

# Evaluation der Implementierung eines Peer Support Workers in der Klinik für forensische Psychiatrie Rostock

---

## Einleitung

Gesundheitsorganisationen und Fachgesellschaften sprechen sich in den letzten Jahren vermehrt für den Einsatz von Peer Support Workern (PSW, Deutsch: Genesungsbegleiter) im Gesundheitswesen aus. Als Genesungsbegleiter werden Personen eingesetzt, die dieselbe oder eine ähnliche psychiatrische Erkrankung bzw. psychische Störung durchlebt haben und ihr Leben mit dieser Störung erfolgreich meistern. Sie sollen akut erkrankten Menschen Unterstützung bieten. Die besondere Eignung von Peers ergibt sich hier aus der geteilten Erfahrung derselben psychischen Krankheit, welche zu einem tieferen Verständnis der Situation der Betroffenen führt (Repper & Carter, 2011). Der Einsatz von Peer Support in der psychiatrischen Versorgung steigt langsam. Mittlerweile wurden auch erste Leitlinien zur Implementierung erarbeitet (Heumann et al., 2015). Der Einsatz von Peers in der forensischen Psychiatrie ist dagegen noch eine Seltenheit (Nolan, 2015). Dementsprechend fehlen Erfahrungen und Forschung in diesem Bereich, welche auf die Besonderheiten der Patienten und des Settings eingehen (z.B. den erhöhten Sicherheitsaspekt).

Die Begriffe Peer Support Worker und Genesungsbegleitende/r bzw. Peer Support Work und Genesungsbegleitung werden im Folgenden synonym verwendet.

Das Projekt umfasste folgende Maßnahmen:

- **Literaturreview** zu Effekten von Peer Support Work in Allgemein- und forensischer Psychiatrie sowie in Gefängnissen
- **Literaturreview** zur Implementierung von Peer Support Work in der (forensischen) Psychiatrie
- **Umfrage** unter **Leitungspersonen deutscher Maßregelvollzüge** zum Einsatz von Peer Support Work
- **Telefoninterviews mit Leitungspersonen** und den entsprechenden **Peer Support Workern** zu ihren Erfahrungen mit der Implementierung sowie zu möglichen Einsatzgebieten von Peer Support Work
- **Fokusgruppen** mit **Angehörigen verschiedener Berufsgruppen** in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock (Pflege, Ergotherapie, Sporttherapie, Sozialarbeit, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte)
- **Interviews mit Mitarbeitenden** der **Verwaltung** der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock
- **Gespräch mit** dem damals noch in Ausbildung befindlichen **Peer Support Worker** vor seiner späteren Einstellung

Die genannten Maßnahmen dienten zum einen dazu, einen Überblick über die aktuelle Evidenzbasis von Genesungsbegleitung zu erhalten sowie über erfolgversprechende Implementierungsansätze. Des Weiteren sollte bei der Implementierung in den forensischen Kontext die Erfahrung anderer Einrichtungen und ihrer Genesungsbegleiter mit einfließen. Ideen, Wünsche und Bedenken der eigenen Mitarbeitenden sowie des künftigen Genesungsbegleiters der Klinik für forensische

Psychiatrie in Rostock sollten ebenso berücksichtigt werden. Für die Erstellung des Implementierungskonzeptes wurde zusätzlich die Seite der Personalabteilung gehört, um administrative Hürden frühzeitig erkennen zu können.

## Durchführung und Ergebnisse

### Literaturreview

Für die Erstellung des Literaturreviews wurde eine Suchstrategie erstellt, welche die Kategorien *Genesungsbegleitung* und *Psychiatrie* abdeckte. Damit wurden im Oktober 2019 fünf elektronische Fachdatenbanken durchsucht (Cochrane Library, Medline, PsychArticles, PsychINFO und PSYINDEX) sowie Google Scholar. Die Ergebnisse wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (EndNote) übertragen. Die Suche in elektronischen Datenbanken wurde ergänzt durch eine Suche in Literaturverzeichnissen relevanter Datenbanktreffer (sog. Rückwärtssuche) und eine Suche nach Artikeln, welche relevante Datenbanktreffer zitieren und daher möglicherweise ebenfalls relevant sein könnten (sog. Vorwärtssuche). Laufende Studien wurden in einem Register für klinische Studien identifiziert (clinicaltrials.gov). Zusätzlich wurden Autoren und Fachleute im Bereich Peer Support Work kontaktiert und nach unveröffentlichten Arbeiten angefragt (Harald J. Kolbe, Andrea Trost, Beate Schoppmann, Claudia Franck, Jörg Utschakowski).

Nach Erhalt aller Publikationen, die nach dem Screening von Titel und Abstract relevant erschienen, wurden die Volltexte gescreent und passende Artikel auf ihre methodische Qualität hin überprüft. Dabei wurden in Abhängigkeit vom Studiendesign verschiedene standardisierte Instrumente verwendet. Die Überprüfung erfolgte für alle Publikationen durch drei Personen, die Projektmitarbeiterin und zwei Doktorandinnen. Die Bewertung floss in die Berücksichtigung der Studien bei der Gesamtauswertung ein. Qualitativ höherwertige Studien wurden stärker berücksichtigt. Die Ergebnisse der einzelnen Literaturreviews finden sich nachfolgend.

### Literaturreview *Effekte von Genesungsbegleitung*

Die Recherche in elektronischen Datenbanken ergab 10.306 Treffer. Nach Entfernung doppelter Treffer, Screening von Titeln und Abstract und Volltext-Auswahl blieben 13 Treffer, die Handsuche erbrachte nochmals 18 weitere Ergebnisse. Insgesamt konnten 31 passende Treffer identifiziert werden. 13 Treffer behandelten forensische Populationen (Maßregelvollzug, Haft, sonstiger Kontakt mit dem Justizsystem). Die Verteilung von Publikationstypen und Herkunft ist in Tabelle 1 dargestellt.

<b>Herkunftsland</b>		<b>Publikationstyp</b>	
Vereinigte Staaten von Amerika	13	Artikel in Fachzeitschrift	18
Deutschland	8	Forschungsbericht	6
Großbritannien	6	Dissertation	3
Australien	2	Master-/Diplomarbeit	2
Kanada	1	Bachelorarbeit	2
Belgien	1		

Effekte von Genesungsbegleitung beziehen sich auf **verschiedene Personengruppen**: Patientinnen und Patienten, die Peer Support Worker selber und das Gesundheitssystem bzw. seine Mitarbeitenden.

Am besten untersucht wurde der Einfluss von Peer Support Work auf **Patientinnen und Patienten**. Ein Review zu den Effekten von Peer Support Work von Chinman et al. (2014) deckte den Zeitraum von 1995 bis 2012 ab. Die Autoren haben sich auf randomisiert-kontrollierte Studien und jene mit quasi-experimentelle Designs beschränkt. Die Forschungslage zu Einweisungs- und Rückfallquoten war durchwachsen. Einige Studien berichteten von **positiven Einflüssen** von Genesungsbegleitenden **auf die stationären Einweisungs- und Krankheitsrückfallquoten**. Andere Studien fanden dagegen **keine Unterschiede**. Die Autoren machten einige Einschränkungen im Hinblick auf die Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse geltend. Die gefundenen Studien wiesen eine Reihe methodischer Schwächen auf, z.B. kleine Stichproben oder Outcome-Erfassung mit nicht validierten Instrumenten. Dies machte es schwierig, verlässliche Schlussfolgerungen zu ziehen. Andere Autoren berichteten von **positiven Einflüssen von Genesungsbegleitung auf Empowerment** (Cramer et al., 2015). Empowerment beschreibt den Prozess, sich aus der Rolle des bzw. der hilflosen Kranken zu entledigen. Die Autoren vermuteten die Ursache hierfür in der Vorbildwirkung der Genesungsbegleitenden. Auch der **positive Einfluss auf soziale Kompetenzen, Soziale Funktionsfähigkeit, Empathie, Krankheitsakzeptanz und Hoffnung** wurden beschrieben (vgl. Repper & Carter, 2010).

Nur vergleichsweise wenige methodisch hochwertige Studien gab es im **forensischen Setting**. Eine Untersuchung stammt von Livingston et al. (2013). Sie stellten fest, dass Patienten, die an einem Programm mit Genesungsbegleitung teilnahmen von **stärker ausgeprägten Recovery-Effekten** berichteten als jene, die stattdessen an einer anderen Gruppe ohne Genesungsbegleitung teilgenommen hatten.

Genesungsbegleitung wirkte sich zudem positiv auf die **Genesungsbegleiterinnen und –begleiter** aus, z.B. in Hinblick auf deren **Selbstwertgefühl** (Repper & Carter, 2010). Eine Abschlussarbeit von Wildenhues (2014) befasste sich mit dem Einfluss der Peer Support Work-Ausbildung auf das **Kohärenzgefühl**, also das Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit eines Menschen. Er konnte **keine Unterschiede** feststellen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen mit und ohne Ausbildung zum Genesungsbegleiter.

