ganzen Idee steckt und ich glaube, das könnte die große Chance sein, dieses  
142 Wissen, diese Erfahrung einfach mit in die Unterstützung, die Versorgung von psychisch  
143 Kranken einfließen zu lassen. Das ist auch was, was Profis, die nicht davon betroffen  
144 sind, schlicht und ergreifend nicht einbringen können und bei verschiedenen  
145 Veranstaltungen, die wir gemacht haben, sei es jetzt Psychose-Seminar, sei es auch  
146 BASTA-Schulprojekt, also so Präventionsprojekte, merkt man einfach, dass diese ganzen  
147 Veranstaltungen durch die Erfahrungsberichte und durch die Erfahrung der Betroffenen  
148 getragen werden. Also wenn ich mir vorstelle, wir machen ein Schulprojekt, das würde  
149 durch den Vortrag, den ich als Profi mache, das würde so in der Weise nicht  
150 funktionieren. Das ganze wird getragen, lebt von demjenigen, der seine Geschichte  
151 erzählt, seine Erfahrungen, die er gemacht hat und auch die, ja, den Weg den er  
152 gegangen ist, einfach auch.

153

154 I: Und glauben Sie, dass Sie die Leistungen, die Ihr Dienst jetzt anbietet, besser  
155 anpassen könnten, passgenauer machen könnten? Nutzerfreundlicher?

156

157 IP: Absolut! Das glaube ich schon, dass es auf alle Fälle mehr Flexibilität bieten kann,  
158 dass man es passgenauer nutzen kann. Das ist die Chance. Gleichzeitig natürlich auch  
159 die Herausforderung, die es birgt. Weil flexiblere, passgenauere Hilfe erfordern natürlich  
160 auch eine entsprechend intensivere Planung.

161

162 I: Könnten Sie sich denn vorstellen, auch Psychiatrie-Erfahrenen oder EX-IN  
163 Genesungshelfer in die Konzeption mit einzubinden? Auf lange Sicht, um die Strukturen  
164 anzupassen.

165

166 IP: Ich denke, dass das in der Planung, die ich vorhin gesagt habe, wichtig wäre. Sowohl

167 in der Innendarstellung des Dienstes, in der Darstellung des Dienstes innerhalb unseres  
168 Einrichtung, in der Außendarstellung im Hinblick auf Kostenträger. Ich denke, dass es  
169 dringend erforderlich wäre, diese Dinge vorab wirklich intensiv zu klären.

170

171 I: Und was erhoffen Sie sich persönlich durch EX-IN? Oder können Sie sich vorstellen,  
172 dass Sie persönlich sich weiterentwickeln und etwas dazulernen können?

173

174 IP: Also ich habe schon sehr viel dazugelernt und darum interessiert es mich, weil ich das  
175 Gefühl hab, eine Menge Erfahrungen durch die Zusammenarbeit mit Betroffenen auf  
176 unterschiedlichen Ebenen schon gewonnen zu haben. Und ich denke, dass man das auch  
177 einfach weiter umsetzen könnte.

178

179 I: Die Zusammenarbeit mit Betroffenen meinen Sie jetzt zum Beispiel die Psychose-  
180 Seminare oder eben dieses BASTA-Projekt, oder haben Sie sonst noch etwas?

181

182 IP: Auch einfach in der gegenseitigen Unterstützung von Menschen, die betroffen sind.  
183 Also, durch Begegnungen, die zum Teil zufällig zustande kommen aber auch dann  
184 irgendwie gesteuert wurden. Dass man einfach merkt, da ergeben sich Entwicklungen, die  
185 für beide Seiten dann in irgendeiner Art und Weise hilfreich sind.

186

187 I: Können Sie sich vorstellen, den EX-IN Genesungshelfer auch als Dozent für  
188 Fortbildungen hier in der Einrichtungen einzusetzen?

189

190 IP: Also im Prinzip wäre das eine Fortschreibung von dem was wir jetzt machen bei  
191 BASTA. Also ich trete ja, oder wir treten ja als, mehr oder weniger, Dozenten auf und  
192 haben einen Ko-Dozenten dabei. Und, den wir auch in der Vorstellung, mehr oder  
193 weniger, als freien Mitarbeiter deklarieren, da der ja betroffen ist. Das ist zum Beispiel ein  
194 Punkt, den ich mir sehr gut vorstellen könnte.

195

196 I: Vielleicht dann nicht unbedingt jetzt als Genesungshelfer in der Beratung sondern  
197 wirklich als Dozent zur Fort- und Weiterbildung?

198

199 IP: Ja klar, das wäre sicher ein Punkt, der von dem ganzen Einsatzgebiet für mich am  
200 unkompliziertesten und am wenigsten mit Tretminen behaftet wäre. Und es wäre ein  
201 klares Aufgabengebiet. Aber das könnte ich mir gut vorstellen.

202

203 I: Oft liest man auch, dass die Genesungshelfern mit den Klienten in ein  
204 freundschaftliches Verhältnis treten können. Befürchten Sie diesbezüglich  
205 Loyalitätsverluste zu den Teamkollegen? Oder noch größere Konflikte?

206

207 IP: Ja. Also das, glaub ich, ist für denjenigen, der das dann betreibt, EX-INler, eine der  
208 größten Herausforderungen, da für sich einen Weg zu finden. Da bin ich mir auch nicht  
209 sicher, wie jemand das gelingt, wie er das schafft. Da in irgendeiner Art und Weise eine  
210 Grenze zu finden. Für sich auch klar zu werden 'Was bin ich jetzt? Bin ich Freund,  
211 Freundin? Oder habe ich einen professionellen Kontakt? Und wo ist die Grenze? Wo  
212 setzte ich die Grenze?'. Das ist ein Thema, das wir als Profis auch haben, wo wir uns aber  
213 vermutlich etwas leichter tun noch, als wie ein EX-INler, für den diese Grenzziehung  
214 sicher schwieriger ist. Aber ich glaub, dass es notwendig ist, diese Grenze zu ziehen und  
215 ich vermute mal, dass die von ihm aus näher an der professionellen Seite sein müsste als  
216 an der freundschaftlichen. Also das ist jetzt meine, eher spontane Einschätzung dazu.

217

218 I: Dass der Genesungshelfer quasi näher sein kann als ein Profi aber schon auch eine  
219 professionelle Distanz zu den Klienten da sein muss.

220

221 IP: Ja, ich mein, Frage ist, wenn jemand in eine Krise rutscht, ruft einen EX-INler, der  
222 auch hier angestellt ist, am Wochenende am Handy an, Samstag 23 Uhr. Ja ... das ist

223 schwierig zu entscheiden für so jemanden. Wie verhalte ich mich? Als Freund fahre ich  
224 hin, als Profi habe ich vielleicht vorher schon eine gewisse Grenze abgesteckt. Und sage,  
225 ich bin zuständig, ich fühle mich zuständig, auch in Krisen, aber es gibt freie Zeit, die ich  
226 habe, in der ich nicht arbeite. Das ist für einen Profi leichter, 'ja, okay, da bin ich nicht da!'.  
227 Das ist für so jemanden, der noch mehr, ich sage jetzt mal noch mehr, in die  
228 freundschaftliche Ebene geht schwieriger.  
229

230 I: Ja da ist vielleicht dann auch wieder der Punkt da, es liegt an der Vorbereitung und an  
231 der Einführung auch von diesem Genesungshelfer. Genau, dass eben die Vorbereitung  
232 zentraler Punkt ist, wo auch empfohlen wird, dass der Genesungshelfer einen Anleiter  
233 bekommt im Team, um dann eben diese Angelegenheiten zu besprechen.  
234

235 IP: Aber da ist das nächste Problem. Einen ..., wie haben Sie das genannt, einen Anleiter,  
236 genau. Einen Anleiter bekommt ein Praktikant. Und ein Praktikant wird immer eine andere  
237 Position haben, als wie ein Profi. Und wenn ich jetzt als Mitarbeiter einen Anleiter habe,  
238 dann finde ich es schon wieder schwierig, auf (...), eine Ebene zu finden. Also ich denke,  
239 dass es schon möglich ist, dass es schon gelingen kann. Aber es ist ein sehr schwieriges  
240 Unterfangen, das sehr genau instruiert sein muss.  
241

242 I: Ja, aha. Es bedeutet auch irgendwie einen Verlust der Selbständigkeit. ... Wenn wir nun  
243 nochmal auf die Entlohnung zu sprechen kommen, auf die Problematik der Entgeltstufe.  
244 Die Ausbildung hat noch keine staatliche Anerkennung auf es gibt keine Einstufung für die  
245 Kostenträger. Das birgt nochmals Konfliktpotential einerseits für die Leitung 'Wie kann ich  
246 diesen Experten durch Erfahrung einstellen?' und andererseits wiederum zu den  
247 Mitarbeiter, da die Augenhöhe verrutscht und eine hierarchische Position wieder  
248 entstehen kann. Haben Sie eine Idee, wie man die EX-IN Genesungshelfer eingruppiert  
249 oder entlohnen kann?  
250

251 IP: Es wär sicher kein Problem für den X auf Bestand der aktuellen Tarifverträge den-  
252 oder diejenigen Genesungshelfer auch einzugruppiert. Das würde relativ schnell  
253 realisiert werden können. Das ist davon abhängig, auch, ob es Vorerfahrungen gibt, ob es  
254 Ausbildungen gibt. Aber da glaube ich nicht, dass es schwierig wäre, eine Eingruppierung  
255 zu finden. Die Frage ist eher, ob es Menschen gibt, die dann eher auf einer, vermutlich  
256 niedrigeren, Eingruppierungsstufe bereit wären, das auch zu machen. Und sich dann als  
257 vollwertiges Teammitglied sehen. Aber das, glaub ich jetzt nicht eher, dass das ein  
258 Problem wäre. Wir haben ja jetzt schon verschiedene Berufsgruppen, die unterschiedlich  
259 eingruppiert sind, je nach Ausbildung, an Verwaltung, an Hauswirtschaft, an  
260 Hauswirtschaft. Und jeder ist in seiner Rolle, die allerdings klar ist, in dem Team mit tätig.  
261 Also wie gesagt, von Seiten des Verbandes, glaube ich nicht, dass es ein Problem ist.  
262 Jetzt gibt es zum Beispiel aktuell den Begriff des Bürgerhelfers. Ich weiß nicht, ob Ihnen  
263 das was sagt?  
264

265 I: Ja.  
266

267 IP: Das ist eine Aktion von der Arbeitsagentur und da geht ein Antrag an den Verband und  
268 die sagen, so und so schaut das aus und gruppieren denjenigen da und da hin. Das  
269 Problem ist eher die Finanzierung. Ohne, dass ich eine Refinanzierung hab und unserer  
270 Personalabteilung erklären kann, wie ich diesen Menschen finanziere, werde ich das nicht  
271 hinkriegen. Und es sollte ja, zumindest meines Erachtens, eine zusätzliche Stelle sein, ein  
272 zusätzliches Angebot und es sollte nicht deshalb etwas wegfallen. Und alles was  
273 zusätzlich ist, muss ich zusätzlich finanzieren. Und entweder ich erwirtschaftete es  
274 irgendwie, oder ich bekomme von einem Kostenträger zum Beispiel dem Bezirk  
275 Oberbayern die Finanzierung für ein Projekt.  
276

277 I: Ja genau. Aber als dauerhafte Stelle wird dies nun sehr kompliziert, das so zu  
278 begründen.



279

280 IP: Das wird sicher komplizierter und da sehe ich derzeit wenige Möglichkeiten. Außer, die  
281 Entwicklung von Genesungshelfern ist irgendwann so dynamisch und entwickelt sich  
282 politisch in eine Richtung, dass es von Seiten der Kostenträger flächendeckend zu einer  
283 Finanzierung kommt. Ansonsten sehe ich, außer dass man es, innerhalb eines Projektes  
284 finanziert, derzeit keine Möglichkeit. Ich habe allerdings zu wenig Erfahrung darin, wie das  
285 in anderen Bundesländern gemacht wird, die das schon anbieten. Das weiß ich nicht  
286 genau.

287

288 I: Und wie sehen Sie das, dass der Genesungshelfer mit seiner Psychiatrieerfahrung sich  
289 outet. Sehen Sie das kritisch oder sehen Sie das positiv? Oder sehen Sie da auch  
290 Konfliktpotential dadurch, dass er das sehr offen macht, was ja auch wirklich wieder ein  
291 gewisses Diskriminierungspotential auch darstellt?

292

293 IP: Also ich sehe das prinzipiell eigentlich sehr positiv, wenn Menschen sich outen. Und  
294 sich immer mehr Menschen trauen, sich zu outen. Und auch ihre Geschichte erzählen,  
295 um zu hoffen, dass es irgendwann eine breitere Zustimmung in der Bevölkerung gibt. Ich  
296 glaube aber auch, dass wir noch in einer Zeit leben, in der es nicht so leicht ist, auch ganz  
297 bewusst und durch diese Stellung noch viel mehr, sich da drüber zu trauen das zu sagen,  
298 und dass das quasi die Eintrittskarte ist, zu einer Beschäftigung ist. Und gerade weil ich  
299 psychisch krank bin und weil ich mich geoutet habe, bekomme ich jetzt diese Stelle. Also  
300 das stelle ich mir schon sehr schwer vor. Weil ich ja eigentlich das Schild 'Ich bin  
301 psychisch krank!' ja pausenlos vor mir hertragen muss.

302

303 I: Ja, die Qualifizierung.

304

305 IP: Ja, und das erachte ich für sehr, sehr schwierig, dass jemand das hinkriegt. Das ist  
306 nochmal ein Schritt mehr, als wenn jemand, naja, zwei oder drei Mal im Jahr bei uns, vor  
307 der Schulklasse sitzt und seine Erfahrungen erzählt. Er muss ja tagtäglich sein Schild  
308 durch die Gegend tragen. Im Dienst, im X, im Verband, bei jedem Betriebsausflug: 'Was  
309 machst du denn?' 'Ich bin deshalb hier, weil ich psychisch krank bin und arbeite aufgrund  
310 meiner Erfahrung hier!'. Das ist schwierig, also ich glaube, da muss jemand schon sehr  
311 gefestigt sein und einen sehr langen Umgang mit seiner Erkrankung haben, um das zu  
312 schaffen.

313

314 I: Also, wird dann schon eine sehr große psychische Stabilität vorausgesetzt?

315

316 IP: Ja, meine Kritik geht auch in die Richtung. Ich kenne auch Menschen, die sich für die  
317 Ausbildung interessieren und die sehr stark dazu neigen, ihre Ausbildung und dieses  
318 Engagement in eine politische Richtung so voran zu treiben, ja? Das halte ich zunächst  
319 einmal für gefährlich.

320

321 I: Glauben Sie, dass ... die Integration von EX-IN Genesungshelfer auch wirklich dazu  
322 führen könnte, dass sich mehr Profis outen, die auch Psychiatrieerfahrung haben? Das  
323 man vielleicht zukünftig zur doppelten Qualifizierung stehen kann?

324

325 IP: Also wenn das wirklich gelingt, eine gute Basis zu schaffen für Genesungshelfer, dann  
326 könnte ich mir vorstellen, dass es ganz, ganz, ganz, ganz, ganz, ganz langfristig auch  
327 dazu führt, dass sich Profis zu outen trauen, ihre Geschichte zu erzählen. Ja. Aber ich  
328 wage nicht, vorherzusagen, wann das ist.

329

330 I: Und was für Sie jetzt allgemein gesagt dazu bewegen, einen EX-IN Genesungshelfer  
331 einzustellen?

332

333 IP: Was ich ganz am Anfang gesagt habe. Ich glaube, dass es gewisse Chancen gibt und  
334 es mich einfach - reizt, das mal auszuprobieren. Und zu sagen, ich schau mal ob das, ob

335 so etwas funktionieren kann. Weil einfach die Idee als solches, finde ich in der  
336 Psychiatrie, in der althergebrachten Psychiatrie, etwas unheimlich spannendes birgt. Und  
337 eigentlich etwas sehr geniales.

338

339 I: Und denken Sie, dass Sie als Leitung dann eine ganz spezielle Rolle hätte, auch für die  
340 ..., wie wir vorhin schon gesprochen hatten, für die Information vom Team, für die  
341 Rollenfindung, für die Anleitung, für die Vorbereitung?