Auswirkungen auf die **professionellen Kolleginnen und Kollegen** fassten Repper & Carter (2010) in ihrem Review zusammen. Sie stellen fest, dass der Einsatz von Genesungsbegleitern die **Kommunikation** zwischen Patienten und Behandlungsteam förderte. Auch trugen Genesungsbegleiter direkt oder indirekt zur **Entlastung des Teams** bei, indem sie den Patientinnen und Patienten z.B. verschiedene sinnvolle Fähigkeiten der Lebensführung zeigten oder sie im Umgang mit dem Hilfesystem unterstützten.

### **Literaturreview Leitlinien und Empfehlungen zur Implementierung von Genesungsbegleitern**

Die Recherche in elektronischen Datenbanken ergab 10.306 Treffer. Nach Entfernung doppelter Treffer, Screening von Titeln und Abstract und Volltext-Auswahl blieben 12 Treffer, die Handsuche erbrachte nochmals 17 weitere Ergebnisse. Insgesamt konnten 29 passende Treffer identifiziert werden. Sechs Treffer behandelten forensische Populationen (Maßregelvollzug, Haft, sonstiger Kontakt mit dem Justizsystem). Die Verteilung von Publikationstypen und Herkunft ist in Tabelle 2 dargestellt.

<b>Herkunftsland</b>		<b>Publikationstyp</b>	
Deutschland	10	Artikel in Fachzeitschrift	21
Vereinigte Staaten von Amerika	9	Buchkapitel	3
Großbritannien	7	Forschungsberichte	2
Kanada	2	Bachelorarbeit	2
Belgien	1	Diplomarbeit	1

Neben Publikationen, die sich direkt mit der Implementierung von Genesungsbegleitung befassen, wurden auch Studien einbezogen, die ihren Schwerpunkt auf anderen Themen hatten, aber im Diskussionsteil relevante Empfehlungen auf Basis ihrer Ergebnisse formulierten.

Für die **Implementierung in die Allgemeinpsychiatrie** wurden bereits verschiedene Leitlinien verfasst, z.B. Repper (2013). **Die Leitlinie von Repper (2013)** baut die Implementierung von Genesungsbegleiterin in vier Phasen auf: Vorbereitung, Rekrutierung, Einstellung und fortlaufende Entwicklung der Rolle. **Vorbereitungen** müssten getroffen werden auf der Ebene der Organisation (z.B. Klärung der Finanzierung), der Teams (z.B. durch frühzeitiges Einführen einer Recovery-orientierten Arbeitsweise) und auch beim Genesungsbegleiter (z.B. in Form von Ausbildung oder Praktika in der Einrichtung). Idealerweise hat das Team, in das ein Genesungsbegleiter integriert werden soll, im Vorfeld Gelegenheit zum Austausch mit einem Genesungsbegleiter und/oder einem Team, welches bereits erfolgreich mit Peer Support Work arbeitet. Auf diese Weise könnten sich die Mitarbeitenden mit dem Konzept vertraut machen, Fragen klären und Bedenken diskutieren, ein Gefühl für unterschiedliche Arten von Expertise bekommen und evtl. auch die Stellenbeschreibung des Genesungsbegleiters oder der Genesungsbegleiterin besprechen. Habe sich die Einrichtung entschieden, eine Genesungsbegleiterin oder –begleiter einzustellen, könnte im nächsten Schritt eine **Stellenausschreibung** hilfreich sein. Hier gelte es zu überlegen, ob der bzw. die PSW bereits fertig ausgebildet sein soll oder ob man die Ausbildung selber übernehmen kann und möchte. Auch sollte überlegt werden, wo und in welcher Art die Ausschreibung veröffentlicht werden soll. Anzeigen in Fachzeitschriften oder auf Klinikwebseiten würden die entsprechenden Personen oft nicht erreichen. Weitere Hürden für potentielle Bewerber und Bewerberinnen könnten beim Schreiben von Bewerbungen und im persönlichen Gespräch auftreten. Diese sollten im Bewerbungsprozess berücksichtigt werden. Nicht zuletzt wurde angeraten, sich Gedanken zum Umgang mit einer möglichen kriminellen Vergangenheit zu machen und den Umgang damit frühzeitig zu klären. Repper wies beispielsweise darauf hin, dass die Beschäftigung von Menschen mit schweren Straftaten in der Vergangenheit im öffentlichen britischen Gesundheitssystem nicht möglich sei. Mit der **Einstellung** sollte überlegt werden, in welches Team der/ die Genesungsbegleitende passt. Die Passung sollte jedoch nicht allein am Krankheitshintergrund festgemacht werden, ggf. fülle der bzw. die Genesungsbegleitende weitere Lücken im Team (z.B. hinsichtlich Geschlecht oder Ethnie bzw. Migrationshintergrund). Idealerweise würden pro Team zwei Genesungsbegleitende beschäftigt, deren Arbeitszeiten sich zumindest teilweise überlappen und ihnen für den Beginn eine Mentorin bzw. einen Mentor zugewiesen werden, der/ die sich im Haus auskennt. Die Bedeutung von Supervision und anderweitiger Unterstützung wurde betont. Wie bei allen anderen Mitarbeitenden müsse auch bei Genesungsbegleiterinnen und –begleitern auf deren Wohlergehen geachtet werden. Bei der fortlaufenden **Entwicklung** der Rolle ginge es zum einen um den Ausbau des Peer Angebotes im Haus, aber auch um die Entwicklung von Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten. Des Weiteren würden Genesungsbegleiter auch Veränderungen auf Organisationsebene anstoßen.

Einen **Review zu den Einflussfaktoren bei der Implementierung** von Genesungsbegleitung legten Ibrahim et al. (2019) vor. Sie fanden heraus, dass die **Organisationskultur** und insbesondere die **Rollenfestigkeit** von Bedeutung seien, aber auch die **Haltung der Mitarbeitenden** sollte Berücksichtigung finden. Beispielsweise sei eine offene, recovery-orientierte Organisationskultur förderlich für das Gelingen der Implementierung, eine eher risikoscheue Grundhaltung dagegen hemmend. Die Rolle der Genesungsbegleiterinnen und –begleiter sollte klar definiert sein. Die Rollenerwartungen von Genesungsbegleiterin bzw. –begleiter und Personal sollten übereinstimmen. Mitarbeitende sollten den PSW mit Akzeptanz und Offenheit begegnen.

**Herausforderungen** für Genesungsbegleitende in der Forensik beschrieben Adams und Lincoln (2019). Einige dieser Herausforderungen würden denen in der Allgemeinpsychiatrie gleichen, z.B. das **Fehlen eines PSW-Kollegen** bzw. einer –Kollegin oder **Misstrauen** von Seiten der Mitarbeitenden. Teilnehmende der Studie berichteten zudem von signifikant **schlechterer Bezahlung** in der Forensik, was diese Arbeitsplätze weniger attraktiv mache. Weitere Schwierigkeiten betrafen eher die Besonderheiten in den USA und sind auf deutsche Verhältnisse kaum übertragbar. Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass es keine Herausforderungen gibt. Ähnlich wie in Großbritannien könnte auch die Beschäftigung von Personen mit **strafrechtlicher Vergangenheit** in stationären Einrichtungen schwierig werden, wenn diese zum öffentlichen Dienst gehören.

## Umfrage in deutschen Maßregelvollzugskliniken

Zur Erhebung der **Häufigkeit von PSW-Anstellungen** im deutschen Maßregelvollzug wurden im Oktober 2019 alle 75 Einrichtungen in Deutschland per E-Mail kontaktiert und um Auskunft gebeten. Zwei Erinnerungen folgten Mitte November und Anfang Dezember. Zusätzlich erfolgte die Ansprache der Chefärzte und Chefärztinnen durch die Projektleitung (Prof. Völlm) im November 2019 im Rahmen eines Treffens des Arbeitskreises Forensik. Einrichtungen, die auf keinem dieser Wege erreichbar waren, wurden Mitte Dezember an drei Terminen telefonisch kontaktiert. Ein letzter Versuch einer Kontaktaufnahme erfolgte Anfang Januar 2020. Von 61 der 75 Maßregelvollzugskliniken in Deutschland konnten Auskünfte erhalten werden. Das entspricht einer **Rücklauftrate** von 81,3%. Von diesen Kliniken **beschäftigten nur fünf (=8,2%) einen Genesungsbegleiter** bzw. eine Genesungsbegleiterin, entweder auf der Basis eines Angestelltenverhältnisses, freiberuflich oder im Rahmen der Ausbildung. Weitere **fünf planten die Einführung**, davon eine im fortgeschrittenen Stadium. Die Ergebnisse bestätigten unsere Vermutung, dass PSW im deutschen Maßregelvollzug bisher kaum verbreitet ist.

## Fokusgruppen und Interviews

Für alle Fokusgruppen und Interviews wurden Leitfäden zur Durchführung erstellt. Die Gespräche wurden aufgenommen und mit Unterstützung studentischer Hilfskräfte transkribiert. Die Transkripte wurden im Nachgang durch die Projektmitarbeiterin auf Korrektheit überprüft.

Alle Transkripte wurden nach den Vorgaben der thematischen Inhaltsanalyse codiert und kategorisiert. Die Codierung und Kategorisierung erfolgte durch die Projektmitarbeiterin und eine Doktorandin. Zur Qualitätssicherung wurden 30% der Interviews von zwei Personen codiert und kategorisiert. Durch kontinuierliche Rücksprachen zwischen Projektmitarbeiterin und Doktorandin sowie Diskussionen mit der Projektleiterin konnte ein einheitliches Kategoriensystem erarbeitet werden.

## Fokusgruppen und Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Zwei Fokusgruppen mit den Mitarbeitenden der Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock wurden Ende November und Anfang Dezember 2019 geführt. An den Fokusgruppen nahmen 7 bzw. 11 Personen unterschiedlicher Berufsgruppen teil, darunter Vertreter aus Ärzteschaft, Psychologie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Pflege und Sicherheit. Besprochen wurden Voraussetzungen der Einstellung, Erwartungen, Bedenken und Wünsche sowie denkbare Aufgabenfelder des PSW.

Die thematische Analyse beider Fokusgruppen ergab **sechs Themenbereiche**, welche sich in weitere Unterkategorien einteilen ließen. Die genannten Bereiche und ihre Zusammenhänge zeigt Abbildung 1.

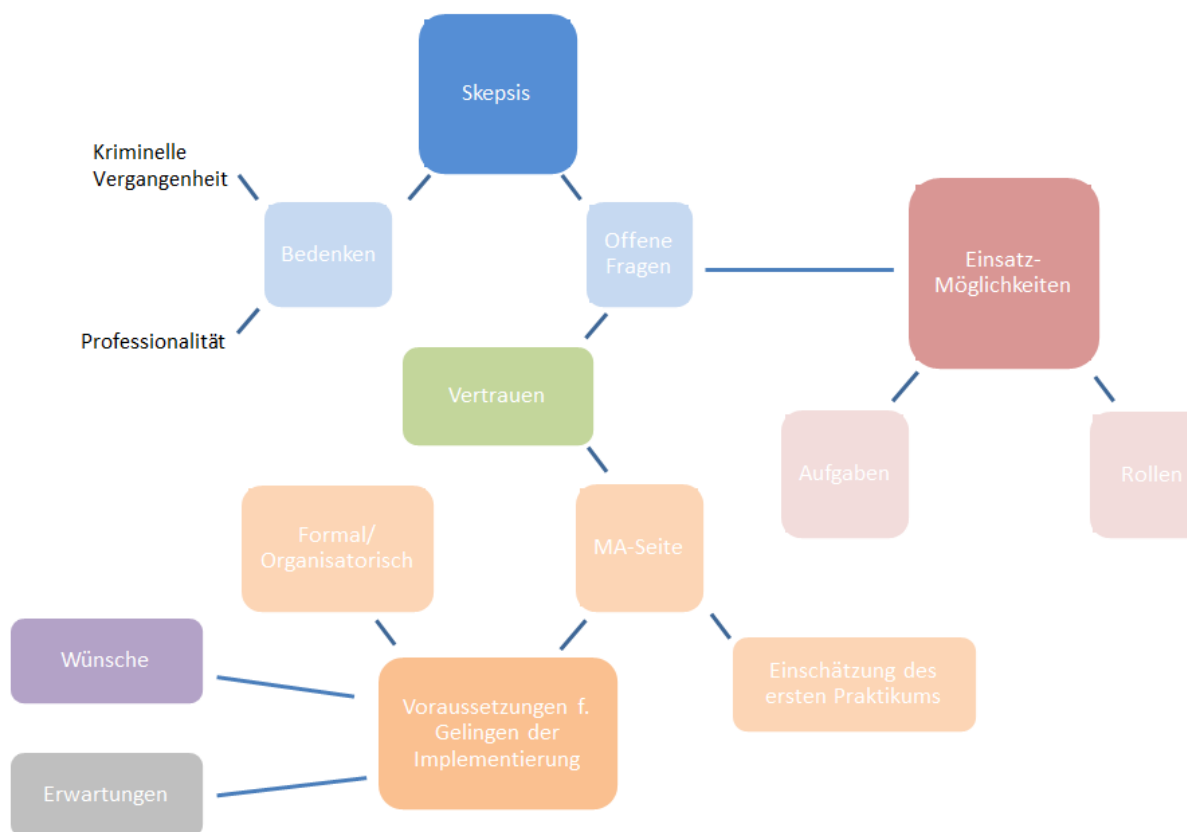


Abb. 1. Identifizierte Themen (dunkel) und Subthemen (hell) der Fokusgruppen der KFP Rostock

Einen großen Themenbereich stellte die **Skepsis** vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Die Kategorie umfasst Befürchtungen und Unsicherheiten der Mitarbeitenden, welche zum Teil auf konkrete Bedenken, zum Teil auf fehlende Informationen zurückgehen. **Bedenken** bezogen sich auf mögliche negative Konsequenzen bzw. Folgen einer Einstellung des Genesungsbegleiters. Diese könnten nach Ansicht der Teilnehmenden aus der **kriminellen Vergangenheit** resultieren, z.B. ob der Genesungsbegleiter sich wirklich vom kriminellen Milieu losgesagt hat und in der Lage ist, entsprechende Verhaltensweisen im Umgang mit suchtkranken Rechtsbrechern nicht wieder aufzunehmen. Die Sicherheit persönlicher und therapierelevanter Informationen wurde kritisch betrachtet. Weitere Bedenken bezogen sich auf die **Professionalität** des Genesungsbegleiters, z.B. auf seine Fähigkeit, sich von manipulativen Patientinnen und Patienten abzugrenzen, eine professionelle Distanz zu wahren und nicht durch sein Verhalten unbeabsichtigt die Therapie zu

torpedieren. Auf Grund der Kürze der Genesungsbegleiter-Ausbildung wurde zudem die fachliche Expertise angezweifelt sowie der sichere Umgang mit Patienten und Patientinnen, die nicht denselben Krankheitshintergrund haben, wie er selbst. Fehlende Informationen und daraus entstehende **offene Fragen** führten ebenfalls zu Skepsis. Insbesondere die Frage nach der konkreten Tätigkeit des Genesungsbegleiters wurde genannt, aber auch die Frage nach Befugnissen und Ansprechpersonen im Falle auftretender Probleme.

Ein verwandtes Thema war **Vertrauen**. Dieser Bereich bezog sich vor allem auf die wahrgenommene **Verlässlichkeit und Integrität** des Genesungsbegleiters. Die Mitarbeitenden kamen hier zu dem Schluss, dass sich Vertrauen in den Genesungsbegleiter mit der Zeit entwickeln muss und sich an dessen Verhalten orientiert. Dementsprechend gäbe es kaum vertrauensbildende Maßnahmen, die im Vorfeld der Implementierung getroffen werden können.

Im weiteren Verlauf wurden einige Punkte auf **Mitarbeiterseite** und auf **formaler/organisatorischer Seite** benannt, welche aus Sicht der Teilnehmenden **entscheidend für die Implementierung** waren. Auf Seiten der Mitarbeiter wurden **Akzeptanz und Integration ins Team** genannt. Damit einher gingen **Feedback** an den PSW, **Unterstützung** und **Schutz vor manipulativem Verhalten** durch Patienten. Auf formaler Seite wurden die Bedeutung von **guter Planung** des Einsatzes genannt sowie die **Vorbereitung der Mitarbeiter** und Mitarbeiterinnen bzw. der Station, an die der Genesungsbegleiter angegliedert werden soll. Dazu zählte z.B. ein Briefing zu Umgangsregeln und Abläufen im Haus, Festlegung eines Ansprechpartners für Genesungsbegleiter und Personal bei Schwierigkeiten, Klärung der Supervision, Erreichbarkeit des Genesungsbegleiters für andere Stationen bei Bedarf oder die Information der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Vorfeld über Befugnisse und Pflichten des Genesungsbegleiters.

Ihrerseits formulierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch **Erwartungen** an das Verhalten des künftigen Genesungsbegleiters. Die Mitarbeiter hegten zum einen positive Erwartungen in das Konzept der Genesungsbegleitung und hielten dieses auch in der forensischen Psychiatrie für anwendbar. Die **Erfahrungen** des Genesungsbegleiters wurden als **nützlich** bewertet und er wurde verschiedentlich als **Türöffner** für eher verschlossene Patienten gesehen. Dennoch wurden auch klare Erwartungen an das Verhalten des Genesungsbegleiters formuliert. Der künftige Genesungsbegleiter sollte **zuverlässig** sein und sich wie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **an die Regeln im Haus und an Absprachen halten**, sollte **mit dem therapeutischen Team arbeiten** und nicht dagegen, sollte eine **professionelle Distanz** zu den Patienten wahren und **wichtige Informationen nicht verschweigen**.

Des Weiteren wurden einige **Wünsche** formuliert, die aber in der Intensität der Forderung geringer schienen, als die oben beschriebenen Erwartungen. Dazu gehörte, dass der Genesungsbegleiter zwar eine **regelmäßige Reflektion** erhalten soll, diese jedoch zumindest zu Beginn **nicht im Rahmen der üblichen Supervisionsrunden des Stationsteams** stattfindet. Ein Mitarbeiter äußerte zudem den Wunsch, den Genesungsbegleiter **nicht so sehr an die Pflege anzugliedern**. Beide Wünsche resultierten vermutlich aus der ungeklärten Vertrauenssituation und könnten sich demnach mit zunehmender Vertrautheit von Genesungsbegleiter und Personal ändern. Deutlicher war der Wunsch nach einer **klaren Aussage hinsichtlich Aufgaben, Pflichten und Befugnissen**, welcher bereits in den Kategorien offene Fragen und Vertrauen Anklang.