342

343 IP: Ich fürchte ja. Also ich bin überzeugt, dass die Leitung, jetzt nicht nur in unserem  
344 Dienst sondern auch in anderen Diensten, zu hundert Prozent überzeugt sein müsste, um  
345 das zu machen, um die Vorbehalte, die es einfach gibt innerhalb des Teams, ausräumen  
346 zu können. Ich glaube, wenn die Leitung nicht hundertprozentig überzeugt ist, das zu  
347 machen, dann ist es schwierig, dann funktioniert es eh nicht.

348

349 I: Und denken Sie, dass die Genesungshelfer eine höhere Flexibilität brauchen in der  
350 Arbeitszeit auch und je nachdem, nach der psychischen Gesundheit, ob es ihnen gerade  
351 gut geht, oder ob eine Phase kommt, in der es ihnen nicht so gut geht?

352

353 IP: Ja, ich glaube, dass sie das bräuchten. Ich bin auch überzeugt, dass sie eine höhere  
354 Flexibilität bräuchten, als die jetzigen Mitarbeiter. Wobei wir ja auch davon jetzt schon  
355 ausgehen, dass es Mitarbeiter gibt, bei denen es Phasen gibt, in denen es ihnen nicht so  
356 gut geht. Wo wir auch versuchen, entsprechend flexibel darauf hinzuwirken. Da würde ich  
357 eher keinen Unterschied machen. Aber ich vermute, dass höhere Flexibilität, oder noch  
358 höhere Flexibilität, notwendig ist.(...) Aber nochmal, wenn wir diese Flexibilität jetzt  
359 brauchen, wir Profis, dann versuchen wir, dem jetzt schon gerecht zu werden.

360

361 I: Da würden Sie also keinen großen Unterschied machen.

362

363 IP: Also das würde ich eher individuell sehen. Unabhängig von Ausbildung, Profession  
364 usw.

365

366 I: Ah, okay. Vielen Dank, dann hätten wir jetzt meine Fragen geklärt.

1 Transkript Interview 2

2

3 Interviewpartner: IP

4 Interviewer: I

5

6 I: Können Sie mir vielleicht zunächst anfangs erklären, was Ihre Aufgaben in diesem  
7 Dienst sind?

8

9 IP: Also ich bin hier im Dienst als Sozialpädagogin und habe zum Einen die Aufgabe der  
10 Beratungsstelle für psychische Gesundheit und zum Anderen Betreutes Einzelwohnen.  
11 Betreutes Einzelwohnen für chronisch psychisch Kranke und was eben auch noch ein Teil  
12 meiner Arbeit ist, wir haben hier im Dienst dieses Schulprojekt BASTA zur  
13 Antistigmatisierung in Schulklassen und dieses Projekt habe ich im Landkreis.

14

15 I: Da arbeiten Sie auch mit Psychiatrieerfahrenen zusammen?

16

17 IP: Genau. Also das ist, ja dieses Schulprojekt hat vier Module und die ersten drei sind zur  
18 Vorbereitung und beim vierten Modul kommt ein Betroffener, erzählt seine Geschichte  
19 und ich bin eben mit dabei.

20

21 I: Schön. Und wann haben Sie das erste Mal von Experienced Involvement gehört?

22

23 IP: Das war vor (...) hmm, ich war mit X zusammen auf dem Bezirk, hat er es vielleicht  
24 genannt? Es ist zwei Jahre oder was ist das her, da waren wir auf einer Veranstaltung  
25 vom Bezirk und da hat eine Erstausbildete EX-IN-Dame gesprochen und das war das  
26 erste Mal, dass ich EX-IN quasi gehört habe.

27

28 I: Und was dachten Sie damals? So als erste Assoziation?

29

30 IP: Meine erste Assoziation war, dass das eben ein Betroffenenbericht ist, wie ich es  
31 schon kenne vom Schulprojekt.

32

33 I: Kommen wir zum Thema 'Team'. Was heißt für Sie gute oder erfolgreiche Teamarbeit?

34

35 IP: Erfolgreiche Teamarbeit würde ich so benennen, dass ich, quasi ... im Team meine  
36 Anliegen besprechen kann, im Team mich gut organisieren kann, meinen Platz hab und  
37 merke auch, dass mich das Team stärkt und auch fördert.

38

39 I: Und das ist Ihnen auch wichtig, wie man so ein bisschen heraushört?

40

41 IP: Ja.

42

43 I: Wenn man ein bisschen über Experienced Involvement liest, liest man oft, dass vor  
44 allem in der Anfangsphase der Einstellung oft zu Schwierigkeiten kommt, ja zu  
45 Unsicherheiten, sowohl im Team als auch dem EX-INler gegenüber. Was denken Sie  
46 dazu? Befürchten Sie so etwas auch?

47

48 IP: Also meine Befürchtung ... ich denke, dass es eben etwas Neues ist und etwas  
49 Fremdes und von daher ist man unsicher und weiß noch nicht genau, wie man damit  
50 umgehen sollte. Von daher gibt es natürlich viele Befürchtungen 'Was ist, wenn das zu  
51 kameradschaftlich ist? Was ist, wenn der Mensch selber vielleicht in der Krise steckt? Wie  
52 geht man mit einem Kollegen um, der krank war, der krank ist?', wo man nicht genau  
53 weiß, wie es wird. Also von daher sind, glaub ich, viele 'wenn-Fragen' da und Konjunktive,  
54 aber man hat es ja noch gar nicht probiert.

55

56 I: Und was denken Sie, wie es mit der Rollenverteilung wird? Oder mit dem

57 Aufgabengebiet? Was können Sie sich vorstellen, was der EX-IN Genesungshelfer für  
58 Aufgaben übernimmt? Geht er in die Vermittlerrolle oder wird er selbstständig in der  
59 Beratung tätig?

60  
61 IP: Da denke ich einfach so was ich jetzt erlebt habe von Klienten von mir, die beim  
62 Schulprojekt mitmachen. Da hat einfach jeder seine eigenen Fähigkeiten. Und ich glaube,  
63 dass diese Fähigkeiten und Ressourcen, die jeder einzelne EX-INler hätte, auch nutzen  
64 kann. Da gibt es welche, die sicherlich ganz gut im Umgang sind im praktischen Alltag zur  
65 Einkaufsbegleitung, von mir aus auch zu Behördenkontakte, die sagen, ich hab da einfach  
66 so viel Erfahrung. Dann gibt es sicherlich auch Andere, die sagen 'Mensch, ich bin jetzt  
67 eher jemand, mit dir kann ich mich ... ich setze mich irgendwo hin ich rede mir dir gern  
68 mal eine Stunde und erzähle und wir können uns austauschen!'. Ich glaube, da hat jeder  
69 seine Fähigkeiten. Und die müsste man entdecken und dann einsetzen.

70  
71 I: Also wäre das Ihrer Meinung nach auch wirklich etwas für die Vorbereitung auf die  
72 Einstellung. Dass man den EX-IN Genesungshelfer langsam kennenlernt und schaut, wo  
73 die Ressourcen sind. Und ... oder in welche Rolle könnte er überhaupt gehen?

74  
75 IP: So sehe ich das. ... Manche haben ja auch sehr Wissen über die soziale Infrastruktur.  
76 Die einfach sagen 'Ich kenne den einen Neurologen, ich kenne diesen Psychiater, ich  
77 kenne diese Klinik und da kann ich das oder das dazu sagen!'. Wo ich sage, so etwas  
78 könnte man nutzen. Und andere wieder, die haben wenig Klinikaufenthalte, oder kaum.  
79 Und die sagen 'Ich kenne mich aber ganz gut aus mit dem oder dem!', wo man sagt,  
80 vielleicht dann auch in der Richtung. Und jeder Klient braucht etwas anderes.

81  
82 I: Das hört sich jetzt auch sehr praktisch an. Und was denken Sie, wie es wirklich im  
83 Beratungsalltag wäre, wenn der EX-INler zum Beispiel die Rolle des Vermittlers  
84 einnehmen würde; auch in der Beratungssituation zwischen dem Klient und zum Beispiel  
85 der Sozialpädagogin. ... Denken Sie, dass das möglich wäre? Also zwischen die Fronten  
86 zu gehen und die Vermittlungsrolle einzunehmen?

87  
88 IP: ... Könnte ich mir vorstellen, weil vielleicht der EX-INler noch mehr die Emotionen von  
89 dem jeweiligen Klienten beschreiben könnte. Weil er es eventuell selber in irgendeiner  
90 Form ähnlich erlebt hat. Könnte ich mir vorstellen.

91  
92 I: Und wenn man da jetzt weiterdenkt, ist es dann schon auch schwierig, die Loyalität zu  
93 den Arbeitskollegen, zu den Profis sozusagen, zu halten. Denken Sie, dass es da ein  
94 großes Konfliktpotential gibt?

95  
96 IP: Ich könnte mir schon vorstellen, dass es möglicherweise auch schwierig werden kann.  
97 Also zum Einen, sage ich jetzt einmal, muss man sicherlich auch eine gewissen Grenze  
98 am EX-INler anerkennen oder ... eine Belastbarkeit. Ich mein, ich denke, dass er nicht bis  
99 zum Ultimo belastbar ist, ich weiß ja auch nicht, inwieweit er sich auch abgrenzen kann,  
100 von den jeweiligen. Und nicht, also, ich könnte mir schon vorstellen, dass das  
101 möglicherweise irgendwie einmal schwierig wird, das man sagt 'Es ist einerseits Kollege,  
102 aber andererseits kann er auch vielleicht wieder in eine Rolle von einem Patienten fallen'.  
103 Also und irgendwo denke ich da jetzt schon einmal ganz praktisch ..., dass er ja auch  
104 seine Arbeit tun sollte, sage ich jetzt einmal

105  
106 I: Befürchten Sie da für sich einen Mehraufwand? Glauben Sie, da würde mehr Arbeit auf  
107 Sie zukommen, dass es anstrengender wäre als mit zum Beispiel einem Sozialpädagogen  
108 als Arbeitskollegen?

109  
110 IP: Ich denke, dass es einfach am Anfang viel Absprache, Organisation braucht und dass  
111 er wirklich immer im Team gut eingebunden, dass er einfach viel mitbekommt und ihm  
112 sicherlich auch so eine Probezeit gewähren lässt, so wie jedem anderen Mitarbeiter auch.

113 Wo man sich dann einfach auch gegenseitig nochmal entscheiden kann 'Ist das was? Ist  
114 das nichts?'. Also ich denke schon, dass man es anfänglich, gerade wenn es einfach jetzt  
115 noch so ein Pilotprojekt ist, dass man es erst einmal so probiert und startet und dann  
116 einfach schaut 'Wie geht's allen miteinander?'.  
117

118 I: Es gibt auch die Meinung, dass man dem Genesungshelfer einen Peer-Berater zur  
119 Seite stellt, dass ein Teammitglied die Aufgabe übernimmt, für ihn zuständig zu sein. Hört  
120 sich ja ganz gut an, ist aber natürlich auch irgendwie wieder ein Eingriff in die  
121 Selbständigkeit oder schon auch ein bisschen ... stigmatisierend. Was denken Sie hier,  
122 wie das im Team kompensiert werden könnte?  
123

124 IP: ...  
125

126 I: Glauben Sie, dass dies funktionieren wird oder ist es eine schlechte Idee?  
127

128 IP: Ich könnte mir gut vorstellen, dass der EX-IN, oder dass der Genesungshelfer  
129 durchaus vielleicht eine anfänglich beratende Unterstützung gut gebrauchen kann. Aber  
130 ich glaube jetzt so vom Bauch heraus, extern wäre das sicherlich sinnvoller, als innerhalb  
131 des Teams. Weil dadurch bekommt er wirklich wieder so eine stützende Funktion von  
132 einem Teammitglied und dann haben wir nämlich wieder dieses Verhältnis 'Klient und  
133 Sozialpädagoge'.  
134

135 I: Quasi ein externes Coaching wäre Ihre Idee?  
136

137 IP: Wäre jetzt meines Erachtens sinnvoller, ähnlich im Bereich ... Wenn er es denn  
138 braucht! Also ich sage, so einfach ..., weil der EX-IN wird ja auch bezahlt. Und ich sage  
139 jetzt mal, wenn er denn für sich merkt, dass er da noch zusätzliche externe Hilfe benötigt  
140 in Form von Einzelsupervision zum Beispiel, sollte er sich auch kostenmäßig beteiligen,  
141 so wie alle anderen Teammitglieder auch. Also ich denk, er sollte halt schon so die  
142 Möglichkeiten haben, wie die anderen Teammitglieder auch.  
143

144 I: Gleichwertig?  
145

146 IP: Meines Erachtens gleichwertig. Aber auch mit gleichwertigen Pflichten, sage ich jetzt  
147 einmal, und Verantwortungen. Wenn er es denn übernimmt.  
148

149 I: Und denken Sie, dass eine Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe dann möglich  
150 wäre?  
151

152 IP: ... Das könnte ich mir vorstellen, ja.  
153

154 I: Denken Sie, dass Konkurrenzgedanken aufkommen könnten zwischen Profis und  
155 Genesungshelfern? Da das Eine ja quasi eine Qualifizierung durch Erfahrung ist und das  
156 Andere eine Qualifizierung durch Beruf. Glauben Sie, dass da irgendwie  
157 Konkurrenzgedanken aufkommen zum Einen 'Wir mussten studieren, haben Theorien  
158 und Wissen. Und er nur Erfahrung!'.  
159

160 IP: Da denke ich einfach mal ... Da glaube ich jetzt einfach mal an die Stabilität dieses  
161 Teams von hier. Also ich kann ja jetzt nur davon sprechen, wo ich mich jetzt befinde. Und  
162 da denke ich jetzt zum Einen an meinen Teamrückhalt, wo ich jetzt schon keine  
163 Konkurrenz spüre und ich mir denk, ein EX-INler würde sich schwer tun, dieses Fass  
164 aufzumachen. Und wenn es tatsächlich so wäre, dann sehe ich das als Herausforderung  
165 an mich 'Warum empfinde ich es als Konkurrenz?'. Und dann würde ich das auch als  
166 Thema machen. Zum Beispiel 'Erleben oder Studium - was ist jetzt höherwertiger usw.'.  
167 Also das würde ich sogar dann als Thema machen - wäre sogar interessant.  
168

169 I: Es ist ja auch so, dass die Bezahlung der Genesungshelfer noch ein schwieriges  
170 Thema ist und die Gefahr besteht, sie als günstigere Arbeitskräfte einzustellen. Und dass  
171 darauf auch die Konkurrenzgedanken geschürt werden. Die Angst um den Arbeitsplatz  
172 oder ähnliches. Können Sie sich da Ängste im Team vorstellen?  
173

174 IP: Die Ängste kann ich mir deshalb vorstellen, oder da hab ich schon auch so  
175 Befürchtungen, und zwar ich vergleiche das ein kleines bisschen damit. Ich komme  
176 eigentlich aus dem Kindertagesstätten-Bereich, also ich hab Erzieherin gelernt und dann  
177 erst später noch Soziale Arbeit gemacht und es gab da zu dieser Zeit, so Anfang der  
178 2000, war es immer Thema, Eltern in die Tagesstätte zu geben, weil die ja quasi durch  
179 Erfahrung wissen, wie sie Bildung und Erziehung machen. Und damals war es einfach  
180 schon Thema 'Mensch, werden da irgendwie Fachkräfte, Kinderpflegerinnen,  
181 Erzieherinnen so ein bisschen wegrationalisiert? Ist das eine Sparmaßnahme von Bezirk  
182 und Land?' Und damals gab es einfach schon so Gedanken zum sagen 'Was machen wir,  
183 um unsere Arbeitsplätze zu sichern?'. Und so ähnlich, denke ich mir, ist es bei EX-IN  
184 schon auch, wo ich sage 'Ui, was steckt eigentlich dahinter?'. Weil wie Sie eben schon  
185 sagen, zum Einen sind die einfach günstiger und, ich denke, wenn das sehr erfolgreich  
186 von den Klienten angenommen wird. Dann könnte man sehr schnell natürlich auf den  
187 Gedanken kommen 'Naja, es geht ja auch billiger!'. Also von daher verstehe ich das, kann  
188 ich nachvollziehen.  
189

190 I: Da läge es natürlich dann daran, das als Ergänzungswissen anzusehen. Das ist der  
191 breite Konsens. Und nicht als austauschbar. Das wäre natürlich wichtig, dies auch dem  
192 Kostenträger klar zu machen, dass es natürlich sein Anliegen wäre.