Ein weiteres Thema bildeten mögliche **Einsatzbereiche** des Genesungsbegleiters, wobei zwischen **konkreten Aufgaben** und **Rollen** unterschieden wurde. Eine häufig genannte mögliche Aufgabe war

die **Co-Moderation** in verschiedenen, thematisch zum Krankheitshintergrund des Genesungsbegleiters passenden **Therapiegruppen**, z.B. der Drogen- oder Alkoholgruppe im Haus. Eine weitere Aufgabe sahen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in **Einzelgesprächen** mit Patienten zu Themen, die für diese aktuell relevant seien, z.B. Suchtdruck oder Schwierigkeiten beim Übergang in höhere Lockerungsstufen oder die Freiheit. Die Ergotherapie wurde für wenig sinnvoll bezüglich eines Einsatzes befunden. Insgesamt gliederten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Tätigkeit des Genesungsbegleiters zur Hälfte an bestimmte Therapiegruppen und zur anderen Hälfte in eine semi-selbstständige Tätigkeit. Bezüglich der Rolle formulierten die Mitarbeitenden mehrfach, dass der **Genesungsbegleiter** aus ihrer Sicht **zum therapeutischen Team gehöre** und keine Sonderstellung zwischen Patienten und Personal hätte. Sie sahen im Genesungsbegleiter eine Art **Vermittler** zwischen Patienten und Personal oder als **Ratgeber** in Angelegenheiten, die Patienten nicht direkt mit „Profis“ besprechen wollen. Nicht zuletzt wurde dem Genesungsbegleiter eine **Vorbildrolle** zugeschrieben.

Die letzte Kategorie stellte die Auswertung des bereits stattgefundenen Praktikums des Genesungsbegleiters in der KFP dar. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen den Genesungsbegleiter als motiviert, aber noch unsicher wahr. Bei den Patientinnen und Patienten sei er auf breites Interesse gestoßen und konnte diese für sich einnehmen. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzten die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Kritische Anmerkungen waren selten und wurden im Nachgang direkt mit dem Genesungsbegleiter in Ausbildung besprochen.

### Interviews mit dem derzeit in Ausbildung befindlichen Peer Support Worker der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Das Interview mit dem zum damaligen Zeitpunkt im Gespräch befindlichen PSW fand im November 2019 statt. Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zum Werdegang des PSW, möglichen Aufgabenfeldern, Erfahrungen im ersten Praktikum in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Befürchtungen im Vorfeld, Wünsche und Befürchtungen für das nächste Praktikum in der Klinik sowie zur Selbstfürsorge und wie diese durch die Klinik unterstützt werden könnte.

Die thematische Inhaltsanalyse ergab **fünf Kategorien**, die sich teilweise in Unterkategorien gliedern. Eine Übersicht ist in Abbildung 2 dargestellt.

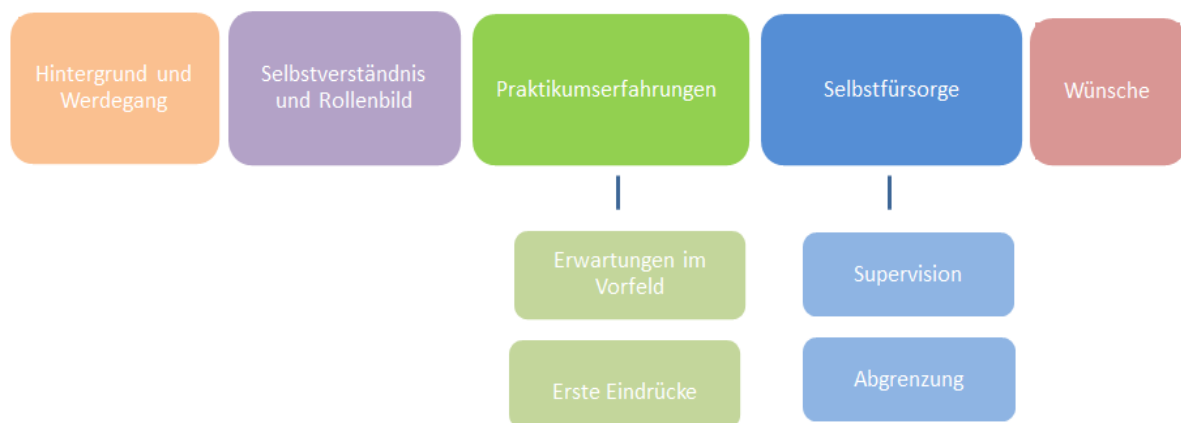


Abb. 2. Identifizierte Themen (dunkel) und Subthemen (hell) aus dem Interview mit dem in Ausbildung befindlichen Genesungsbegleiter der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock



Die Kategorie **Hintergrund und Werdegang** beschreibt die persönlichen Verhältnisse des Genesungsbegleiters, seine Krankheitsgeschichte und seinen Werdegang als Genesungsbegleiter. In seiner letzten Therapie wurde der Genesungsbegleiter von einer Therapeutin auf Ex-In aufmerksam gemacht und zur Ausbildung ermutigt. Er hat sich daraufhin informiert und bei **Ex-In Mecklenburg-Vorpommern** vorgesprochen. Die Ausbildung verlief erfolgreich und der Genesungsbegleiter in Ausbildung gab an, sich die Genesungsbegleitung als Haupterwerbstätigkeit vorstellen zu können.

Die Kategorie **Selbstverständnis und Rollenbild** beschreibt, wie der Genesungsbegleiter sich selber sieht und welche Rolle er im Praktikum einnahm bzw. perspektivisch einnehmen wollte. Er beschrieb sich selber als sehr **authentischen Menschen**, der über seine Vergangenheit **offen kommuniziert**. In der Klinik sah er sich als **Vermittler** zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Mitarbeitenden: „Auf andere Mitarbeiter bezogen, dass ich vielleicht Sachen erklären kann, die nicht so ganz angekommen sind, auf meine Art und Weise. Also zur Verständigung beizutragen, so eine Art Dolmetscher, wenn man das so nennen will.“ und „Ich kenne beide Seiten. Ich maße mir jetzt nicht an irgendwie zu sagen ich bin mit Therapeuten auf einer Ebene, im Gegenteil, das bin ich nicht. Ich bin dazwischen. So, aber ich habe ein anderes Verständnis dafür, was Fachpersonal mitteilen will, oder näherbringen will.“

Die Kategorie **Erwartungen im Vorfeld** beschreibt Gedanken, Wünsche und Hoffnungen des Genesungsbegleiters vor Beginn des ersten einwöchigen Praktikums in der Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock. Er sprach über eine gewisse **Anspannung** im Vorfeld des Praktikums, da er nicht genau gewusst hätte, was ihn erwarten würde und wie die Mitarbeitenden auf ihn reagieren würden. Durch die Gespräche mit der Klinikdirektorin im Vorfeld wusste er jedoch, dass diese das Konzept der Genesungsbegleitung kannte und ihm offen gegenüberstand: „Ich hatte viele Gespräche mit der Professorin und die kennt das Prinzip von EX IN und [...] ich hatte irgendwo unterschwellig das Gefühl willkommen zu sein, vorher schon. Also das ist jetzt nicht, dass ich noch Überzeugungsarbeit leisten muss, selbst für den Beruf, sondern dass schon darauf vorbereitet wurde“. Er habe sich auf sein Praktikum **gefremt** und sei **neugierig** auf die verschiedenen Reaktionen ihm gegenüber und dem Konzept Genesungsbegleitung gegenüber gewesen.

Die Kategorie **Erste Eindrücke** beschreibt Gedanken und Einschätzungen während und nach dem ersten Praktikum. Der Genesungsbegleiter beschrieb einen **sehr positiven ersten Eindruck** und betonte mehrfach, dass ihm alle Kolleginnen und Kollegen von Anfang an auf Augenhöhe begegnet seien. Dies habe ihn sehr gefremt und auch seine anfängliche Nervosität schnell zerstreut. Es habe ein reger Austausch stattgefunden und sowohl Patientinnen bzw. Patienten als auch Kolleginnen und Kollegen hätten die Gelegenheit genutzt, viele Fragen zu stellen. Dies hätte ihn in seiner Überzeugung bestärkt, als Genesungsbegleiter in der Forensik arbeiten zu wollen. Negative Dinge wurden nicht benannt.

In der Kategorie **Selbstfürsorge** beschreibt **Supervision** Aussagen zum Austausch und zum Coaching des Genesungsbegleiters im Rahmen seiner Tätigkeit durch Dritte. Er beschrieb eine Reihe von Personen, mit denen er sich austausche und seine Tätigkeit reflektiere. Dazu zählten eine **Selbsthilfegruppe**, einige **Genesungsbegleiter** aus der Ex-In-Ausbildung und eine **ehemalige Therapeutin**, zu der noch lose Kontakt bestünde, aber auch seine **Familie**. Auch die Unterstützung und das Feedback der **Kolleginnen und Kollegen** während des Praktikums hätten ihm geholfen. Eine **professionelle Supervision bestand zum damaligen Zeitpunkt nicht**. Außerdem führte er ein kleines Tagebuch, in das er jeden Tag etwas eintragen würde. Auch dieses helfe ihm bei der **Selbstreflexion**. Eine Reihe selbst auferlegter Regeln helfe ihm zusätzlich, stabil zu bleiben.

Die Kategorie **Abgrenzung** beschreibt, wie der Genesungsbegleiter eigene Grenzen erkennt und durchsetzt und wie er trennt zwischen eigenen Ansprüchen und denen anderer (Patientinnen bzw. Patienten, Personal u.a.). Der Genesungsbegleiter beschrieb, dass er seine **Arbeit und sein Privatleben bis zu einem gewissen Grad trennen** möchte. Beispielsweise würde er Patienten nur begrenzt Dinge aus seinem Privatleben erzählen: „Ich weiß aber auch auf der anderen Seite ganz genau, dass es einige wenige Patienten gibt, die eben genau so solche Sachen ableuchten, um daraus für sich einen Vorteil zu ziehen. Und ich wäre in Hinsicht auf manche Dinge aus meinem Privatleben vor Patienten nicht ganz so offen wie vor Personal. Aus dem Grund. Was meine Vergangenheit betrifft bin ich komplett offen. [...] Nur halt das aktuelle nicht so. Weil, wozu muss ein Patient wissen, ... dass ich einen Sohn habe, wie alt der ist, wo der wohnt? Unwichtig.“ Der Genesungsbegleiter beschrieb sehr klar seine **Null-Toleranz-Haltung gegenüber Drogen**. Er sei hier zu keinerlei Geschäften und Gefälligkeiten bereit und werde alle Informationen, die ihn diesbezüglich erreichten, an die Mitarbeitenden weiterleiten.

Die Kategorie **Wünsche** umfasst Aussagen des Genesungsbegleiters darüber, was er im Praktikum und im Falle einer Anstellung in der Klinik und für sich selbst erreichen möchte. Er beschrieb, dass die positiven Erfahrungen seines ersten Praktikums seinen Wunsch bestätigt haben, **hauptberuflich als Genesungsbegleiter tätig zu sein**. Er wolle mit seiner Geschichte den Patientinnen und Patienten **Hoffnung** machen: „dass es halt nicht (...) nur entweder oder gibt, sondern auch einen steinigen Weg dazwischen, ja. Den bin ich ja auch gegangen, hat ja auch lange gedauert bis ich so weit gekommen bin wie jetzt.“ Ferner wolle er **Kompensationsmechanismen vermitteln**: „Sobald ich anfangs irgendwas zu vermissen, habe ich in der Vergangenheit versucht es durch Drogen zu kompensieren. So und das mache ich jetzt nicht mehr, dann mache ich es anders. [...] So, wie es geht, oder wie ich das rausgekriegt habe was überhaupt für mich gut ist und so. Das wäre mir wichtig, das mitzuteilen.“

### Interview mit der klinikinternen Verwaltung

Ein Interview von administrativer Seite wurde mit zwei Vertretenden der Personalabteilung der Universitätsmedizin Rostock im November 2019 geführt. Auch hier wurde im Vorfeld ein Interviewleitfaden erstellt. Das Interview beinhaltete Fragen zum formalen Einstellungsprozess neuer Mitarbeiter sowie denkbaren Hindernissen und Gründen, eine Einstellung zu verwehren. Die letzten beiden Fragen zielten dabei auf den gesundheitlichen und strafrechtlichen Hintergrund des Genesungsbegleiters.

Die Einstellung eines neuen Mitarbeiters beginnt mit einer **Stelle im Stellenplan** und einer entsprechenden **VK-Zahl**, die den zeitlichen Umfang dieser Stelle beschreibt. Zu klären ist, ob und in welchem Umfang eine **Befristung** vorliegt und wie die Stelle **finanziert** wird (z.B. über Haushalt oder Drittmittel). In der Regel erfolgt die Suche geeigneter Bewerber über eine **Stellenausschreibung**. Im Falle des noch sehr wenig verbreiteten Berufsbildes des Genesungsbegleiters und der spezifischen Anforderungen für die Arbeit in der Forensik (erforderlich sind eine durchlebte psychiatrische Erkrankung und idealerweise Haft- bzw. Maßregelerfahrung) wäre es aber ungewöhnlich über diesen Weg einen geeigneten Kandidaten zu finden, so dass auch dem bereits aus dem Praktikum bekannten Genesungsbegleiter ein Stellenangebot gemacht werden konnte. Zur Einstellung war dennoch ein **Lebenslauf** des Genesungsbegleiters notwendig, um dann einen Personalantrag auf Einstellung stellen zu können. Der Genesungsbegleiter wurde zunächst aus Drittmitteln zeitlich befristet als 0,5VK finanziert. Zur Anfertigung einer **Tätigkeitsbeschreibung** lagen noch keine Erfahrungswerte vor, um die notwendige tarifliche Eingruppierung vorzunehmen. Hierzu werden üblicherweise die Curricula der angegebenen Abschlüsse herangezogen, in diesem Fall war dies das

Ausbildungscurriculum zum Genesungsbegleiter von Ex-In Mecklenburg-Vorpommern e.V. Die Entscheidung zur Einstellung wird zudem dem jeweils zuständigen **Personalrat** vorgelegt. Dieser prüft, ob das Ausschreibungsverfahren korrekt gelaufen ist und sog. kollegiale Belange. Darunter fallen Notwendigkeit der Einstellung, Passung der Person zur ausgeschriebenen Stelle sowie Korrektheit der Eingruppierung und Befristung. Es besteht ein Informationsrecht. Gegebenenfalls werden Rückfragen gestellt.

Im Falle einer Zustimmung fertigt die Personalabteilung den **Arbeitsvertrag** an und fordert weitere notwendige Unterlagen vom Bewerber nach, z.B. einen Nachweis des Ausbildungsabschlusses oder das Führungszeugnis. **Hindernisse** bzw. **Gründe, eine Einstellung zu verwehren**, können auftreten. Neben fehlenden finanziellen Mitteln könnte der Personalrat die Zustimmung verweigern bzw. entsprechende Erklärungen einfordern, falls Probleme hinsichtlich formeller oder kollegialer Belange gesehen würden. Die Verantwortung, etwaige problematische Verhaltensweisen aufgrund der spezifischen Vorgeschichte des Genesungsbegleiters im Blick zu behalten und Maßnahmen zu ergreifen trägt die Klinik.

### Telefoninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern externer Kliniken

Die Interviews fanden im Januar 2020 statt. Die Interviewleitfäden umfassten Fragen zu Erfahrungen im Rahmen der Implementierung eines Genesungsbegleiters, administrativen Hintergründen, Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Tätigkeiten der Genesungsbegleiterinnen und –begleiter.

Von den fünf Kliniken, die bereits PSW beschäftigen bzw. ausbilden oder in deren Implementierung weit fortgeschritten waren (s. Abschnitt zur Umfrage in deutschen Maßregelvollzugskliniken), war eine die KFP Rostock. Mit Vertretern und Vertreterinnen der anderen vier Kliniken wurden telefonische Interviews geführt. Insgesamt nahmen fünf Personen an diesen Interviews teil, zwei Klinikdirektoren, zwei Personen der Pflegedienstleitung und eine Stationsleitung der Station, auf der der PSW beschäftigt war. Ein Interview fand mit zwei Personen statt (Vertretung der Klinikleitung und Stationsleitung).

**Vier Themen** und Unterthemen, die sich in den Interviews herauskristallisierten, sind in Abbildung 3 dargestellt.



Abb. 3. Identifizierte Themen (dunkel) und Subthemen (hell) der telefonischen Interviews mit externen Kliniken

Die teilnehmenden Kliniken behandelten verschiedene Patientengruppen, jedoch schwerpunktmäßig keine Patienten und Patientinnen mit Unterbringungsgrundlage § 64 StGB.

Die **Situation zum Zeitpunkt des Interviews**<sup>1</sup> in Hinblick auf die **Beschäftigungsverhältnisse** der eingesetzten Genesungsbegleiter stellte sich recht heterogen dar. Eine Klinik beschäftigte in der Vergangenheit einen Genesungsbegleiter im Rahmen eines Praktikums. Eine anschließende Anstellung kam auf Grund eines anderen Arbeitsangebotes des Genesungsbegleiters nicht zustande. Eine weitere Klinik beschäftigte zum Zeitpunkt des Interviews keinen Genesungsbegleiter, kannte das Konzept aber aus benachbarten Kliniken und bereitete die Implementierung in der Forensik vor. Die dritte Klinik hatte einen Genesungsbegleiter mit psychotischem **Krankheitshintergrund** ohne eigene **Forensikerfahrung** unbefristet angestellt seit ca. 4 Jahren. Die vierte Klinik arbeitete mit einem Pool aus fünf Genesungsbegleitern auf Honorarbasis. Von diesen hatten drei eigene Forensikerfahrung, ein weiterer Erfahrungen im Behandlungsvollzug im Rahmen einer Haftstrafe.