193 Was denken Sie, wie professionell ein Genesungshelfer arbeiten kann? Vor allem in  
194 Bezug auf die Distanz zum Klienten?  
195

196 IP: Ich denke, wenn er in so einem Beratungssetting ist oder im Bereich Hausbesuche,  
197 würde er sich meines Erachtens eventuell etwas leichter tun als im stationären Bereich.  
198 Weil stationär ist man halt doch rund um die Uhr zusammen, also ich schaue jetzt einmal  
199 wie zum Beispiel im Tageszentrum, in Heimunterbringungen, in der Klinik. Man ist doch  
200 irgendwo immer so auf dem gleichen Raum, über viele Stunden, wo man natürlich viel  
201 Zeit miteinander verbringt, viel gemeinsame Dinge auch macht. Gemeinsam isst und so  
202 weiter oder vielleicht auch spielt, dass da dann die Distanz dann vielleicht ein bisschen  
203 schwerer zu halten ist, als wie wenn ich nach einer Stunde einfach weiß 'Das ist jetzt  
204 vorbei und dann kommt das nächste.'  
205

206 I: Und in den bisherigen Erfahrungsberichte wird angegeben, dass die Genesungshelfer in  
207 Freundschaft zu den Klienten treten dürfen. Was ist da Ihre Meinung dazu?  
208

209 IP: ... Während des Beratungszeitraums finde ich es nicht okay. Ist der Beratungszeitraum  
210 beendet und quasi der Klient bei uns nicht mehr gemeldet oder er ist aus dem BEW  
211 ausgeschieden, weil er einfach fertig ist, weil man sagt, er braucht diese Maßnahme nicht  
212 mehr, er ist jetzt soweit stabil. Dann sag ich schon 'Okay gut, da können möglicherweise  
213 Freundschaften entstehen.'. Aber während des Zeitraums finde ich es jetzt nicht ganz so  
214 ideal, weil ich schon auch so der Meinung bin, in einer gewissen Weise geht ein EX-IN  
215 Experte oder auch Genesungshelfer geht hier in ein Arbeitsverhältnis. Ja da bin ich  
216 vielleicht ein bisschen konsequenter 'Das ist ein Arbeitsverhältnis und was Anderes, was  
217 dann mal vorbei ist, kann dann in eine Freundschaft übergehen.' aber das sollte man  
218 schon auch so gestalten, dass man sagt das Eine ist Arbeit und das Andere ist was  
219 anderes.  
220

221 I: Sie würden da also schon sehr auf professioneller Distanz bleiben und würden dies  
222 auch dem EX-IN Experten anraten?  
223

224 IP: Würde ich schon so anraten und würde ich ihn wahrscheinlich darauf aufmerksam

225 machen, wenn es zu freundschaftlich werden würde.

226

227 I: Okay. Was sagen Sie denn über die psychische Stabilität. Finden Sie, es sollte hierfür  
228 eine Voraussetzung geben, was die Stabilität betrifft oder wann die letzte akute Phase  
229 sein musste?

230

231 IP: Also so von meinem Bauchgefühl her, würde ich schon sagen, dass eine gewisse  
232 Stabilität da sein sollte. Weil ..., wie gesagt, die Ausbildung ja an sich schon eine  
233 Belastung oder schon auch irgendwo auch ... erfordert ja auch sehr viel ... Konsequenz.  
234 Also auch, ich mein, die Ausbildungen, die nächste ist ja in X. Das ist sicherlich, das sind  
235 Hürden, die die Menschen auf sich nehmen. Also ich denke schon, dass während der  
236 Ausbildung vielleicht auch Krisen kommen und dann jetzt nach der Ausbildung dann  
237 wieder von einem krisenhaften Verhältnis jetzt gleich in ein Arbeitsverhältnis, das glaube  
238 ich, ist jetzt nicht so ideal. Also irgendwo sollte schon ein bisschen was Stabileres da sein.  
239 Ich denke schon.

240

241 I: Wie könnte man das herausfinden im Vorfeld? Ob es stabil genug ist für ein  
242 Arbeitsverhältnis?

243

244 IP: Also ich würde jetzt schon vielleicht schauen, wann der letzte Klinikaufenthalt war.

245

246 I: Oder dass man das vielleicht, wie Sie vorhin meinten, mit der langen Kennenlernphase  
247 ..., dass das dadurch sich zeigt.

248

249 IP: Mhm, also ich würde ... ich hatte hier auch Probezeit von einem halben Jahr. Und so  
250 eine Zeit, so einen Zeitraum würde ich schon auch beim Einstellen von EX-IN irgendwie  
251 machen, um einfach zu schauen 'Mensch, wie geht's uns damit? Wie kommst du da  
252 eigentlich klar mit dem Arbeitsfeld? Kriegst du ein Déjà-vu? Hast du irgendwelche  
253 Schwierigkeiten? Kannst du dich abgrenzen? Kannst du das nicht? Wie geht es dir? Ist  
254 das überhaupt dein Job? Ist das dein Arbeitsfeld?'. Und von daher, ja, vielleicht ist das so  
255 ein Zeitraum wo man sagt, da kann man einfach mal schauen und ob man den dann  
256 einfach auch fest anstellt.

257

258 I: Es ist ja auch so ... oder man liest relativ oft, dass auch Professionelle manchmal eine  
259 Psychiatrieerfahrung haben, sich aber nicht outen. Das wird ja bei den EX-IN  
260 Genesungshelfern komplett anders laufen. Was denken Sie, was da so die erste Reaktion  
261 beim Klientel ist? Finden die das gut oder fühlen die sich überrumpelt? Was könnten Sie  
262 sich da vorstellen? Als reine Hypothese.

263

264 IP: Dass es Personen gibt, die das sehr gut finden und sagen 'Endlich mal jemand, der  
265 weiß von was ich rede!'. Und dann gibt es sicherlich auch den gleichen Anteil an  
266 Personen, die sagen 'Boah, jetzt nochmal einer. Also mir wäre es lieber ... so, wirklich  
267 jemand von außen. Der jetzt da noch nicht so drinnen war.'. Also ich glaub, dass das 50 -  
268 50 ist, die Reaktion.

269

270 I: Okay. Was denken Sie denn, was die Einbindung von EX-IN Genesungshelfern auf die  
271 Qualität von Hilfeleistung hat? Glauben Sie dadurch kann etwas verbessert werden?  
272 Nutzerorientierter?

273

274 IP: ... Möglicherweise könnte der EX-IN Mitarbeiter uns noch Felder offenbaren, an die wir  
275 vielleicht bisher noch gar nicht gedacht hatten, wo noch Unterstützung möglich ist. Was  
276 wir jetzt auch von unseren Klienten und Klientinnen bisher noch nicht erfahren haben.  
277 Also möglicherweise gibt es noch Bereiche. Möglicherweise kann es auch sein, dass der  
278 EX-IN Mitarbeiter, ja so, so kleinere Nischen kennt. Ja, die wir jetzt von außen einfach so  
279 gar nicht merken. Und dann wäre es sicherlich hilfreich und gewinnbringend, das nochmal  
280 zusätzlich in die Hilfeplanung mit hinein zu nehmen oder einfach auch nochmal ganz

281 interessant 'Ist das denn auch wirklich ein Punkt? Oder sind alle Punkte, die wir als  
282 Hilfemaßnahme sehen auch wirklich Hilfe?'. Also ... ja, wäre vielleicht ganz interessant.

283

284 I: Auch das Insiderwissen zu nutzen ...

285

286 IP: Genau.

287

288 I: ... und dann zu schauen, ob es bedarfsgerecht ist; vielleicht ob Hilfen nötig sind oder ob  
289 welche auch rausgestrichen werden können.

290

291 IP: Ganz genau.

292

293 I: Was denken Sie, was Sie von Experten durch Erfahrung lernen können? Sie arbeiten ja  
294 jetzt schon mit Experten aus Erfahrung zusammen. Was kann man dazulernen, als Profi?

295

296 IP: Also ich merke es bei denen betroffenen Personen, die bei mir im Schulprojekt mit  
297 dabei sind. Wenn die so erzählen aus im Leben und, ja, einfach auch sehr couragiert den  
298 Fragen der Schüler und Schülerinnen gegenüber stehen, dann lern ich jetzt auf alle Fälle  
299 einmal, dass viele Menschen sehr viele unterschiedliche Schicksale haben, Biographien.  
300 Und ganz viele unterschiedliche Zugänge, wie man die bewältigen kann. Ganz  
301 unterschiedliche Lebenszugänge auch. Und manches Mal erkennt man auch so  
302 Parallelen untereinander, ein anderes Mal ist man einfach auch wieder überrascht, wie  
303 zufrieden manche Menschen mit ihrem Leben sind. Und man erlebt auch immer wieder,  
304 wie unterschiedlich der Leidensdruck ist, dass Depression nicht gleich Depression ist.  
305 Jeder erlebt das wirklich und wieder anders und jeder hat ein anderes Leiden. Man lernt  
306 da schon etwas von einer Welt, die halt ich jetzt selber noch nicht erlebt habe, sondern  
307 die ich wirklich nur aus dem Buch kenne. Erlebt habe ich es nicht.

308

309 I: Und könnten Sie sich vorstellen, dass man auch Fortbildungen macht für die Profis im  
310 Team? Über welche Themen könnten die Fortbildungen sein? Also, Fortbildungen von  
311 dem Genesungshelfer.

312

313 IP: Also wenn ein Genesungshelfer für uns eine Fortbildung macht, über was der quasi  
314 uns noch weiterbilden könnte? Das ist ganz interessant. Also der könnte uns auf alle Fälle  
315 mal ... der könnte uns sicherlich sehr gut sein Erleben beschreiben und wahrscheinlich  
316 auch sein Erleben, wie es ihm geht, wenn ein Profi kommt. Und wie er sich einfach auch  
317 fühlt mit einem Profi an seiner Seite. Also mit einem Profi, mit einem studierten Fachprofi,  
318 nicht mit einem EX-IN Profi. Ja, das, glaube ich, könnte er uns auf alle Fälle einmal ganz  
319 gut vermitteln.

320

321 I: Ja das klingt interessant, so ein bisschen als Feedback.

322

323 IP: Genau. Was einfach für uns dann irgendwann einmal, oder, wo ich sag, wir machen  
324 halt sehr viel jetzt so aus dem Gespür heraus, dass man sagt, jetzt bin ich zum Beispiel  
325 auf Hausbesuch und ich merke, da ist jetzt heute sehr viel Redebedarf da, dann bleib ich  
326 auch länger. Ein anderes Mal geht es sehr zäh voran, dann ist man vielleicht auch wieder  
327 schneller weg, weil man sagt 'Naja, jetzt ist glaub weniger oft mehr.'. Und ich glaube, dass  
328 es ganz interessant ist, von einem Profi wirklich, ah, von einem EX-IN zu hören 'Wie viel  
329 Zeit braucht er eigentlich? Wie viel Zuneigung, wie viel Zuwand braucht er eigentlich?  
330 Was will er eigentlich selber machen? Wie geht es ihm, wenn man ihm die Anträge und so  
331 schon alles bringt? Will er das auch wirklich?' Also, ja, so Feedback ist glaub ich mal ganz  
332 interessant. Da könnte man viel lernen.

333

334 I: Wenn wir nun nochmal zum Konfliktpotential kommen, was ja wirklich einhergeht, wenn  
335 ein Genesungshelfer in ein Team kommt. Glauben Sie, das ist eine Gefahr für die Qualität  
336 von der Hilfe? Glauben Sie, da kann was kaputtgehen?



337

338 IP: ... Also das wäre jetzt quasi so, wenn der EX-IN und ich zusammen mit einem Klienten  
339 irgendwie etwas erarbeiten wollen? Oder dass der EX-IN selber mit dem Klient arbeitet?  
340 Also, welchen Konflikt meinen Sie jetzt?

341

342 I: Ähm, ich meine allgemein im Team jetzt erst einmal. Wenn wir sagen, der EX-INler ist  
343 im Team und, ja, es ist einfach diese Vermittlungsrolle, dieser andere Aspekt, so eine  
344 Zwischenstufe zu den Profis nochmal, aus Sicht von den Klienten. Glauben Sie, das  
345 macht irgendwie, kann die Qualität der Hilfe gefährden?

346

347 IP: Ich glaube, es kommt ein kleines bisschen auch auf die Art und Weise von diesem  
348 Menschen an, von dem EX-INler an, inwieweit er vielleicht zu emotional, zu übergriffig  
349 vielleicht auch sein kann und inwieweit er sich aber auch in dieses Team mit integrieren  
350 kann. Und inwieweit er vielleicht einfach auch sagen kann 'Okay, das Eine ist Das und  
351 das Andere und Das.', so wie wir uns ja auch umstellen müssen. Ich mein, wir müssen  
352 auch jetzt auf das Erleben schauen, weil wir jetzt auch Impulse haben von einem  
353 Menschen, der es erlebt hat und ich glaube, es sollte schon so eine Gegenseitigkeit sein,  
354 dass auch der der es erlebt hat irgendwie sagen muss 'Okay, erleben war das Eine, aber  
355 jetzt bin ich irgendwo dabei, wo es auch um was Fachliches noch geht. Da lass ich mich  
356 jetzt einmal darauf ein.'. Und dann kommt es halt einfach darauf an 'Wie geht er mit dem  
357 um?'. Kann er es gut miteinander kombinieren oder ist einfach Erleben über Allem und  
358 immer nur 'Spüren, spüren, spüren!'. Das hilft uns auch nicht weiter. Also da glaube ich  
359 schon, dass es vielleicht Konflikte geben kann, aber ..., dass da viel von der  
360 Persönlichkeit von dem jeweiligen abhängt.

361

362 I: Und nochmal generell gefragt: Was würden Sie denn denken, welche Arbeitstätigkeiten  
363 der Genesungshelfer übernehmen könnte? Das hatten wir vorhin schon kurz  
364 angeschnitten.

365

366 IP: Also ich denke, dass man ihn sehr gut einsetzen kann bei Begleitungen. Dann halte  
367 ich es auch für sehr sinnvoll, wenn er einfach sein Wissen, zum Beispiel diesen ganzen  
368 Behörden-Urwald, wenn er den jetzt einfach irgendwie so ein kleines bisschen, emotional  
369 dem Hilfebedürftigen übermitteln kann. Das, glaube ich, sind schon einmal ganz gute  
370 Sachen. Und ..., wo könnte man den noch gut einsetzen? ... Ich denke schon, dass man  
371 ihn einfach auch zur praktischen Unterstützung sehr gut brauchen kann, sage ich jetzt  
372 mal, dass man vielleicht einfach auch, wenn er auf Hausbesuch mit dabei ist, einfach  
373 auch mal wirklich praktisch mit anpacken kann. Man sagt ... weil viele Gespräche laufen  
374 auch so einfach im gemeinsamen Tun, sei es jetzt einmal, dass man was bei ihm  
375 miteinander irgendwie, keine Ahnung, eine Wohnung einrichtet, oder so. Also da in dem  
376 Bereich, glaube ich, könnte man ihn auch sehr sehr gut gebrauchen. Beim gemeinsamen  
377 Aufbauen von einem Regal oder so, dass man sagt, da läuft dann auch manchmal  
378 irgendwas, dass man in das Gespräch kommt, wo viel herauskommt, was man vielleicht  
379 im normalen Setting mit Tisch dazwischen gar nicht hinbekommt. Da, denke ich, könnte  
380 man ihn gut brauchen.

381

382 I: Also jetzt echt lebenspraktische Sachen und dann dieses, Kontaktknüpfen,  
383 Beziehungsaufbau und wie vorhin dann gesagt, dieses Insiderwissen nutzen und dadurch  
384 quasi auch ein bisschen, die Hilfeleistung, die man bietet, vielleicht zu verbessern oder  
385 verändern. So in diesem Sinne, oder?

386

387 IP: Mhm. Und wir können ihn für das Team natürlich sehr gut nutzen im Bereich der  
388 Supervision zum Beispiel. Weil er halt einfach mehr in das Erleben hineingehen kann.

389

390 I: Und was denken Sie für die Zukunft? Was könnte sich daraus entwickeln? Haben Sie  
391 da irgendwie eine Idee, oder eine Hoffnung?