Die **Aufgabenfelder** stellten sich ebenso heterogen dar. In zwei Kliniken übernahmen die Genesungsbegleiter moderierende bzw. unterstützende Aufgaben in **Therapiegruppen**, zusammen mit Psychologinnen und Psychologen oder Pflegekräften, z.B. Psychoedukation. Ein Genesungsbegleiter leitete zudem eine eigene **Kochgruppe**. In denselben Kliniken übernahmen die Genesungsbegleiter auch **Einzelgespräche** mit Patientinnen und Patienten nach vorheriger Absprache mit dem Team oder nahmen an Visiten teil. In der dritten Klinik hatten die Genesungsbegleiter keinen Patientenkontakt. Sie wurden stattdessen für verschiedene **Teamschulungen** im Tandem mit einem Mitarbeitenden eingesetzt, z.B. Recovery- oder Kommunikations-Schulungen.

Im Themenbereich **Implementation** bezieht sich die Kategorie **formale Voraussetzungen und PSW-Auswahl** auf administrative Schritte im Einstellungsprozess, die bei einer Einstellung erfüllt sein müssen. Die formalen Voraussetzungen der Implementierung unterschieden sich zwischen den Kliniken. Keine der Kliniken berichtete über größere verwaltungsbezogene Hürden bei der Einstellung. Allerdings wiesen zwei Kliniken explizit darauf hin, dass die Einstellung von Genesungsbegleitern ausdrückliches Ziel des jeweiligen Trägers sei. Problematisch dagegen sei teilweise die Einstellung von Genesungsbegleitern mit **forensischem bzw. Haft-Hintergrund**. Dies gestaltete sich bei Honorarverträgen unkomplizierter als bei Festanstellungen. Die so angestellten Genesungsbegleiter haben den Status externer Referenten, für die kein Einstellungsprozess bzw. keine Hintergrundprüfung erfolgt. Möglich waren auch Ausnahmegenehmigungen des Trägers.

Eine weitere formale Frage war die der **Finanzierung**. In zwei Kliniken erfolgte die Finanzierung über das Budget der Pflegekräfte. Die Genesungsbegleiter wurden tariflich in die Endgeldgruppe E3 eingeordnet. Eigene Gehaltsverhandlungen führten dagegen die Genesungsbegleiter, die auf Honorarbasis tätig waren. Sie wurden aus dem Budget für Fortbildungen bezahlt. Die Tätigkeit als Praktikant wurde nicht vergütet. Die Genesungsbegleiter mit Patientenkontakt wurden von allen drei Kliniken als zusätzliche Kraft im **Stellenschlüssel** berücksichtigt. Das bedeutete, dass sie nicht als Pflegekraft gezählt wurden (z.B. im Rahmen von Personalverhandlungen oder im Einstellungsprozess), auch wenn sie aus deren Budget bezahlt wurden.

---

<sup>1</sup> Die spezifischen Krankheitshintergründe werden hier aus Gründen der Vertraulichkeit nicht dargestellt.

Der Punkt **Vorbereitungen im Haus** umfasst alle Maßnahmen, die im Vorfeld und in den ersten Wochen nach der erstmaligen Einführung von Genesungsbegleiterinnen und –begleitern in den Kliniken selber getroffen wurden. Alle Kliniken bereiteten die Einführung von Genesungsbegleitern im Haus vor. Die Vorbereitung unterschied sich jedoch im Umfang. Drei Kliniken gaben stationsübergreifende **Informationsveranstaltungen** für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Genesungsbegleitung. Eine Klinik bezog nur das Team der Station in diese Informationsrunden mit ein, an welches der Genesungsbegleiter später angegliedert war. In allen Kliniken, in denen die Genesungsbegleiter Patientenkontakt hatten, wurde der Genesungsbegleiter an eine Station angegliedert. Mit dem Team der Station gab es **im Vorfeld verschiedene Gespräche**, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gelegenheit hatten, Fragen und Bedenken zu äußern. Die Bedenken wurden ernst genommen. In einer Klinik wurde vor den zwei Praktika und vor der zunächst befristeten Einstellung des Genesungsbegleiters die Zustimmung des Teams eingeholt. Die drei Kliniken, welche Genesungsbegleiter auf Stationen beschäftigten, berichteten außerdem, dass es in der ersten Zeit eine **konkrete Ansprechperson** gab – entweder aus dem Stationsteam oder der Pflegeleitung. An diese konnten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Problemen wenden. Diese Ansprechperson war auch für die **Einarbeitung** des Genesungsbegleiters zuständig. Sie zeigte das Haus, erklärte die Regeln und stellte ihn im Team vor. Ebenso berichteten die Einrichtungen von zu Beginn wöchentlichen kurzen **Reflexionsgesprächen** zwischen Ansprechperson und Genesungsbegleitern (ca. 30 Minuten). In diesen Gesprächen erkundigten sie sich nach Befindlichkeiten und möglichen Schwierigkeiten des Genesungsbegleiters und besprachen evtl. aufgekommene Kritik des Teams oder eigene kritische Beobachtungen. Insbesondere das **frühe und offene Ansprechen von und der konstruktive Umgang mit Problemen** wurde in einem Interview als wesentlicher Faktor betont: „Und ansonsten ist ja auch so das Resümee[...], dass es ganz wichtig ist, das Team von möglichst früher Stelle an ins Boot zu holen und eben, naja, offen zu sein für mögliche Störungen, die nicht zu übersehen, sondern die Störungen zu thematisieren und das nach Möglichkeit nicht im stillen Kämmerlein, sondern eben in der Gruppe der Beteiligten in der Zusammenschau mit der Genesungsbegleiterin, -begleiter. [...] Und dass man da eben natürlich auch ein bisschen Zeit investieren muss.“

Eine kürzere Einführung der Genesungsbegleiter, die auf **Honorarbasis** tätig waren, gab es auch in dieser Klinik. Die Genesungsbegleiter hospitierten in der Klinik und stellten sich den Bereichsleiterinnen und –leitern im Haus vor sowie dem Team, in dem sie die Schulung halten würden. Da die Initiative zum Einbinden von Genesungsbegleitern häufig von den Dozierenden selber kam und ExIn in irgendeiner Form Bestandteil der Schulung war, war eine nähere Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das PSW-Konzept im Vorfeld nicht nötig.

Einen weiteren Punkt stellten die **Befürchtungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vorfeld** der Implementierung dar. Es ging darin um erwartete ungewisse bzw. negative Auswirkungen der Einstellung von Peer Support Workern. Bei den Genesungsbegleiterinnen und –begleitern, die auf **Honorarbasis** eingestellt waren, hielten sich diese in Grenzen. Allerdings wurde von Vorbehalten auf anderen, allgemeinspsychiatrischen Stationen gegenüber deren Genesungsbegleitenden berichtet. Die Befürchtungen der Mitarbeitenden ähnelten sich in den Einrichtungen, in denen Genesungsbegleitende mit Patientenkontakt tätig sind. Einige Bedenken betrafen den **Umgang mit den Genesungsbegleitern**. Es gab Befürchtungen, ob diese wirklich psychisch stabil seien und inwiefern es auf Symptome zu achten und Rücksicht zu nehmen galt. Vereinzelt gab es auch Bedenken, die Genesungsbegleiter würden sich an den **Medikamenten** auf Station bedienen.

Weiterhin waren die Mitarbeitenden verunsichert, ob und wie sie in Gegenwart des Genesungsbegleiters kritisch über Patienten sprechen konnten bzw. über deren teilweise anstrengendes Verhalten „Dampf ablassen“ könnten. Diese Befangenheit könnte auch erklären, warum sie zumindest zu Beginn der Einführung die Genesungsbegleiter nicht in den Team-Supervisionen dabei haben wollten. Wieder andere Bedenken bezogen sich auf die **Haltung der Genesungsbegleiter zur Psychiatrie**. Die Mitarbeiter befürchteten beispielsweise, dass die Genesungsbegleiter die üblichen Therapieverfahren inkl. Medikamenteneinnahme der überwiegend schizophrenen Patienten infrage stellen und gegen das Behandlungsteam arbeiten würden. Unsicherheiten darüber, inwiefern der **Genesungsbegleiter zum Team** gehört, wurden deutlich. Weitere Unsicherheiten schienen aus **ungeklärten Fragen** zu resultieren, z.B. bezüglich der Befugnisse der Genesungsbegleiter oder der Schlüsselgewalt. Vereinzelt wurde über **Vorbehalte unter den Patienten** berichtet. Diese verstünden entweder das Konzept nicht oder würden den Genesungsbegleiter als „Spion der Mitarbeiter“ oder „Verräter“ ablehnen.

Unter dem Punkt **Haltungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** sind Einstellungen, Erwartungen und Hoffnungen zum Konzept der Genesungsbegleitung allgemein und im Rahmen der Implementierung speziell zusammengefasst. Die Einführung eines Genesungsbegleiters bzw. einer Genesungsbegleiterin wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **zu Beginn teilweise sehr skeptisch** gesehen. Die konkreten Befürchtungen wurden im vorherigen Absatz erläutert. Die Interviewpartner berichteten einstimmig, dass sich das Misstrauen in den Teams größtenteils gelegt habe, nachdem sie den Genesungsbegleiter persönlich erlebt und kennengelernt hatten. Ein Interviewteilnehmer beschrieb für seine Einrichtung auch eine tendenziell eher ausgeprägte allgemeine Furcht vor Neuerungen und Unbekanntem. Neben der Skepsis konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem PSW-Konzept aber auch positive Seiten abgewinnen. Man erhoffte sich von der Einstellung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern eine **Bereicherung**: „Meine Erwartung war einfach, dass er ne Bereicherung ist. Ich bin nicht psychoseerkrankt, d.h. ich kann mich rein theoretisch in Patienten versetzen aber mir fehlt da ganz viel [...]“. Genesungsbegleitende wurden als Möglichkeit wahrgenommen, bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten eine andere Perspektive einzunehmen und so zu einer stärker patientenorientierten Haltung diesen gegenüber zu gelangen: „Wir erhoffen uns eine **Recovery-orientierte Arbeitshaltung**, eine verstärkte bei den Mitarbeitern auch“. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten erhoffte man sich mit der Einstellung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern **Glaubwürdigkeit**: „[...] dass man sagt, okay, hier im Team ist noch jemand, der weiß wie es sich tatsächlich anfühlt untergebracht zu sein, der weiß wie es sich anfühlt eine Diagnose zu erleben. Diesen Schicksalsschlag auch zu erleben und diese Glaubwürdigkeit einfach herzustellen. Oftmals sagt der Patient uns ja: Sie wissen ja gar nicht, wie sich das anfühlt. Und da hat er ja recht!“

Die letzte Unterkategorie umfasst die **rückblickende Bewertung des Implementierungsverlaufs** und **Hinweise** an andere Einrichtungen. Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner formulierten ihre Einschätzung, dass ein **Peer Support Worker zur Einrichtung passen müsse**. Damit war zum einen das **Krankheitsbild** der Peer Support Worker gemeint, welches zu denen der Patienten passen müsse. Bezüglich des **strafrechtlichen Hintergrundes** waren die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner uneins: „Was wir uns gesagt haben ist, dass es für uns nicht unbedingt sein muss, dass derjenige einen Forensik-Hintergrund hat. Also Forensik-Erfahrung braucht er meiner Meinung nach nicht. [...] Wäre wünschenswert, wenn er allgemein psychiatrische Erfahrung hat. Und zwar in dem Bereich der Krankheitsbilder, die wir am häufigsten hier vorfinden bei uns [...]“. Auch bei der

Frage, ob man **ehemalige Patienten der eigenen Einrichtung** als Genesungsbegleiterin bzw. Genesungsbegleiter einstellen wolle, gingen die Meinungen auseinander. Eine Einrichtung hatte damit positive Erfahrungen gemacht, da das behandelnde Team die Genesungsbegleiterin bereits kannte und sie so besser einschätzen konnte. Eine andere Einrichtung verzichtete nach ausdrücklicher Bitte aus dem Stationsteam darauf. Zusätzlich wurde die **individuelle Passung** betont, welche bei Genesungsbegleitern eine größere Rolle zu spielen scheint, als bei anderen Berufsgruppen: „Wie man so sagt, ob man miteinander kann. [...] das Vertrauensverhältnis ist, denk ich mal, sehr wichtig. Eben weil ich das auch wichtig finde, dass da tatsächlich ne Gleichstellung ist im Sinne wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dass da also keine wesentliche Hierarchisierung drinnen ist“. Aus **organisatorischer Sicht** hielten die Interviewpartnerinnen und -partner die frühzeitige Einbindung der Mitarbeitenden und eine offene Gesprächskultur für sinnvoll: „[...] dass es ganz wichtig ist, das Team von möglichst früher Stelle an ins Boot zu holen und eben, naja, offen zu sein für mögliche Störungen, die nicht zu übersehen, sondern die Störungen zu thematisieren und das nach Möglichkeit nicht im stillen Kämmerlein, sondern eben in der Gruppe der Beteiligten in der Zusammenschau mit der Genesungsbegleiterin, -begleiter. Also, dass Dinge, die da vielleicht zunächst Reibungspunkte sind, dass die auch gemeinsam geklärt werden“. Dabei sei es sinnvoll, **die gesamte Einrichtung in die Vorbereitungen mit einzubeziehen**: „und den Fehler, den wir gemacht haben, war, dass wir das zu sehr auf diese eine Station fokussiert hatten am Anfang [...], im Nachhinein würde ich sagen, man hätte das gleich am Anfang viel breiter kommunizieren müssen und auf breitere Füße stellen müssen“. Die Bedeutung einer guten Vorbereitung wurde auch hier betont: „Also wirklich vorab planen [...], und ich glaube diese, dieser Weg erst über Teamschulungen und zweiten Schritt, also ob das jetzt über Teamschulungen ist, aber mit den Teams, dieser Schritt, da dran zu führen, so, was ist ExIn, wo kommt es her und dann vielleicht mal Genesungsbegleiter kennenlernen oder auf einer Fachtagung oder so, also kleinschrittig, meine ich, ist wichtig“. Ebenso hatte es sich als günstig erwiesen, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Peer Support Worker bereits kennen, z.B. aus früheren Praktika: „Dann finde ich, glaube ich, über Praktika, [...] sich gegenseitig mal kennenzulernen“.

Die Kategorie **Effekte PSW** beschreibt die Veränderungen nach der Einführung der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter. Die Interview-Partnerinnen und -Partner berichteten von verschiedenen **positiven Effekten**. Es wurde einstimmig berichtet, dass sich die **Akzeptanz** des Genesungsbegleitungskonzeptes nach dem Kennenlernen des/der jeweiligen Genesungsbegleitenden deutlich erhöhte. Weitere Veränderungen betrafen z.B. die **erweiterte Perspektivübernahme** durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: „Ich bin nicht psychoseerkrankt, d.h. ich kann mich rein theoretisch in Patienten versetzen aber mir fehlt da ganz viel und da hat anfangs ein enormer Wissenstransfer stattgefunden“; „Also das hat sich als unglaublich wertvoll erwiesen, ja, diese Perspektive drin zu haben und auch für die Teams ein Stück weit Berührungspunkte zu nehmen, wenn es darum geht, mehr Patienten miteinzubeziehen oder mehr Verantwortung an die Patienten zu übertragen“. Weiterhin wurde von einem **veränderten Umgang der Mitarbeitenden mit den Patientinnen und Patienten** berichtet: „Aber andererseits auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sorgt er auch für nen anderen Gesamtumgang und Klima im Team. Wie z.B. über die Patienten auch gesprochen wird. Also da ist auch automatisch auch ein Mehr an Achtsamkeit auch mit verbunden“: „Da geht's halt so zum Beispiel um den Umgang mit Regeln, welche Regeln haben wir, welche brauchen wir und wo sollte man das vielleicht auf den Prüfstand stellen. Dass da durchaus eine Veränderung stattgefunden hat von: Ja wir sind in der Forensik, wir müssen einfach alles regeln, hin dazu, offener zu sein und mehr Bereitschaft zu haben, das mal zu hinterfragen“.

Die Kategorie **Stand PSW bei Patienten** beschreibt das Verhältnis zwischen Patienten und Genesungsbegleiterinnen bzw. –begleitern. In den meisten Fällen war dieses **positiv**. Die Patienten fragen z.B. nach den Genesungsbegleitenden, wenn diese längere Zeit nicht da seien oder luden sie auch nach dem Ende des Praktikums zu Veranstaltungen ein: „Das fand ich total schön. Dass Patienten gesagt haben, wir wünschen uns, dass der kommt. Dass Patienten ihn dann zu unserer Weihnachtsfeier eingeladen haben“. Es gab jedoch auch Patienten, die den Genesungsbegleiter ablehnten. Die **Ablehnung** brachte unerfahrene Genesungsbegleiter teilweise aus dem Konzept: „[...] ja gut, dann hat der Patient gesagt, OK, Sie sind jetzt hier, Sie sind für mich ein Mitarbeiter wie jeder andere auch, habe ich jetzt kein besonderes Interesse dran, danke. [...] War für den Genesungsbegleiter-Praktikanten, wo das passiert ist, er war etwas irritiert, weil er war halt hochmotiviert (lacht) und dachte, Mensch, ich kann den Patienten hier vielleicht... ja, überrascht war er, auf so eine Reaktion zu stoßen“.