392

393 IP: Für die Zukunft denke ich mir, dass es jetzt erst einmal wichtig ist, dass man es  
394 irgendwo einmal ausprobiert. Und dann hoffe ich natürlich, dass dieses Thema  
395 'Psychische Erkrankung', das ja mittlerweile so viele Menschen treffen kann, einfach viel  
396 öffentlicher und viel mehr in der Gesellschaft drinnen ist, dass es das einfach gibt,  
397 genauso wie einen Herzinfarkt. Ja und dass es halt nicht mehr so etwas exotisches und  
398 so etwas ghettomäßiges ist 'Das sind die und das sind die Anderen!'. Und das würde ich  
399 mir einfach erhoffen und erwünschen und vielleicht jemand mit EX-IN das noch mehr  
400 auch nach außen transportieren. Oder vielleicht kann man auch so ein Bild vermitteln, wo  
401 man halt sagt 'Mensch, das ist irgendwie ganz normal! Auch solche Menschen können  
402 ganz normale Arbeiten dann auch übernehmen!'.  
403

404 I: Wobei die EX-IN Genesungshelfer immer mit der Qualifizierung 'Psychiatriefahrung'  
405 arbeiten und sich dann auch immer dadurch auszeichnen. Was dann vielleicht auch  
406 kritisch sein könnte. Oder denken Sie ..., also das kann sich irgendwie schon auf das  
407 Selbstbild oder wieder auf die Selbststigmatisierung auswirken immer sagen zu müssen  
408 'Ich bin der Experte durch Erfahrung. Ich bin der Psychiatrieexperte!'. Oft heißt es in der  
409 Literatur, dies dient dem Abbau der Selbststigmatisierung ... aber es kann ja auch  
410 eigentlich auch einen Schaden zufügen, sich immer damit zu kennzeichnen.  
411

412 IP: Da kann ich jetzt auch nur von meinen BASTA-Leuten sagen, die halt einfach da sehr  
413 ... die sind natürlich alle sehr stabil und die erzählen da sehr couragiert aus ihrem Leben.  
414 Und die sagen, es ist ihnen einfach verdammt wichtig, das irgendwie an die Leute zu  
415 bringen. Und die sich da jetzt allerdings danach nicht irgendwie auf die Schulter klopfen  
416 und sagen 'Boah, denen habe ich jetzt etwas vermittelt! Jetzt war ich einmal der  
417 Gescheite!'. Das hat jetzt kein einziger von denen sondern eher 'Ich mach da irgendwas  
418 Gutes. Die Leute sollen aufgeklärt werden!'.  
419

420 I: Auch so ein politischer Aspekt ein bisschen.

421 IP: Ja, ganz genau.

422 I: Und von den Aktiven von dem BASTA-Projekt, da hat jetzt aber niemand die Ausbildung  
423 gemacht von EX-IN?  
424

425 IP: Da hat es noch niemand gemacht. Einer ist dabei, der liebäugelt ein bisschen damit,  
426 wobei es natürlich auch ein bisschen was elitäres ist, sage ich jetzt einmal. Das kostet ja  
427 auch was, die ARGE, soweit ich das mitbekommen habe, übernimmt sicherlich einen Teil  
428 der Ausbildung, wenn gewährleistet ist a) einen Praktikumsplatz zu haben und b) auch  
429 hinterher auch wirklich irgendwo eingesetzt werden zu können. Und keine Einrichtung der  
430 Welt kann das im Moment garantieren. Und von daher ist das jetzt momentan schwierig,  
431 jetzt kann es halt nur jemand machen, der auch wirklich was angespart hat oder wo der  
432 Partner irgendwie sagt 'Okay mach das!'. Und da fallen natürlich auch viele kompetente  
433 Klienten auch weg, weil die einfach vom Geld her da die Möglichkeit nicht haben. Und  
434 einer ist eben dabei, der liebäugelt ein bisschen damit.  
435

436 I: Und was glauben Sie, was die EX-IN Ausbildung noch bringen könnte? Oder bzw. es ist  
437 ja quasi schon eine Professionalisierung dann des Expertentums durch Erfahrung. Wo  
438 könnte der Unterschied sein zu denen, die die Ausbildung nicht gemacht haben?  
439

440 IP: Dass sie sich vielleicht doch auch noch ein kleines bisschen vom Emotionalen und von  
441 dem Erlebten ein kleines bisschen weggehen. Und dass vielleicht auch so einen  
442 gewissen, wie soll ich sagen, dass auch jetzt in Führungsstrichen auch die andere Seite  
443 wirklich auch verstehen. Also, dass manche Dinge, wie zum Beispiel, zum Selbst- und  
444 Fremdschutz wird ja jemand eingewiesen, was für viele Betroffene natürlich ein  
445 furchtbares Desaster ist. Aber, und da wird ja ganz lang immer so geschimpft 'Und der  
446 Doktor und hin und her...' und dass man dadurch in so einer Ausbildung schon auch  
447  
448

449 irgendwo das so vermittelt bekommt, dass es einfach auch bei der anderen Seite, bei der  
450 professionellen Seite, bei der medizinischen Seite einfach Handlungsweisen und  
451 Vorschriften gibt, die man einhalten muss, weil sonst klappt das Miteinander nicht. Und  
452 das glaube ich, ist irgendwie der Unterschied, wenn man sich da aus ..., also wenn man  
453 da wirklich noch eine Ausbildung macht, dass da ein kleines bisschen der Schritt von  
454 einem selber weg geht und man die andere Seite auch noch sieht.

455  
456 I: Ein Austausch quasi mit den Professionellen bzw. auch eine Art 'Verstehen'.  
457

458 IP: Mhm, und auch eine Aufklärung. Was kann denn alles passieren und was sind einfach  
459 Auflagen von einem Arzt. Oder wann muss ein Sozialpädagoge wirklich handeln. Oder  
460 einfach auch, ich mein, sehr viele psychisch erkrankte oder chronisch psychisch erkrankte  
461 Menschen leben sehr isoliert und haben natürlich auch ihre Eigenheiten, so wie andere  
462 gesunde Personen auch. Aber manche Eigenheiten sind halt natürlich nicht unbedingt so  
463 gesellschaftlich tragbar. Also Hygieneverhalten und so weiter, also das muss man schon  
464 mal so sagen ... Und dass man schon einfach auch mal mitbekommt 'Mensch hoppla, es  
465 ist nicht alles okay, was ich mache.'. Also Krankheit ist das Eine, aber es gibt auch noch  
466 andere Dinge, wo ich auch an mir noch arbeiten kann. Und ich finde schon, dass das  
467 irgendwie Sinn machen würde, oder das man sagt, da merkt man dann vielleicht einen  
468 Unterschied zu den Nicht-Ausgebildeten.

469  
470 I: Und natürlich wäre es bestimmt auch eine Unterstützung im Sinne von ... oder für die  
471 BASTA-Aktiven zum Beispiel. Wie moderiere ich, das wird ja auch gelehrt.

472  
473 IP: Ganz genau. Man könnte es ja, das fällt mir jetzt gerade noch ein, man könnte es auch  
474 wirklich da noch gut einsetzen, so im Bereich der Öffentlichkeit. Weil natürlich, wenn jetzt  
475 irgend so ein Symposium oder irgendwo einfach ist, wo man sagt, da setzen wir jetzt noch  
476 zwei EX-IN Personen hin, weil irgendwo so die verbreitete Meinung halt ist, dass das  
477 ganz schlimme Personen sind, mit psychischer Erkrankung, alle kriminelle Vergangenheit  
478 und kommen fürchterlich daher. Dass es aber auch ganz andere Personen auch gibt, die  
479 einfach einen Leidensweg hinter sich haben und wo man sagt, das sehe ich von außen  
480 einfach nicht. Und da kann ich sicherlich in der Gesellschaft, mit denen könnte man  
481 sicherlich gut arbeiten.

482  
483 I: Ja, als Aufklärungsarbeit, genau. Sehr schön, das war es schon von meiner Seite.  
484 Vielen Dank.

1 Transkript Interview 3

2

3 Interviewpartner: IP

4 Interviewer: I

5

6 I: Wunderbar. Vielleicht können Sie mir zunächst sagen, was Ihr Aufgabenbereich hier in  
7 der Einrichtung ist.

8

9 IP: Als Psychologe bin ich vor Allem für die Beratung zuständig, also in der  
10 Beratungsstelle für psychische Gesundheit und wir haben hier eine Komm-Struktur; das  
11 heißt, das Klientel kommt her mit Fragestellungen und dafür sind wir dann da.

12

13 I: Fragestellungen was komplett die psychische Gesundheit betrifft? Weit gefasst.

14

15 IP: Kraut und Rüben sozusagen; also alles kommt hier. Ja.

16

17 I: Sind Sie dann für einen bestimmten Bereich, also den psychologischen Bereich,  
18 zuständig oder ist das aufgeteilt und in Kooperation dann eben mit den Sozialpädagogen?

19

20 IP: Genau. Zuständig sind wir schon für ähm, am Anlass wo Beratung zu befriedigen ist,  
21 oder Fragestellungen. Das geht dahin, dass das dann Begleitungen werden. Das kann  
22 durchaus sein, dass die dann Jahre kommen; fünf, sieben, zehn Jahre ... je alle zwei  
23 Monate und dann Auffrischungen brauchen. Es könnte auch was kurzfristiges sein, so  
24 akute Krisenintervention; da hatte ich dann einen Fall: Frau wurde am Wochenende  
25 informiert, ihr Mann hat eine andere Frau und will sich trennen. Die ist natürlich jetzt von  
26 der Rolle. Und dazu sind wir da, einfach um sie aufzufangen und einen Raum zur  
27 Verfügung zu stellen, um sich einmal mitzuteilen. Meistens ist es dann eher so, dass wir  
28 da eine Menge Taschentücher verbrauchen. Das ist irgendwie so eine ... ja... so empfinde  
29 ich, oder sehe ich unsere Aufgabe, dass wir eigentlich da einen Rahmen zur Verfügung  
30 stellen, wo Menschen einfach mal sie selbst sein können. Ohne jetzt eine  
31 gesellschaftliche Etikette wahren zu müssen. Also hier darf man mal der Menschen sein,  
32 ja? Entstehen andere Bedarfe, so wie bei der Dame, dass sie Angst hat, wie krieg ich das  
33 alles auf die Reihe, das ist ja wieder eine neue Fragestellung und da braucht man  
34 Begleitung dazu. Also würde es die Krisenintervention langfristig oder mittelfristig in  
35 eigentlich eine begleitende Beratung übergehen. Vermutlich in dem Fall bis das  
36 Scheidungsjahr vorbei ist, das Trennungsjahr, und die Scheidung vollzogen ist. Das geht  
37 soweit, dass man sie, wenn schwache Menschen da sind, oder ängstliche, direkt sogar  
38 dann begleiten zum Beispiel zum Rechtsanwalt oder vor Gericht oder so. Einfach, um  
39 Sicherheit dem Menschen zu vermitteln, da ist jemand da, der ist für dich, der steht zu dir.  
40 Der ist sozusagen unparteiisch, neutral ja, auf den kann ich mich verlassen. Da würde  
41 natürlich dann auch wieder der Sozialpädagoge sehr stark gefragt sein, weil der sich  
42 natürlich rechtlich super auskennt, entsprechend da Kontakte schon hat und das  
43 verknüpfen kann. Also da geht das eher so Hand in Hand über.

44

45 I: Und werden Ihre Klientinnen und Klienten grundlegend eher zu Ihnen vermittelt oder  
46 kommen die von selber?

47

48 IP: Die kommen eher von selbst. Andererseits aus Eigeninitiative, dass sie das irgendwann  
49 einmal gehört haben, oder das Angehörige oder Bekannte sagen 'Geh da mal hin!' oder  
50 eben, es gibt sehr wohl auch Fälle, die schon in der Klinik waren, die dann von dort die  
51 Information kriegen: Unseren Dienst gibt's. Kollegen fahren auch 14-tägig hinaus ins  
52 Klinikum und fragen nach 'Gibt's neue Vorstellungen?' sozusagen, aus unserem  
53 Landkreis, 'brauchen die was?', 'da sind wir', 'da ist ein Fall da von uns'; einfach um  
54 Kontakt, einfach nur mal anbieten zu können. Ob das dann angenommen wird, das ist  
55 wieder eine andere Frage ... da weiß ich jetzt nicht die Quote. Aber es ist sehr wohl, ...  
56 kommt das auch vor, dass es Vermittlungen gibt. Selbstverständlich auch von

57 niedergelassenen Hausärzten oder auch den Psychiatern. Das sind eigentlich die zwei  
58 starken Überweisungsgruppen. Die kennen uns schon eben über anderes Klientel.

59

60 I. Genau. Und ...

61

62 IP: Manchmal ist es auch umgekehrt; dass sie einfach zu uns kommen und wir sie dann  
63 zum Facharzt schicken, wenn wir die Vermutung haben, ja da ist ein somatisches  
64 Problem, bzw. brauchen wir Psychopharmaka, richtige Medikation, um überhaupt  
65 handlungsfähig zu sein, bzw. der Klient. Dass er Beratung überhaupt annehmen kann.  
66 Dass er seine Fragen überhaupt in Ruhe einmal durchdenken kann und auch angehen  
67 kann.

68

69 I: Und wenn wir nun einmal zum Thema kommen: Wann haben Sie denn das erste Mal  
70 von Experienced Involvement gehört und von den Experienced Involved  
71 Genesungshelfern?

72

73 IP: Ähh, heuer oder voriges Jahr.

74

75 I: Und was waren Ihre ersten Gedanken dazu?

76

77 IP: Um Gottes Willen! ... Alter Wein in neuen Schläuchen. Ja anscheinend erfindet sich  
78 die Szene immer von selbst ... oder erfindet immer Dinge, die es schon längst gibt. Aber  
79 halt, kriegen sie neue Namen oder neue Formen und dann ist es schon wieder etwas  
80 Neues. Aber wenn ich den Gedanken nachdenke, dann gibt's es das eigentlich seit der  
81 Selbsthilfebewegung in den 70er Jahren. Jetzt heißen sie halt EX-IN, früher hießen sie  
82 Selbsthilfegruppe oder so.

83

84 I: Okay. Dann sehen Sie da jetzt nicht gerade eine Abgrenzung zwischen Selbsthilfe und  
85 der Ausbildung oder den ausgebildeten Peers.

86

87 IP: Naja schon. Klar gibt es da gewisse Abgrenzungen, aber so fundamental ist sie glaub  
88 ich nicht.

89

90 I: Gut. Wenn wir uns vorstellen, dass ein Genesungshelfer in ein Team kommt, müssen  
91 wir auch mit Teamprozessen rechnen, die sich in einem Team auf tun werden. Ist Ihnen  
92 persönlich eine gute Zusammenarbeit wichtig und was ist für Sie Teamarbeit?

93

94 IP: Mhh, jetzt muss ich provokant antworten und sagen, 'Nein, Teamarbeit ist mir völlig  
95 scheissegal'. Denn wenn ich vor Ort vor dem Klienten sitz, ist mein Team nicht da. Man  
96 muss immer alleine handeln und Verantwortung übernehmen. Das ist für mich leichter,  
97 wenn ich jetzt hier in der Institution im Gebäude arbeite, als wie, wenn ich jetzt an meine  
98 Kollegen denke, die mobil unterwegs sind, einen Hausbesuch machen und sie sind ganz  
99 alleine. Also aus der Sicht braucht man kein Team, aber aus dem Gedanken heraus, ist  
100 klar, wie notwendig das Team ist, das ich überhaupt befähigt bin, selbständig denken zu  
101 lernen. Ja, das heißt, das ist ein riesen Puffer und eine Ressource, Teamprozesse da für  
102 mich angebunden, aufgehoben, das ist sozusagen der Stützpunkt, von dem ich meine  
103 Aktivitäten ausrichte.

104

105 I: Sie sehen schon ein bisschen als Einzelkämpfer in der Arbeit. Die Arbeit macht man  
106 selbst, aber es gibt da ...

107

108 IP: In der Klientenarbeit kann ich das immer nur alleine machen, weil es wäre  
109 unzumutbar, dass der Klient sagen wir einmal dem ganzen Team gegenüber eine  
110 Beziehung aufbaut. Ja, das geht nicht. Aber das Team ist sehr wichtig, um über die  
111 eigene Befindlichkeit zu sprechen: 'Was brauch ich?' aber auch, ja um mir Hilfe zu holen  
112 'Wie geh ich damit um? Gibt es da schon Erfahrungen?'

113

114 I: Und machen Sie auch Fallbesprechungen im Team?

115

116 IP: Genau, da bei Supervisionen, da geht's um Fälle. Auch ungeleitet, also im Team. Und  
117 da ist es natürlich extrem wichtig, dass man da offen ist und man ehrlich sagen kann, 'Ja,  
118 mit einem bestimmten Klientel oder mit einem bestimmten Problem tu ich mir ganz  
119 schwer' oder 'Ich mag das'. Da kommen ja dann auch individuelle Vorlieben oder Stärken  
120 raus, da könnte man zum Beispiel auch, wenn das passend ist, einen Klienten  
121 entsprechend so quasi indikativ zuordnen. Was wir mehr oder weniger automatisch schon  
122 machen, intuitiv. Dass das klar ist, jemand ist eher der strukturierte, der wird sich dann  
123 eher nicht mit Borderlinern auseinandersetzen. Wenn jemand sehr beziehungsstark ist  
124 und das aushält, wäre er hier (?) ... Präferenzen zu setzen. Entsprechend wird er auch  
125 Klientel vermittelt bekommen. Es ist schon so eine Art Selbstselektion. Zumindest hier in  
126 unserem Dienst.

127

128 I: Sehe ich das schon richtig, dass Sie Wert darauf legen, dass es im Team ... ja, dass die  
129 Teamzusammensetzung passt und das eine positive Stimmung im Team ist. Dass man  
130 gut zusammenarbeitet.

131

132 IP: Und die Grundbedingung dafür kann man jetzt auch ganz klar nennen, die vier  
133 Grundparameter von Gruppendynamik. Das ist ein gemeinsames Ziel und dann kommen  
134 Vertrauen und Offenheit, das sind die wichtigsten zwei, da gibt's diese Korrosion, das ist  
135 Wir-Gefühl. Vertrauen und Offenheit, das ist a die Bereitschaft das Vertrauen ins Team,  
136 über mich persönlich auch im Team auch offen zu reden und zu sagen, 'Ja, der Fall hat  
137 mich jetzt mitgenommen. Der berührt mich. Der löst eine eigene Geschichte aus.' Ja und  
138 dass man dann jetzt einfach auch den Platz hat zu sagen 'Nein, ich will den nicht! Bitte  
139 übernehmt den!'

140

141 I: Jetzt ist es ja so. Es gibt ja schon einige Experienced Involved Genesungshelfer, die  
142 einen Job haben. Und wenn man dort die Erfahrungsberichte liest, kommt die Sprache oft  
143 auf Themen wie Ungerechtigkeit, Ungleichheit, Unstimmigkeit am Anfang der  
144 Arbeitsverhältnisse weil die Rolle und die Aufgabenverteilung für die Peers nicht klar sind.  
145 Was denken Sie hierzu?

146

147 IP: Das glaub ich auch. Ich glaub, dass das auch ganz super schwierig ist, so jemand in  
148 ein professionelles Team zu integrieren. Denn er rennt ja immer mit dem Etikett herum:  
149 'Psychisch krank. Ich war psychisch krank! Vielleicht bin ich es sogar noch.' Und es sitzen  
150 da die Teamkollegen um mich herum die sagen 'Ich bin sicher nicht psychisch krank; ich  
151 bin ja der Helfer, der professionelle. Obwohl wir uns da selber auch wahrscheinlich  
152 anschwindeln, weil es gibt wahrscheinlich niemanden, der nie psychisch krank ist.  
153 Vielleicht müsste man da hinterfragen, was psychische Erkrankung überhaupt ist, ja?

154

155 I: Sehen Sie da ...

156

157 IP: Und das sind normale Lebensphänomene, sprich Trauerreaktionen oder Krisen, wie  
158 Scheidung, Trennung. Das erlebt jeder vielleicht mal. Das ist normal, dass man da so  
159 reagiert. Also auch die Profis reagieren so, wenn sie so etwas persönlich oder privat so  
160 was erleben würden.

161

162 I: Sie befürchten hier schon eine gewisse Spaltung zwischen den Profis und den  
163 Genesungshelfern?

164

165 IP: Ja schon. Und ich glaube da liegt ganz viel eher an den Genesungshelfern, weil die  
166 müssten sozusagen mit extremer Offenheit das Vertrauen der Anderen gewinnen. Ach,  
167 ich persönlich find das nicht so (?), weil derjenige müsste sich da sehr outen. Also das ist  
168 schon ein Stück Striptease und da muss ich schon fragen, 'Hey ist das Not?' Wenn man

169 eh andere Helfer schon haben. Das ist dann schon eine Frage, die derjenige sich dann  
170 stellen muss.  
171  
172 I: Sie sehen das dann so, dass von dem Genesungshelfer die Initiative ausgehen muss,  
173 dass er sich integrieren muss, in das Team.  
174  
175 IP: Ja er muss beweisen, dass er gesund ist. Das ist das Dumme.  
176  
177 I: Ah, dass er stabil genug ist. Und wie kann er das ihrer Meinung nach?  
178  
179 IP: Ja. Ja das ist eine super Frage. Wie schnell? Ja, also das müsste was langdauerndes  
180 sein, um da wirklich Vertrauen zu kriegen. Also da müsst dann da so quasi stellvertretend  
181 oder beobachtend wahrnehmen 'ja der meistert gewisse Krisen und Situationen und  
182 dekompenziert nicht!'. Ja? Da würde man dann Vertrauen kriegen. Ja okay, das stimmt,  
183 der ist fit, ist stabil, da gibt es keine Gefahr. Das ist schon, glaub ich, eine gewisse Zeit,  
184 was man gibt.  
185  
186 I: Also sehen Sie das schon auch so, dass von der letzten akute Krise schon eine gewisse  
187 Weile vergangen sein muss.  
188  
189 IP: Die Dauer ist nicht relevant. Die Aufarbeitung ist entscheidend. Und für mich  
190 persönlich wär ..., die entscheidende Frage wär für mich nicht 'Wie bist du gesund  
191 geworden?' sondern entscheidend wäre das eigene Ideologie-Konzept, das was ..., 'Wie  
192 wird man eigentlich krank? Ist das eine Virusinfektion? Kann ich da nichts dafür? Ist das  
193 wie ein Blitz aus dem heiteren Himmel und ich bin unschuldig? Oder hab ich da  
194 Verantwortung? Und ist Heilung und Genesung das Erkennen der eigenen Verantwortung  
195 und des Überwindens der eigenen Hürden?' Also ich kenn keinen so einen.  
196  
197 I: Mhm, die Vergangenheit müsste also gut aufgearbeitet sein? In der Experienced  
198 Involvement Ausbildung wird diese Aufarbeitung ja gerade auch unterstützt und  
199 angeleitet. Da lernt man ja auch wirklich Theorien und Haltungen, wie man mit seinen  
200 Erfahrungen umgehen kann...  
201  
202 IP: Ja, das sind aber Theorien. Und das Entscheidende ist aber, ob die eigenen  
203 Strategien, die eigenen Erklärungsmodelle, die man ja lebt und nicht nur denkt. Ich kann  
204 mir verschiedenen Modell denken, super, aber die Frage ist 'Wie lebe ich? Wie verhalte  
205 ich mich?'.  
206  
207 I: Und genau dies wird ja in der Ausbildung diskutiert und reflektiert.  
208  
209 IP: Das glaube ich auch, dass das reflektiert wird und diskutiert (schmunzelt), aber das ist  
210 noch lang kein Garant dafür, was wirklich stattfindet (?) Ja und auch Therapieausbildung,  
211 ja und man hat auch Selbsterfahrung gemacht. Man kann überall dabei sein und so tun,  
212 wie wenn ich mich selbst erfahre. Da keiner meine Gedanken lesen kann, kann ich da  
213 auch schwindeln. Das man sagt, 'Wow, bei dem möchte ich eigentlich Therapie machen.  
214 So schlüssig, so glaubwürdig bringt er das rüber, seine eigene Erkrankung, wie er da  
215 selber sich wieder herausgefunden hat.'  
216  
217 I: Und das funktioniert ihrer Meinung nach nur, wenn man sich langjährig kennt und die  
218 Person wirklich auch kennengelernt hat. Dann könnte es ...  
219  
220 IP: Das glaub ich nicht, dass das die Bedingung ist. Aber sie, wenn ich jemanden kenne  
221 und ihm vertraue, ist es glaub ich leichter und schneller, mich zu beweisen und zu zeigen,  
222 wer ich bin und dass der anderen mit mir rechnen können.  
223  
224 I: Wenn wir jetzt nochmal ganz konkret darauf zu sprechen kommen. Wenn Sie persönlich

225 einen Experienced Involved Genesungshelfer einstellen möchten, was müsste der als  
226 Voraussetzung mitbringen?

227

228 IP: 105 Prozent Fitness.

229

230 I: Fitness im Sinne von psychischer Stabilität?

231

232 IP: Nein, nein, Stabilität ist mir zu wenig. Im Sinne von Empathiefähigkeit sich selbst und  
233 Anderen gegenüber. Also Stabilität ist viel zu wenig. Weil stabil sind fast alle in unserer  
234 Gesellschaft. Und das sind aber keine Therapeuten in dem Sinne. Ja weil wenn mit ihm  
235 was konfrontiert werden willst, ist vielleicht abwertend (?).

236

237 I: Aber was meinen Sie dann mit dem Wort 'Fitness'?

238

239 IP: Naja, dass ich eben auch Bescheid weiß, wie Störungen überhaupt entstehen oder  
240 gibt es das überhaupt oder sind das alles nur Attributionen der Gesellschaft? Dass sie  
241 Schwache als Kranke stigmatisieren, ja? Das sind dann sozusagen die Opfer, der  
242 Ausschuss. Weil sie nicht mehr funktional sind. Also diese Gedanken muss der auch  
243 irgendwo reflektiert haben. Und auch, glaub ich, so einen Anspruch haben, eher  
244 emanzipatorisch zu wirken. Also aufklärerisch. Weil ich kenne viele Profis, bin ich selber  
245 auch, und ich glaub unsere Berufsstände können das selber nicht einmal richtig, ja? Also  
246 da gibt's vielleicht 20 Prozent, wirklich unter 30 Prozent, die so gut sind.

247

248 I: Also haben Sie schon recht hohe Voraussetzungen.

249

250 IP: Naja, ja, das ist ein verdammt schwieriges Geschäftsfeld. Wir haben alles, wir können  
251 niemanden zurückweisen. Wir haben wirklich vom Kindstod bis Scheidung, Psychose, ja  
252 alles. Ah, da muss ich schon soo ein Kreuz haben, sozusagen, damit ich das aushalte.  
253 Und, klar, wird's Menschen geben, auch EX-Ins, die das draufhaben, nur die Quote,  
254 glaub ich, wird sehr gering sein. Da kannst du 100 000 Ausbildungen machen. Das nützt  
255 nichts, wenn du nicht selbst motiviert bist, dich auch kritisch zu hinterfragen. Bitte? Wer  
256 macht das heute schon gerne? Und da wird natürlich auch sehr viel gesellschaftliche  
257 Trends, wir leben in einer Zeit, in der alles nur noch oberflächlicher wird. Also da ist  
258 jemand, der sich kritisch reflektiert, und der das auch mich Anderen macht, ein Exot. Also,  
259 ich hab so das Gefühl, da kommen massive Probleme auf EX-Ins zu, dass sie sozusagen  
260 auch akzeptiert werden, in der Versorgungslandschaft.

261

262 I: Auch größere Probleme, wie jetzt bei der Einstellung von z. B. einem Psychologen oder  
263 Sozialpädagogen? Glauben Sie, die EX-Ins müssen sich stärker beweisen?

264

265 IP: Ja, ja.

266

267 I: Und was denken Sie ...

268

269 IP: Aber das ist halt der Umgang auch der Profis, ja, wenn man einmal da in der Klinik  
270 war, dann wird man nicht mehr von den Profis gleich genommen. Da hat man schon einen  
271 Stempel. Auch schwach.

272

273 I: Ja, und dieses Stigma zu überwinden, ist auch grundlegend bei der EX-IN Ausbildung.

274

275 IP: Ja, da brauch ich schon ganz viel Motivation und Mut. Und, glaub ich, ohne Begleitung  
276 wird das auch nicht gehen. Also jemand, der mich da auch unterstützt: 'Du machst das.  
277 Du kannst das. Dir traue ich es zu!'

278

279 I: Da kommen wir schon zum nächsten Punkt. Dass es quasi auch ganz wichtig ist, dass  
280 die EX-IN Experten einen Ansprechpartner haben, auch in der Dienststelle, wo sie



281 arbeiten. Der sie ein bisschen anleitet und Unterstützung geben soll.  
282  
283 IP: Ja, das ist schwierig, weil der ist automatisch auch wieder der Therapeut vom EX-IN.  
284  
285 I: Glauben Sie also nicht, dass ein Arbeitsverhältnis auf gleicher Augenhöhe möglich ist?  
286  
287 IP: Ich glaube es nicht. Muss ich Ihnen ehrlich sagen. Ich glaube es nicht. Wie gesagt,  
288 alter Wein in neuen Schläuchen. Ich glaube, dass eher die Gefahr ist, dass EX-Ins da  
289 verheizt werden. Muss ich ehrlich sagen.  
290  
291 I: Verheizt werden im Sinne von?  
292  
293 IP: Ja, überfordert werden zum Beispiel. Bei Dingen eingesetzt werden, wo man weiß,  
294 das hält man nicht lang aus, ja. Oder es ist ein Projekt, das limitiert ist, zeitlich. Also, ich  
295 fände es nicht so gut. Ich glaub, dass es sehr schwierig ist, dass die da Fuß fassen.  
296 Denn, warum machen auch noch andere Sozpäd-Ausbildung, oder Therapieausbildung,  
297 oder studieren Psychologie oder etc. Da würd ich mir eher wünschen, warum gehen nicht  
298 die EX-Ins, Erfahrene, nutzen das nicht und machen dann auch so eine Ausbildung, die  
299 normale? Sie könnten sagen, naja ich hab schon Selbsterfahrung gemacht, ich muss das  
300 nicht mehr machen. Also umgekehrt eigentlich, der bessere Wunsch, Menschen die  
301 zukünftig im psychiatrischen Kontext arbeiten wollen und so eine Ausbildung machen,  
302 müssen eigentlich ein Kriterium erfüllen, dass diese Studenten eher aufgenommen  
303 werden in so einen Studiengang, die vielleicht selbst schon betroffen sind.  
304  
305 I: So haben wir es ja in der Sucht- oder Behindertenhilfe ja schon recht häufig. Da ist es  
306 schon eher eingebürgert, dass z. B. eine Suchterfahrung besteht und das Studium  
307 daraufhin gemacht wird. Das ist...  
308  
309 IP: Wobei hier dann die Gefahr ist, ob man das Studium dann als Selbsttherapie macht.  
310 Ich bin Psychologe und ich weiß, 99 Prozent der Studenten machen das aus  
311 Eigentherapie. ...  
312  
313 I: Wenn wir nochmal an vorhin anschließen. Wenn die Genesungshelfer wirklich mehr  
314 Anleitung brauchen, vielleicht auch extra Coaching oder Supervision. Was denken Sie wie  
315 da die Konkurrenzgedanken hier sind zu den anderen Teamkollegen.  
316  
317 IP: Ja natürlich. Die brauchen das schon wieder und wir haben das nicht. Ja die kriegen  
318 das alles, wir nicht...  
319  
320 I: Sie rechnen also mit Konflikten?  
321  
322 IP: Ja! 100 prozentig! Nur kann ich Ihnen versichern, dass die Mehrheit dieser Konflikte  
323 nicht auf dem Tisch liegen wird. Ja, die sind sehr subtiler Natur. Aber das garantiere ich  
324 Ihnen. Ich glaube schon, dass da Ressentiments da sind. Und diese aufzubrechen, ach,  
325 das gelingt ja nicht einmal mit normalen psychisch Kranken, sozusagen. Sie zu  
326 akzeptieren, weder gesellschaftlich, noch irgendwo in unserer Szene. Da gibt es immer  
327 noch 'Gott sei Dank bin ich gesund und du krank.', ja? Das ist zutiefst menschlich und  
328 lässt sich nicht verleugnen. Das sitzt natürlich nicht im frontalen Kortex, also in der vollen  
329 Bewusstheit. Aber wir müssen trotzdem das mit kalkulieren.  
330  
331 I: Denken Sie nicht, dass irgendwie auch wirklich durch die Installierung von EX-IN  
332 Genesungshelfer ein Wechsel im Denken ermöglicht wird? Dass nicht mehr zwischen  
333 Krankheit und Gesundheit unterschieden wird, sondern es als Kontinuum zwischen 'mir  
334 geht's gut' und 'mir geht's nicht so gut'?  
335  
336 IP: Ja, das wär natürlich der emanzipatorische Gedanke dieser ganzen Geschichte, das

337 verstehe ich schon. Nur glaube ich, ist das etwas, was man mindestens über ein  
338 Jahrzehnt oder so sehen muss. So lang wird der Prozess dauern. Locker zehn Jahre. Und  
339 das ist natürlich für einen Dienst jetzt, wo der arbeitet, eine lange Zeit. Pi mal Daumen  
340 misst man jeden neuen Kollegen mindestens ein halbes Jahr Eingewöhnungszeit zu, so  
341 lang braucht man, bis man heimisch ist. Wenn nicht sogar ein Jahr. Da würde das dann  
342 aber auf zwei, drei, fünf Jahre ausgedehnt werden. Da ist man da schon ein bisschen  
343 sauer. 'Warum? Wir haben nicht so eine Spezialbehandlung bekommen! Der aber schon!'.  
344 Verstehen Sie? Das ist, glaube ich, eine Quelle von Konflikt. Aber wie ein normaler  
345 Futterneid, das ist jetzt nichts Krankes.

346  
347 I. Ja wahrscheinlich eine normale Teamproblematik. Und wenn jetzt hier in ihrem Dienst  
348 ein EX-IN Genesungshelfer eingestellt werden würde. Würden Sie auch für sich  
349 persönlich mit einem Mehraufwand rechnen?  
350

351 IP: Naja, wenn er mit dann unterstellt ist, schon ja.

352  
353 I: Und was würden Sie dem EX-IN Genesungshelfer allgemein für ein Aufgabengebiet  
354 oder was für eine Rolle zuteilen?  
355

356 IP: Ja, Therapeut natürlich, ganz klar. Ja sicher, wenn er wirklich ein genesener Kranker,  
357 also ein gesunder Kranker, nicht mehr krank ist. Dann muss er das Wesentliche kapiert  
358 haben, um was es geht in der Therapie oder in Gesundheit. Und was psychische  
359 Gesundheit wirklich ist. Und dass es nicht Funktionalität im Sinne unseres  
360 Wirtschaftssystems ist. Muss man ganz klar unterscheiden, weil, wenn ich mehr als 40  
361 Stunden freiwillig arbeite, dann bin ich ja eh schon krank. Verstehen Sie? Dann muss ich  
362 mir andere Kriterien mir anlegen, die aber den Rahmen unserer Gesellschaft sprengen.  
363 Und das müsste der haben, sonst kann er ja mir gegenüber nicht nachweisen, dass er  
364 sich geheilt hat, selber. Klar, mithilfe von Therapien usw. Aber eigentlich wars ja er, oder  
365 sie.

366  
367 I: Okay, dann würden Sie dem EX-IN Genesungshelfer keine Vermittlerrolle zwischen  
368 Klientel und Profis zuweisen sondern auch wirklich eine therapeutische Rolle.  
369

370 IP: Ich finde schon er wär super richtig als Peer, als Vorbild. Und er hätte auch gewisse  
371 Kompetenzen, weil er wüsste, wie Therapie wirklich funktioniert und was man auch als  
372 Klient dafür geben muss, dass Therapie funktioniert, ja? Und die Bereitschaft, sich zu  
373 öffnen. Und das ist wieder so etwas, sich nackt darzustellen, wie man als Mensch wirklich  
374 ist. Hinter aller Fassade und Rolle. Da könnte ich mir den sehr gut vorstellen.

375  
376 I: Als Vermittler, aber da ...  
377

378 IP: Naja, nicht nur, sondern auch als Provokateur. Dass er die anderen Betroffenen  
379 herauslockt und auch ihnen mehr oder weniger einmal den Kopf wäscht. So quasi, ja,  
380 wenn ihr nichts macht, seid ihr in zehn Jahren immer noch da.

381  
382 I: Mhm, um die Klienten ein bisschen zu pushen...  
383

384 IP: Ja und das hat für mich schon therapeutischen Charakter. Wahrscheinlich mehr als  
385 wie die Niedergelassenen ...  
386

387 I: Würden Sie ... Sehen wir das nun wirklich im Arbeitskontext. Was hätte der EX-INler  
388 oder die EX-INlerin für Aufgaben? Was könnte man als ihr Aufgabenbereich bezeichnen?  
389

390 IP: Ja, Beratungsgespräche zu führen, wo es z. B. um Motivation geht. Gruppen zu leiten.

391  
392 I: Also immer in Anbindung mit den Profis, Hand in Hand als Kooperation und nicht als

393 eigenständige Beratung?  
394

395 IP: Ja, was sehr schade ist, weil wenn derjenige selbst betroffen wäre und eine  
396 Ausbildung hätte, dann könnte man gleich zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen. Ja,  
397 super!  
398

399 I: Vielleicht kann sich dies ja auch aus der Ausbildung noch entwickeln. Dass viele den  
400 Mut noch zu einem Studium entwickeln.  
401

402 IP: Naja, statt der EX-IN Ausbildung gleich ein Studium. Da spart man sich Zeit, ja? Das  
403 wäre natürlich immer besser. Muss ja nicht gleich ein Doktoratstudium sein mit 20  
404 Semestern. Aber da gibt's natürlich wieder die klassischen Bildungszugangskriterien oder  
405 auch Hürden. Das ist natürlich schade. Da müsste man was ändern. Ja, also mir wär  
406 lieber, dass jemand kein Abitur hat, aber er betroffen ist und der sollte so etwas studieren.  
407 Und ich, ich muss Abitur haben, dass ich das tun darf und ich brauch einen bestimmten  
408 Schlüssel, also Numerus Clausus, dass ich das überhaupt darf. Das ist verrückt. Weil  
409 dadurch siebt man eigentlich aus, dass vielleicht die Falschen dorthin kommen. Und die,  
410 die wirklich betroffen sind, aber nicht nur jetzt im negativen sondern auch im positiven  
411 Sinne, sich damit identifizieren können, also wirklich Berufene sind, gar nicht zum Zug  
412 kommen. Und ich könnte mir gut vorstellen, dass da bei einigen der schon fertigen EX-INS  
413 irgendwie so Berufene da sind. Das ist aber sehr schade, weil sie eigentlich mit dem EX-  
414 IN-Etikett, ja, da bist du halt nicht viel wert. Das ist schade, eigentlich kränkend.  
415

416 I: Ja...  
417

418 IP: Deswegen sehe, bin ich dem ganzen, ja, neuer Schlauch alter Wein, immer sehr  
419 skeptisch.  
420

421 I: Prinzipiell gut, allerdings nicht die perfekte Lösung.  
422

423 IP: Nein, ich glaube nicht.  
424

425 I: In der Literatur liest man auch oft, dass die EX-IN Genesungshelfer in einem  
426 freundschaftlichen Verhältnis zu den Klienten stehen dürfen, Freundschaft schließen. Was  
427 sind hierzu Ihre Gedanken?  
428

429 IP: Was heißt Freundschaft? Das sind alles Definitionsfragen. Ich habe immer  
430 freundschaftliche Gefühle zu meinen Klienten, weil sonst kann ich sie gar nicht  
431 behandeln. Da kann ich mich nicht einlassen und dem seinen Schmerz aushalten, wenn  
432 ich nicht irgendwie Sympathie oder irgend so Gefühle habe.  
433

434 I: Dann sagen wir so, dass sie quasi keine so große professionelle Distanz einhalten  
435 müssen.  
436

437 IP: Naja, ich glaube nicht, dass sich das Verhalten von Freundschaft oder so auf  
438 Professionalität niederschlägt. Distanz heißt nicht, dass ich nicht freundschaftlich bin.  
439 Distanz heißt ganz klar: Das ist dein Leben und das ist mein Leben. Und wenn die Stunde  
440 vorbei ist, bist du verantwortlich und nicht ich.  
441

442 I: Aber es ist ja wirklich so, dass...  
443

444 IP: Und vielleicht ist das, was sie meinen, Freundschaft ist, dass ich über diesen Termin  
445 hinaus mir Sorgen mache und meinen Freund.  
446

447 I: Oder abends Kaffee trinken gehen etc.  
448

449 IP: Na, das kann man auch mit einem Klienten machen.  
450  
451 I: Privat?  
452  
453 IP: Ja.  
454  
455 I: Okay, da wird jeder eine andere Einstellung dazu haben.  
456  
457 IP: Warum nicht? Ich darf privat tun, was ich will.  
458  
459 I: Natürlich.  
460  
461 IP: Wenn ich mir das antun will, freilich (lacht). Das ist wieder eine andere Geschichte.  
462 Stellen Sie sich vor, sie haben einen Klienten, der eine bestimmte Störung hat. Der hat  
463 aber irgendein Hobby oder einen Beruf, der Sie persönlich sehr interessiert und so. Der  
464 macht dann irgendwas in seiner Freizeit und das interessiert sie. Dann werden Sie da  
465 auch hingehen und nicht sofort sich als Profis wiedersehen. Ob der jetzt Beratungsbedarf  
466 hat, sondern der ist zum Beispiel Schachspieler. Dann kann man sich treffen mit dem im  
467 Kaffee und Schach spielen. Was man normalerweise mit einem Freund machen würde,  
468 aber das fände ich jetzt nicht abwegig.  
469 Klar, ich weiß schon was Sie meinen. Sie meinen das Fraternisieren, ja? Das ist das  
470 Vergeschwistern. Das ist, glaub ich, generell nicht professionell. Weder zulässig für einen  
471 EX-INler als für einen Profi. Egal, welcher Herkunft.  
472  
473 I: Wir hatten ja vorhin auch schon über die doppelte Qualifizierung von  
474 Psychiatrieerfahrung und Studium gesprochen. Wie gesagt, viele, die studiert haben,  
475 haben auch eine persönliche Erfahrung und können oder werden sich nicht outen. Gut,  
476 vielleicht kann mit EX-IN in der Zukunft dies auch als Qualifizierung angesehen werden.  
477 Denken sie, dass sich möglicherweise eine Outing-Welle aufbauen kann, bei der dann viele  
478 Professionelle sagen 'Ja gut, ich hab übrigens auch eine Psychiatrie-Erfahrung!'  
479  
480 IP: Ist möglich, dass so etwas entsteht, ja. Wenn es entsteht, so eine Welle, bin ich schon  
481 wieder skeptisch, weil es da schon wieder eine andere Dynamik gibt, die mit diesem  
482 Thema oder Emanzipation wenig zu tun hat. Dies geht dann schon wieder eher in die  
483 Richtung Marketing. Ja, wie es so bei Wellen und Trends im Gesellschaftskontext  
484 irgendwie zu tun hat, ja? Da wird das ja eher gesteuert, weil irgendeinen Profi gibt's dann  
485 für die Welle. Ah nein nein, das ist dann schon wieder nicht richtig. Das ist so wie der  
486 Trend, weiß ich nicht, in den 90er Jahren hat das angefangen mit den Familienständen,  
487 ja? Systemische Aufstellungsarbeit. Ja das ist das Ding! Das löst jetzt alles! Das muss  
488 nur machen und dann bist du geheilt. Das war aber nicht so. Das war eine klare Welle,  
489 klarer Trend. Irgendwer hat profitiert und einige sind zu Schaden gekommen. Also da  
490 muss man, glaub ich, sehr aufpassen. Dass das keine so Eigendynamik kriegt. Das hat  
491 dann eher so wirtschaftlichen Charakter.  
492  
493 I: Kommen wir zum nächsten Thema und zwar die Nutzerbeteiligung. Wird ja manchmal  
494 schon in der Konzeption mit eingebunden, die Nutzersicht oder -kontrolle. Wie ist es hier  
495 in dieser Einrichtung? Beteiligen Sie die Nutzer in irgendeiner Weise? Gab es bisher  
496 einmal Befragungen, die in einer Weise in die Konzeption mit einfließen?  
497  
498 IP: Nein, das ist schon unsere eigene Aufgabe. Wenn wir jetzt hier vermessen, unser  
499 Klientel zu befragen. Das ist schon unser Job. Sehr wohl, jetzt nicht hier an der  
500 Beratungsstelle, ist es auch nicht möglich, aber im Tageszentrum. Da können die  
501 Benutzer sehr wohl mitreden. Sie müssen sogar mitreden. Da gibt es ein entsprechendes  
502 Forum mit einer gewissen Regelmäßigkeit. Da ist es ja eher sogar erwünscht. Weil ja  
503 dieses Zentrum nicht für die Betreiber da ist sondern für die Besucher. Und das reicht von  
504 'Wie gestalten wir das?' bis zum 'Was machen wir mit dem Rauchen?'. Das ist ein gutes

505 Beispiel. Bis vor kurzem wurde überall in allen Räumlichkeiten geraucht. Logisch,  
506 Rauchen und Kaffee gehört zur Psychiatrie dazu. Dann kam der Trend des Nichtrauchens  
507 und einer hatte angefangen, sich zu beschweren, warum es so stinkt überall, dann wurde  
508 das limitiert, besprochen, okay man hat sich geeinigt. Es gibt sozusagen einen  
509 Rauchertisch oder so, einen Raum. Das war dann aber immer noch zu viel Belästigung,  
510 dann hat man sich nochmal nach einer gewissen Zeit, wieder etwas einfallen lassen.  
511 Dann hat man ein Raucherzimmer gemacht. Die Besucher selber haben das halt in  
512 Absprache mit den Betreuern so geregelt, haben gesagt, okay das machen wir so.

513  
514 I: Okay, aber jetzt hier in Beratungsstelle nicht?

515  
516 IP: Nein.

517  
518 I: Was denken Sie, was wären denn für qualitative Verbesserungen von den Leistungen  
519 von der Beratungsstelle möglich, durch EX-IN?

520  
521 IP: ... Qualitative Verbesserung ... Ja, sie würden auf jeden Fall einen neuen Geist  
522 hineinbringen. Aber nur, wenn sie das glaubwürdig und sehr offen vermitteln könnten,  
523 dass nämlich jeder von uns Menschen irgendwo mit seinen Gefühlen konfrontiert wird.  
524 Manche halt extremer und davor ist niemand gefeit. Also das würde schon innerhalb des  
525 Teams auch irgendwo den Horizont erweitern. Aber von den Angeboten her, mei, das  
526 wäre halt eine langfristige Folge, dass dann die Angebote entsprechend dann von dieser  
527 neuen Sicht oder diesem Geist betroffen oder irgendwo das spüren würden. Aber das  
528 dauert sicher ein, zwei Jahre.

529  
530 I: Aber so stärkere Vernetzung zu anderen Einrichtungen oder...

531  
532  
533 IP: Wir sind eh schon viel vernetzt. Also ich kann mir nicht vorstellen, wenn wir jetzt noch  
534 mehr vernetzen, dann tun wir uns eigentlich nur noch vernetzen und nicht mehr ... Vor  
535 lauter Vernetzen sehnen wir dann keinen einzigen Klienten mehr. Und das kann nicht sein.  
536 Was quantitativ ... dann hätten wir wieder eine neue Arbeitskraft. Wenn es irgendjemand  
537 bezahlt. Das wär super, dann hätten wir einen Mann mehr oder eine Frau mehr. Ja das  
538 würde jedem Dienst, glaub ich, Freude bereiten.

539  
540 I: Aber so an passgenaueren Leistungen für die Klienten oder bessere Anpassung...

541  
542 IP: Hier in der Beratungsstelle kann ich mir das schwer vorstellen. In der Tageszentrum  
543 unten eher besser, das ist halt ein anderes Setting.

544  
545 I: Und was denken Sie, was Sie persönlich, als Mitarbeiter dieses Dienstes hier  
546 zugewinnen könnten, wenn ein EX-IN Genesungshelfer im Team wäre?

547  
548 IP: Ja, das wär super, weil (?).

549  
550 I: Und was denken Sie, was der Genesungshelfer für Fortbildungen anbieten könnte für  
551 das Team?

552  
553 IP: ... Also mir persönlich wüsste ich jetzt nicht wo er mich weiterbildet, fortbildet.

554  
555 I: Okay.

556  
557 IP: Gut, aber das hat was Persönliches, Individuelles ist das. Mich würde interessieren,  
558 wie er seine Krankheit entwickelt hat.

559  
560 I: Die Entstehung?

561

562 IP: Das hab ich ganz bewusst im Aktiv formuliert und nicht im Passiv. Wie er krank  
563 geworden ist, sondern wie er seine Krankheit entwickelt hat und wie er dann seine  
564 Gesundheit daraus entwickelt hat. Das ist für mich der interessante Prozess. Wie viel  
565 Verantwortung hat man selbst? Wenn diese Erkenntnisse herauskämen, das ist natürlich  
566 heftig. Weil dann müsste ich ganz vielen Menschen sagen 'Hey du hast die  
567 Verantwortung!'. Was ich auch mache und meisten dann böse Blicke ernte dafür. Weil ich  
568 nicht sozusagen Mitleid mit einem Opferstatus habe und da irgendwo die Käseglocke  
569 drüberstülpe. 'Du Armer du!' Weil eigentlich ist das für mich eine Entwürdigung.

570

571 I: Über das Konfliktpotential hatten wir ja auch schon gesprochen. Dass wahrscheinlich  
572 zwischen Kollegen oder im Team sich schon ein Spalt auftun kann zwischen Profis und  
573 EX-IN Genesungshelfer. Was denken Sie über die Entlohnung der Genesungshelfer? Das  
574 ist ja auch noch ein ganz großes Thema, was offen ist. Wie werden die Genesungshelfer  
575 entlohnt? Denken Sie, dass dies zusätzlich Konfliktpotential schürt und dass da noch  
576 mehr Ungerechtigkeiten entstehen können?

577

578 IP: Ja aber mehr auf den Seiten der EX-INs, glaub ich. Weil sie werden nicht eingruppiert  
579 als adäquater Sozpäd. Das ist ... die werden noch weiter unten eingruppiert, irgendwo auf  
580 Verwaltungsniveau. Das ist nicht sehr üppig. Da muss man sich schon die Frage stellen,  
581 was der EX-IN da für eine Motivation hat, ja, einen anspruchsvollen Job zu machen, wo  
582 ich mich outen muss, wo ich Anfechtungen sicher irgendwo ausgesetzt bin, wo ich sehr  
583 viel kämpfen muss. Ja und dann krieg ich da bisschen was. Verstehen Sie, ja da stell ich  
584 mir die Frage, hey Mann, mit so einer Fähigkeit, da studier ich!

585 Da spar ich mir das. Ja weil das ist einfach irgendwie so. Mei, da haben wir jetzt irgendwie  
586 was, das nennen wir jetzt EX-IN und alle, die schüren wir jetzt da rein. Ach, das ist  
587 eigentlich auch ein Abstellgleis.

588

589 I: Das ist schon auch wieder...

590

591 IP: Das wird halt wieder so verpackt nach 'so toll' und wenn man es hinterfragt, dann geht  
592 die ganze Luft aus dem Luftballon raus und übrig bleibt so ein Fetzen.

593

594 I: Ja das EX-IN hat schon auch ein gewisses Diskriminierungspotential. Weil es wieder  
595 eine einzige Gruppe darstellt, die sich mit diesem Merkmal outet und sagt, wir haben  
596 dieses Stigma. Aber ...

597

598 IP: Ja, das müsste man auch hinterfragen. Warum muss ich mich mit diesem Schild  
599 hinstellen und sagen 'Ich bin EX-IN!?' Ja und da unterstell ich, dass dieses Hinstellen ja  
600 auch immer Teil der eigenen Genesung ist, das heißt, die sind noch gar nicht genesen.  
601 Und das müsste herausfiltern, ja?

602

603 I: Aber sie wollen sich ja gerade deswegen outen und ihre Qualifizierung daran  
604 festmachen. Und dann ist die Frage, können sie das im Rahmen eines Studiums  
605 machen? Könnens sie sich da outen und sagen 'Ich bin doppelt qualifiziert!?'  
606

606

607 IP: Wahrscheinlich nicht, nein.

608

609 I: Genau das ist die Frage und dann geht dies (Anmerkung: Die Information über die  
610 Qualifizierung durch Erfahrung) wieder verloren.

611

612 IP: Nein, verloren geht das nicht!

613

614 I: Ja aber es wird nicht öffentlich. Es bleibt natürlich der Person an sich, die weiß, ich bin  
615 doppelt qualifiziert. Aber weder die Kommilitonen noch die Professoren werden das  
616 wissen und daran auch ... oder davon profitieren können. Und in der Arbeit wird das

617 ähnlich sein. Also diese Person wird es möglicherweise sowohl in der Arbeitswelt als auch  
618 überall, schwer haben. Das ist vielleicht auch, ja, das nächste Problem. Und hier bietet  
619 EX-IN...

620  
621 IP: Das ist dann einfach wirklich nur für Leute, die sich gerne exhibitionieren. Also das  
622 muss man draufhaben, sonst ist man da falsch. Das sind eher die seltenen, würd ich  
623 meinen. Die Quote derjenigen, die sich davor schämen, geht gegen 90 Prozent; im  
624 psychiatrischen (?) sowieso. Da bleiben noch zehn Prozent übrig und da muss man sich  
625 nochmal die Frage stellen, ja wie viel manische Anteile sind da dabei. Mhhh, das ist alles  
626 so schwierig, finde ich persönlich. Lieber wäre mir da eine Öffnung des Bildungsweges.  
627 Das wäre viel sinnvoller und angemessener und ehrenhafter für die Betroffenen. Sonst  
628 wird das so ein zwanghaftes Outen. Das ist ... glaub ich, geht zurück wieder; ist eine  
629 Retourkutsche. Die Gesellschaft denkt sich 'Warum müssen die sich so zwanghaft outen?  
630 Ah, die waren alle in der Klapse. Ja logisch, die haben noch immer einen an der Klatsche!  
631 Deswegen müssen sie sich so echauffieren.'. Deren Absicht wäre aber eine aufklärerische  
632 Absicht. Ich glaube nicht, dass das so ermöglicht wird. Ich glaube eher, dass über Bildung  
633 könnten wir da, über Aufklärung, Information, da müssten wir aber ganz anders ansetzen.  
634 Das wär Präventionsarbeit. Wie eigentlich schon im Geburtsvorbereitungskurs anfangen  
635 muss.

636  
637 I: Dann sehen Sie auch dieses 'Ich oute mich. Ich oute mich der Welt gegenüber!' als gar  
638 nicht so wichtig und gar nicht so förderlich für sich selbst und für die professionelle  
639 Umwelt.

640  
641 IP: Ja, weil die Gefahr ist, dass das sehr plakativ wird. Wir sind Werbemenschen  
642 sozusagen, ja? Irgendwann einmal verliert dieser Reiz seinen Wert. Wenn das zu plakativ  
643 wird. Am Anfang springt das richtig ins Auge und nach dem hundertsten Mal kann man es  
644 nicht mehr sehen. Da bekommt man einen Widerwillen. Da ist schon ein Stück Gefahr,  
645 dass einfach Gesellschaft, ich sag jetzt einfach Gesellschaft, weil das uns alle inkludiert,  
646 (?) schon wieder den Nerv. Und diese Prozesse kennen wir. Und das wäre dann  
647 eigentlich eine Re-Traumatisierung. Da ist schon ein Gefahrenpotential.

648  
649 I: Ja, dass diese Selbststigmatisierung, die man eigentlich überwinden möchte, noch  
650 stärker stigmatisiert, weil dieses Stigma noch mehr verstärkt wird. Sie verstärken es im  
651 Prinzip sogar selber.

652  
653 IP: Ja. Und da stell ich dann andere Fragen: 'Warum machen die das?' Und wenn man  
654 dann beobachtet, die bekommen vielleicht Ressourcen dafür. Ja, da steht sofort Neid am  
655 Plan. Und da unterstelle ich jetzt niemandem böse Absicht, sondern das sind einfach  
656 Phänomene, die so passieren. 'Ja, wir haben das nicht! Wir haben studiert. Mir hat das  
657 keiner gegeben!' so quasi. 'Warum die jetzt? Ach muss ich vorher einmal in X übernachtet  
658 haben, dass ich dann auch gesponsert werde?'

659  
660 I: X ist...

661  
662 IP: ...hier die psychiatrische Klinik.

663  
664 I: Ja, das ist eine ernstzunehmende Problematik.

665  
666 IP: Das könnte man irgendwie anders lösen. Vielleicht müsste man allen, die, ja, genesen  
667 sind und jetzt irgendwo was weiter da machen wollen für andere Patienten sollten  
668 vielleicht ein Stipendium kriegen, oder so. Werbewirksam sponsern von der  
669 Pharmaindustrie. Die haben eh so viel Kohle. Das wäre richtig.

670  
671 I: Wobei da auch vielleicht die Eigenschaft der Psychiatrieerfahrung verstärkt wird. Das  
672 wird durch beides verstärkt.

673

674 IP: Gott sei Dank ist das nicht meine Aufgabe, da irgendwelche Ideen zu entwickeln. Das  
675 ist furchtbar, glaube ich, weil da kommt man sofort vom hundertsten in das tausendste,  
676 also das ist sehr komplex. Das muss man schon sagen, also es ist, ja. Dementsprechend  
677 für mich noch sehr klobig, das ganze Vehikel. Und wir machen schon längst so Dinge, ja,  
678 indem wir Betroffene involvieren über Gruppen, über Selbsthilfe, über Engagement. Also  
679 ... hat gut funktioniert auch ohne EX-IN. Muss man auch klar sagen. Es ist jetzt nicht  
680 essentiell. Es wäre eine Chance für uns, aber ich glaube, die Chance müsste man viel  
681 mehr verteilen, dass das sozusagen eine einzelne Maßnahmen unter vielen wäre. EX-INS  
682 zu fördern und zu implementieren, ja, es könnte auch nur eine Baustelle sein, von einer  
683 Palette. Und die Palette heißt für mich Aufklärung. Ich mein, es ist tägliches Brot, dass  
684 man erkennt, dass Menschen zwar technologisch fit sind, im 21. Jahrhundert stehen, mit  
685 ihren Emotionen und ihren inneren Werten aber im Mittelalter stehen. Und das ist die  
686 Grundlage von Krankheit, von Neurose.

687

688 I: Gut, ich denke, meine grundlegenden Fragen sind beantwortet. Vielen Dank.



## Kategorisierungstabellen

1. EINSCHÄTZUNGEN, ZUKUNFTSPROGNOSEN, GRUNDANNAHMEN		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion
Grundannahmen Erwartungen	Unsicher, ob Integration von Genesungshelfern aufgrund verschiedenen Konfliktpotentials funktionieren kann.	1: 119-121	<b>Negative Erwartungen:</b> - Skepsis gegenüber Konflikte im Team - Alles schon dagewesen. - unrentabel für Person - Fußfassen ist schwierig. - EX-IN ist nicht der richtige Weg
	Kritisch, seine Rolle (die stark von denen der Profis abgrenzt) annehmen können.	1: 130-134	
	Ein zu hohes politisches Engagement könne gefährlich werden.	1: 316-319	
	Nicht rentabel: viel Anstrengung, kaum Gehalt → Abstellgleis	3: 384-387	
	Skeptisch, da EX-IN keine so gute Lösung ist.	3: 418-423	
	Massive Probleme kommen auf EX-Ins zu, dass sie in Versorgungslandschaft akzeptiert werden.	3: 258-260	
	EX-IN als bereits bekannter Betroffenenbericht.	2: 30-31	
	EX-IN sei nichts neues, sondern etwas Altes mit neuem Namen und neuer Form, z. B. Selbsthilfegruppen, etwas anders, aber nicht deutlich.	3: 77-82, 87-88	
	Die Vorbereitung zur Einstellung eines Genesungshelfers ist viel Arbeit.	1: 105	
	EX-IN ist die falsche Möglichkeit, die zu nichts führt (Arbeitsplatz). Richtig wäre, mit Psychiatrie-Erfahrung, zu studieren. (Gefahr: Selbsttherapie). Alle Handlungen nur in Kooperation mit Profis möglich: schade. Mit Studium würden andere Möglichkeiten eröffnet. Berufene	3: 296-303, 397 412-413	
	Aufklärerische Absicht kommt nicht zum Tragen. Das Outen macht viel kaputt. Der richtige Weg wäre über Bildung, Präventionsarbeit. -	3: 631634	
	Der Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen als Peers könnte auf zweierlei Reaktionen treffen: einerseits zustimmende Begeisterung (endlich jemand, der weiß von was ich spreche) oder andererseits Ablehnung, auch im Sinne von Anstrengung und Überforderung (Boah, jetzt nochmal einer).	2: 264-268	
Einfach mal ausprobieren.	2: 393-394		
Die ganzen Entwicklungen hängen von den individuellen Akteuren ab.	1: 123-126, 2: 347-348		
Hoffnungen Zukunft	Durch EX-IN könne die breite Öffentlichkeit besser erreicht werden, um das Thema psychische Störungen in die Gesellschaft zu integrieren und somit Stigmatisierung abzubauen. EX-IN biete hier die Möglichkeit, das nach außen zu transportieren und das bisherige meist leider negative Bild über Menschen mit psychischen Störungen zu verändern.	2: 393-402	<b>Positiv:</b> - Abbau von Stigmatisierung - „negatives Bild“ über psychische Störungen verändern - Wechsel im Denken anregen - EX-IN hat Chance als Aufklärungsarbeit. Aber nur als ein Instrument einer großen Palette.
	Emanzipatorischer Gedanke: Wechsel im Denken. Das ist ein langjähriger Prozess über mindestens ein Jahrzehnt.	3: 336-338	
	EX-IN ist noch klobig, unentwickelt. Involvierung von Betroffenen gibt es schon lange und funktioniert auch ohne EX-IN. Es ist eine Chance, wäre aber eine größere Chance, wenn es eine breitere Palette an Aufklärungsarbeit wäre und EX-IN ein Teil davon wäre.	3: 676-683	

2. STRUKTUREN: PROBLEMATIK, REGELUNGEN		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion
Finanzierung Planstelle	Ohne Refinanzierung des Kostenträgers ist keine Einstellung möglich, ohne etwas Anderes zu streichen (Problematik: EX-IN als Zusatz, aber kein Ersatz).	1: 268-271	Hürde aufgrund Finanzierung durch Kostenträger.
	Anstellung nur möglich bei Finanzierung durch eigene Erwirtschaftung oder über Projekt; langfristige Stelle scheint kaum machbar zu sein.	1: 273-275, 277-280	
	Nur eine dynamische politische Entwicklung könne zur flächendeckenden Finanzierung durch Kostenträger führen.	1: 280-284	
Finanzierung der Ausbildung	Kosten für Ausbildung als Hürde, die viele kompetente Psychiatrie-Erfahrene hindert.	2: 427-436	Hürde für PE durch hohe Ausbildungskosten.
Peer-Beauftragter	Ein Peer-Beauftragter an Seite des Genesungshelfers, kann diskriminierend sein, kann aber auch gelingen, er schneidet Möglichkeit zur Gleichberechtigung ein.	1: 235-240	Peer-Beauftragte/r: - zweiseitig - beeinflusst Gleichwertigkeit - extern?
	Peer-Beauftragter anfangs als beratende Unterstützung gut, allerdings externe Beratung sinnvoller, weil dadurch Gleichwertigkeit wieder angegriffen wird.	2: 128-133	
	Ein Peer-Beauftragter beeinträchtigt die gleiche Augenhöhe.	3: 279-283	
Coaching	Extra Coaching nur bei Bedarf, allerdings mit Kostenbeteiligung. Gleich wie alle anderen Teammitglieder: Gleiche Rechte, gleiche Pflichten, damit gleiche Augenhöhe möglich wird.	2: 137-152	Kein extra Coaching, Gefahr: Gleichwertigkeit
Arbeitsbedingungen	Die Genesungshelfer bräuchten höhere Flexibilität als bisherige Profis, wobei hier allerdings kein Unterschied gemacht werden würde.	1: 353-359	Flexibilität

3. LEISTUNGSBEREICH: QUALITÄT, VERÄNDERUNG, ARBEITSAUFGABEN, ROLLE		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion	
Qualität	EX-IN unterstützt die Entwicklung von Dialog, Einbeziehung von Betroffenen und ist ein zukunftsweisender Schritt.	1: 28-30	<b>EX-IN fördert Qualität:</b> - Dialog - Nutzerbeteiligung - Nachhaltigkeit der Öffentlichkeitsarbeit - Bedarfsgerechte Leistungen durch Wissen/ Erfahrung der PE - Horizontenerweiterung des Teams → keine direkte Verbesserung möglich	
	Intensiveres Ankommen der Botschaft durch persönliche Erfahrungen der Genesungshelfer.	1: 146-152		
	Verbesserung der Angebote durch Wissens- und Erfahrungspool von Psychiatrie-Erfahrenen.	1: 140-143		
	Passgenauere und flexiblere Leistungen möglich.	1: 157-158		
	Bedarfsgerechte Überarbeitung Planung der Hilfeleistungen (EX-INler kennt vielleicht bisher ungenutzte Bereiche)	2: 274-289		
	Genesungshelfer würden neuen Geist in das Team bringen und Horizont erweitern.	3: 518-525		
	Keine qualitative Verbesserung von den Angeboten (bedarfsgerecht), außer durch langfristige Veränderung des ‚Geistes‘-	3: 525-528, 540-543		
Aufgaben, Rolle	(Anfangs) inhaltlich klar getrennte Aufgaben für Genesungshelfer, klare Rollenverteilung.	1: 57-60	<b>Aufgaben/Rolle:</b> klare Trennung, Zuweisung nötig - Unterstützer - Vermittler - Vorbild - praktische Arbeit (Begleitung, Teilen des Wissens) - Teamsupervision - Therapeut - Gruppenleitung	
	Bessere Einsatzmöglichkeit im ambulanten Bereich als im stationären, da Grenzsetzung und professionelle Distanz im stationären Rahmen schwieriger zu sein scheint.	2: 196-204		
	Unterstützende und vermittelnde Funktion des Genesungshelfers.	1: 65-67		
	Jeder EX-INler hat individuelle Fähigkeiten und Ressourcen, die man nutzen kann: praktische Begleitung und Unterstützung, Austausch, Zuhören, Kontaktknüpfen, Beziehungsaufbau, Wissen über soziale Infrastruktur, Vermittlerrolle zu Profi, da EX-INler die Emotionen der KlientInnen eher nachempfinden kann.	2: 61-69, 75-80, 88-90, 366-385		
	Außerdem wäre ein Genesungshelfer ein Gewinn im Bereich der Supervision für das Team, weil er/sie „einfach mehr in das Erleben hineingehen kann“.	2: 387-388		
	Wenn der Genesungshelfer wirklich ‚gesundet‘ ist, dann muss er das Wesentliche von	3: 356-359		
	Therapie und Genesung kapiert haben, wissen was psychische Gesundheit wirklich ist und somit solle er die eine therapeutische Rolle übernehmen.			
Das besondere an EX-IN	Auch als Vermittler oder Vorbild agieren, mit seinen Kompetenzen über Therapie und wie sie funktioniert, was man als Klient dafür tun muss. Auch Option der Provokation. = therapeutischer Charakter	3: 370-373, 378, 384	- Planung, Konzeption - Fortbildung Besser ambulant als stationär <b>Kritisch:</b> - keine Fortbildungs-idee - Genesungshelfer nur teilweise einsetzen zur Planung, Konzeption	
	Gruppen leiten, Beratungsgespräche über bspw. Motivation führen.	3: 390		
	Fortbildungsdozent wäre einfache und unkomplizierte Art und Weise der Einbindung von Genesungshelfern in die Einrichtung.	1: 199-201		
	Mithilfe bei Planung, Konzeption	1: 166-169		
	Einbeziehung in Planung ist keine Aufgabe für Genesungshelfer. In einigen Bereichen des sozialpsychiatrischen Dienstes vielleicht schon.	3: 493-500		
	Gut umsetzbar: Genesungshelfer als Fortbildungs-Dozent.	1: 190-194		
	Das Erleben beschreiben bezüglich der psychischen Störung als auch im Umgang mit Profis, also Erleben in der Betreuung → als Feedback, aus dem man viel lernen könnte.	2: 313-332		
	Wie viel Zeit braucht KlientIn? Wie viel Zuneigung, Zuwand? Was will er/sie selbst machen?			
	Keine Idee, worin der Peer diesen Profi speziell fortbilden könne.	3: 553		
	EX-IN ermöglicht Professionalisierung der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen: bessere Abgrenzung vom Emotionalen, vom Erlebten, besseres Verständnis für Profis und deren Pflichten (z. B. Selbst- oder Fremdschutz).	2: 442-454, 466-468		Professionalisierung durch EX-IN, besseres Verständnis der verschiedenen Seiten (PE-Profi)
	→ Aufklärung (Recht, Pflichten von Profis)	2: 458-459		
	Außerdem die Qualifizierung für Moderation und wirksame Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungsarbeit	2: 473-481		
	Persönlicher Zugewinn	Weiterentwicklung auf versch. Ebenen durch Zusammenarbeit mit Betroffenen.		1: 174-177
Lernen, dass jeder Weg, jedes Erleben individuell ist.		2: 296-307		
Interesse an individueller Geschichte; daran, wie Genesungshelfer seine Krankheit entwickelt hat und wie er seine Gesundheit entwickelt hat. Interesse, wie viel Verantwortung man selbst hat.		3: 557-558, 562-569		

4. KONFLIKTPOTENTIAL		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion
Teamintegration,	Möglich sind Probleme mit Vorurteilen gegenüber den Genesungshelfern oder Schwierigkeiten in der Rollenverteilung.	1: 48-51	<b>Schwierigkeiten der Integration durch:</b> -Vorurteile -Rollenfindung -Stigma ‚psychisch krank‘ -Zweifel/Skepsis gegenüber psychischer Stabilität -Zweifel an Distanz der Genesungshelfer zu Klienten - längere Phase der Integration/ Einarbeitung
	Längerer Integrationsprozess mit extra Coaching bspw. ist Ausgangspunkt für Konfliktpotential.	3: 341-345	
	Integration in das Team wird schwierig, wg. Stigma ‚Psychisch krank‘, was ohne extremer Offenheit des Genesungshelfers schwierig wird, das Vertrauen zu gewinnen.	3: 141-149, 162-166	
	Anfängliche Skepsis, Befürchtungen, Zweifel bezüglich der psychischen Stabilität, der Distanz zu Klienten oder selbst „Wie geht man mit einem Kollegen um, der selber krank ist?“	2: 48-52	
	Wichtig ist Abbau des Stigmas, auch im Umgang zu den Profis. Hierfür wird viel Mut und Motivation und vor allem Unterstützung und Zuspruch benötigt.	3: 269-277	
Teamkonstellation Gleichstellung	Gleiche Augenhöhe wird (noch) nicht möglich sein, aufgrund Vorbehalte der Profis.	1: 72, 76-79	<b>Gleiche Augenhöhe kaum möglich</b> , außer: keine Sonderstellung für Genesungshelfer; Gleiche Rechte – gleiche Pflichten
	Arbeitsverhältnis auf gleicher Augenhöhe wird nicht möglich sein. Gefahr ist hier, dass Genesungshelfer überfordert werden, statt einer richtigen Integration.	3: 287-295	
	Akzeptanz der Genesungshelfer wird schwierig, so wie die Akzeptanz der Menschen mit psychischen Störungen in unserer Gesellschaft alleine schon schwierig ist. Peer-Beauftragter (Anleiter) schneidet Möglichkeit zur Gleichberechtigung ein.	3: 325-326 1:235-240	
	Genesungshelfer solle gleiche Möglichkeiten (z. B. Coaching, Supervision) haben, aber auch gleiche Pflichten, dann wäre Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe	2:137-152	
Konkurrenz	möglich. Kein extra Coaching, nur gegen finanzielle Beteiligung.		<b>Konkurrenz durch:</b> - Bezahlung - Arbeitsplatz - Neid - Gram
	Sonderregelung, extra Coaching, berge Konfliktpotential.	3: 341-345	
	Ungleiche Bezahlung der Genesungshelfer im Vergleich zu Profis schürt Konfliktpotential. Hohe Motivation von Seiten der Genesungshelfer nötig, diesen anspruchsvollen Job (outen, Vorbehalte, kämpfen) für wenig Geld zu machen.	3: 571-584	
	Konfliktpotential durch Konkurrenzängste der Profis bezgl. Job und niedrigere Entlohnung der Genesungshelfer.	1:107-112	
	Befürchtungen bezüglich Arbeitsplatzkonkurrenz aufgrund niedrigerer Entlohnung der Genesungshelfer und wenn KlientInnen es gut annehmen → günstigere Kollegen.	2:169-188	
	Konkurrenz durch Beharren der Profis auf ihr Wissen und ihren Job.	1: 116-118	
	Vorbehalte nicht auf psychische Stabilität sondern Angst der Profis um ihre Rolle als Profi und Angst vor Mehrarbeit.	1: 83-88, 93-94	
	Kostenträger können sparen durch niedrigere Bezahlung.	1: 114-116	
	Konfliktpotential, da die Belastbarkeit und die Fähigkeit zur Abgrenzung unsicher ist, allerdings hat Genesungshelfer durch Anstellung auch Pflichten, die er erfüllen sollte.	2: 96-104	
	Konflikte durch extra Coaching, Supervision; natürlicher Neid, Gram; subtile Teamkonflikte	3: 317-318, 322-324	
Verhältnis zu KlientInnen	Große Herausforderung für Genesungshelfer, eine Grenze zu KlientInnen zu ziehen: zwischen Professionalität und Freundschaft.	1: 207-212	<b>Herausforderung:</b> - Distanz - Grenze zwischen Freundschaft und Professionalität - nötig: Tendenz zur Professionalität
	Notwendig ist eine Grenze, die eher zur professionellen Seite tendiert als zur Freundschaft.	1: 214-216	
	Grenzzsetzung für Genesungshelfer schwieriger als für Profi.	1: 227-228	
	Ein freundschaftliches Verhältnis zu KlientInnen ist während des Betreuungszeitraums nicht okay, da es ein Arbeitsverhältnis ist	2: 209-219	
Stigma PE Outen als Prozess	Bei Überschreitung der professionellen Distanz seitens des Genesungshelfers würde Profi dies ihm deutlich machen.	2: 224-225	<b>Outen der PE als Stigma:</b> - schwierig - anstrengend - Herausforderung - fordert viel Mut, Motivation - braucht Unterstützung - politische Intention - Öffentlichkeitsarbeit - ungut, keine emanzipatorische Intention, eher Marketing - Gefahrenpotential: Stigma verstärkt statt abgebaut
	Genesungshelfer muss sich professionell distanzieren gegenüber den/der KlientInnen und deren Erleben und dem auf fachlicher Ebene begegnen.	2: 351-360	
	Freundschaft ist Definitionssache. Es geht um Distanz i. S. v. ich übernehme keine Verantwortung für dein Leben.	3: 425-440	
	Fraternisieren, also Vergeschwistern, ist generell nicht zulässig und nicht professionell.	3: 469-471	
	Das Outen der Psychiatrieerfahrung ist positiv, allerdings mit der Schwierigkeit und Hürde verbunden, sich durch diese Psychiatrieerfahrung zu qualifizieren und diese Eigenschaft durchgehend öffentlich machen zu müssen.	1: 293-301	
	Dieses durchgehende Präsentieren der Psychiatrie-Erfahrung ist eine große Herausforderung und fordert einen sehr langen Umgang mit der Erfahrung.	1: 310-312	
	Erfahrung mit bisherigen Psychiatrie-Erfahrenen, die couragiert erzählen und das Ziel haben, dadurch etwas in der Öffentlichkeit zu erreichen: Öffentlichkeitsarbeit, politisches Ziel	2: 412-422	
	Skeptisch, denn fraglich ob dieses Outen notwendig ist, da es auch andere Helfer gibt.	3: 166-170	
	Outen ist mit Skepsis zu betrachten, da die hieraus entstehende Dynamik in Richtung Marketing verläuft und mit Emanzipation nichts zu tun habe, was nicht richtig wäre. Gefahr der Eigendynamik.	3: 480-491	
	Der Prozess des Outen ist Teil der Genesung, also Ex-In noch nicht genesen! Exhibitionistischer Vorgang: muss man mögen. Das machen kaum Psychiatrie-Erfahrene, vielleicht 10 Prozent.	3: 598-600, 621-625, 625-629	
Lieber Bildungsweg öffnen, sinnvoller, angemessener, ehrenhafter. Retourkutsche. Outen als Gefahr der Re-Traumatisierung: Überwindung der Selbsttraumatisierung durch Outen verursache Verstärkung des Stigma und somit noch schlimmere Stigmatisierung.	3: 644-653		
Abwenden des Konfliktpotentials	Wenn Rolle/Arbeitsaufgabe gut akzeptiert ist, können Konkurrenzgedanken bezgl. Niedrigeren Einkommens überwunden werden.	1: 255-261	<b>Auflösung der Konkurrenz:</b> - stabiles Team - klare akzeptierte Rollen
	Konkurrenz im Team ist von Stabilität des Teams abhängig.	2:160-164	

5. VORAUSSETZUNGEN, VORBEREITUNG		Interview, Zeile	Generalisierung, Reduktion
Vorbereitung	Gute Vorbereitung nötig bzgl. Rollenverteilung und Bekämpfung von Vorurteilen.	1: 49	<b>Vorbereitung nötig:</b> - intensives Kennenlernen - Information für Team - Absprache im Team - Öffentlichkeitsarbeit
	Angstabbau und Abbau von Vorbehalten (Rollenklau, Mehrarbeit) und unbekannte Strukturen im Team detailliert besprechen. → Öffentlichkeits- und Informationsarbeit nach innen und auch nach außen. Einarbeitung, Strukturierung des Dienstes.	1: 94-97	
	Individuelle Fähigkeiten und Ressourcen der Genesungshelfer kennenlernen, um Aufgabengebiet festzulegen.	1: 99-104 2: 61-75	
	Viel vorab Absprache, Organisation und gute Teameinbindung nötig, um Konflikte zu vermeiden.	2: 110-112	
	Gewährung einer Probezeit (so wie für alle KollegInnen) zum Ausprobieren.	2: 111-116	
Voraussetzung	Gute Abklärung nötig, wie der Genesungshelfer in die Einrichtung integriert und „dargestellt“ werden soll.	1: 103-104	<b>Voraussetzungen:</b> - Überzeugung der Leitung & Team - psych. Stabilität - Erfahrung im Umgang mit PE als Qualifizierung - deutlich machen, dass man fähig ist - emanzipatorisches und auch politisches Wirken
	Aufgabe und Rolle eines Genesungshelfers erfordert eine gewisse Persönlichkeit.	1: 128-130	
	Gefestigt sein im Umgang mit seiner Psychiatrie-Erfahrung, um diese als Qualifizierung zu präsentieren.	1: 310-312	
	Gewisse psychische Stabilität als Voraussetzung für Arbeitsverhältnis, ansonsten nicht ideal. Hier schauen, wann der letzte Klinikaufenthalt war, eine Probezeit einrichten, zum Kennenlernen und Ausprobieren.	2: 231-256	
	Der Genesungshelfer muss sich sehr sicher sein, dass er sich outen und dann extrem darstellen will, um mit extremer Offenheit das Vertrauen der Anderen zu gewinnen.	3: 166-170	
	Gesundheit muss unter Beweis gestellt werden.	3: 175	
	In langdauerndem Prozess das Vertrauen gewinnen, die Gefahr abwägen, und das Erlebte aufarbeiten.	3: 179-189	
	Das theoretische Wissen in der EX-IN Ausbildung ist hier nicht ausschlaggebend, sondern die eigenen Strategien und Erklärungsmodelle, die die Person lebt. Die müssen überzeugend sichtbar sein.	3: 202-205, 212-215	
	Voraussetzung ist eine Fitness, was Stabilität inkludiert, aber auch meint, dass der gesellschaftliche Kontext von psychischen Störungen reflektiert wird, dass man selbst motiviert ist, sich kritisch zu hinterfragen und eine emanzipatorisch aufklärerische Absicht hat. Der Genesungshelfer muss den schwierigen Anforderungen gewachsen sein.	3: 239-245, 245-255, 250-253	
	Nur mit einer fest überzeugten Leitung ist die Integration von EX-IN Genesungshelfern möglich, um alle Vorbehalte auszuräumen.	1: 343-347	