Die Kategorie **Stand bei den Mitarbeitenden** beschreibt das Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Genesungsbegleitung. In allen Kliniken waren die Genesungsbegleiter, wenn Sie stationär arbeiten, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **gleichgestellt**. Jedoch übernahm die **Stationsleitung eine supervidierende Funktion**: „Ich als Stationsleitung guck halt immer, wie geht es ihm? [...] Da ist er auch sehr offen. Ne und ich, halt, so viel Zeit hab ich nicht, aber ich hab immer Kurzkontakte mit ihm. Um auch mitzukriegen, ist alles paletti?“. Für die Honorarkräfte bestand keine Notwendigkeit eines supervidierenden Ansprechpartners, da diese sich um ihre Supervision selber kümmerten. Unter den Mitarbeitenden bestand der meiste Kontakt zu den Pflegekräften. Diese betrachteten die Peer Support Worker als gleichwertige Kollegen. Auch bei zunächst kritischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kam es im Lauf der Zeit zu einem **Einstellungswandel**: „es waren einige, die dagegengesprochen haben. Das war dann die Stelle, wo ich gesagt hab, ich mute es dem Team zu. Und das ist mir, also ist dem Team gut gelungen, sich dieser Herausforderung zu stellen und zu sagen jawoll, wir sehen die Vorteile. [...] ist man unglücklich, wenn er nicht da ist. Das hat sich stark gewandelt“.

### **Telefoninterviews mit externen Peer Support Workern**

Weiterführende Telefoninterviews konnten geführt werden mit drei Peer Support Workern, welche in der Forensik arbeiten oder gearbeitet haben. Der Kontakt wurde in einem Fall über eine der am Telefoninterview teilnehmenden Kliniken hergestellt. Die anderen Teilnehmenden wurden über Anfragen bei Ex-In Deutschland e.V., eigene Recherchen im Internet bzw. bestehende Kontakte rekrutiert. Die Interviews fanden im Januar 2020 statt. Sie umfassten Fragen zu den Erfahrungen der Genesungsbegleiterinnen und –begleiter in der ersten Zeit Ihrer Neueinführung sowie zu Aufgaben, Befürchtungen, Hoffnungen und Wünschen.

**Drei Themen** und Unterthemen aus den Interviews mit den externen Genesungsbegleitenden stehen in Abbildung 4.



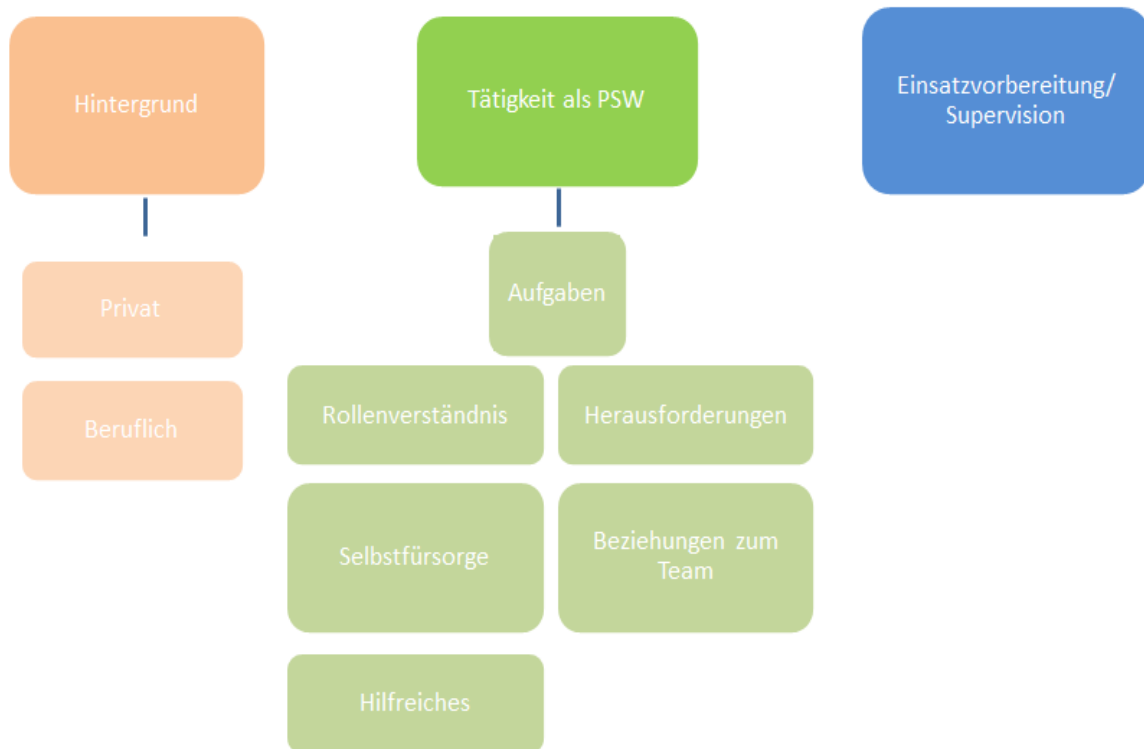


Abb. 4. Identifizierte Themen (dunkel) und Subthemen (hell) der telefonischen Interviews mit den externen Genesungsbegleitenden

Die Kategorie **Hintergrund** beschreibt den beruflichen und privaten Lebenslauf der Genesungsbegleiterin und der Genesungsbegleiter. Zwei der Teilnehmenden hatten einen **psychotischen Krankheits hintergrund**, eine Person hatte einen Hintergrund verschiedener Störungen, jedoch primär einer **Suchterkrankung**. Eine Person hatte einen strafrechtlichen Hintergrund. Alle **Krankheitsgeschichten** erstrecken sich über mehrere Jahrzehnte.

Außerhalb der Genesungsbegleitung haben zwei Teilnehmende einen **akademischen Hintergrund** (davon einer ohne Abschluss). Der dritte Teilnehmende hat eine **Berufsausbildung** im Handwerk abgeschlossen. Die Teilnehmenden arbeiten **zwischen vier und neun Jahren als Peer Support Worker** in verschiedenen Arbeitsverhältnissen, z.B. in Angestelltenverhältnissen in Kontakt- und Beratungsstellen, Arbeitsvermittlungen oder Kliniken oder auf freiberuflicher Basis z.B. als Trainerin für Recovery oder Kommunikation. Kein Peer Support Worker fand seine aktuelle Tätigkeit über eine reguläre Stellenausschreibung. Mundpropaganda und Kontakte, die z.B. im Rahmen von Vorträgen entstanden, führten stattdessen zu einer Anstellung: „Es gibt alle paar Monate so einen Austausch klinikübergreifend zwischen uns Genesungsbegleitern, das wird moderiert und daher wusste ich, dass die Klinik in (Ort) Genesungsbegleiter sucht. Ich bin da auch regelmäßig auf Fachtagungen und da bin ich auch mit einigen ins Gespräch gekommen und man hat mich halt ermutigt, mich zu bewerben, hab ich auch gemacht und bin auch aus dem Stand genommen worden“. Zwei Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews als Genesungsbegleiter bzw. Genesungsbegleiterin in **Teilzeit** in einer Klinik angestellt. Davon war eine Klinik ein Maßregelvollzug für Patientinnen und Patienten gem. § 63 StGB. Die andere Klinik war eine Allgemeinpsychiatrie, auf der die Peer Support Workerin auf zwei Stationen zur qualifizierten Entgiftung von Alkohol und illegalen Drogen tätig war. Daneben übte sie jedoch eine Trainertätigkeit auf Honorarbasis aus, für die sie auch von Maßregelvollzugskliniken in Anspruch genommen wurde (z.B. im Rahmen von Weiterbildungen). Der

dritte Genesungsbegleiter war **freiberuflich** tätig, hatte aber seine Tätigkeit krankheitsbedingt unterbrechen müssen. Davor war er auf Anfrage für einzelne Klienten aus Maßregelvollzügen, Hafteinrichtungen und Wohnheimen tätig. Die aktuellen und vergangenen Arbeitsverhältnisse der Teilnehmenden spiegeln die Vielfalt der möglichen Einsatzgebiete von Genesungsbegleitung wider. Keiner der stationär tätigen Genesungsbegleitenden arbeitete Vollzeit. Eine Person bekleidete eine 40%-Stelle, die andere eine 60%-Stelle.

Unter **Aufgaben** werden konkrete Tätigkeiten der Genesungsbegleitenden verstanden. Die Tätigkeiten der stationär beschäftigten Genesungsbegleitenden ähnelten sich in gewisser Weise. Beide betreuten verschiedene vorrangig **Gruppenangebote** für Patienten, z.B. eine Kochgruppe, eine Philosophie- oder auch Recovery-Gruppe. Einige dieser Gruppenangebote hatten die Genesungsbegleitenden selber entwickelt und bewusst niederschwellig gehalten, sodass die Patienten und Patientinnen selber entscheiden können, ob sie daran teilnehmen möchten, z.B. die Philosophie- und die Recovery-Gruppe. **Reguläre therapeutische Gruppenangebote führten sie im Tandem** mit Therapeuten oder Pflegern durch, z.B. die Psychoedukation. Ein zweites Tätigkeitsfeld waren **Einzelgespräche** mit Patientinnen und Patienten. Diese verfolgen unterschiedliche Ziele. Eines davon ist grundlegend der Aufbau einer Beziehung zu den Patienten: „Also die Hauptarbeit, die ich eigentlich mache, ist **Beziehungsarbeit** zwischen den Patienten und mir. Das heißt, ich verbringe viel Zeit mit den Patienten z.B. im Raucherraum. [...] Und darüber hinaus entsteht ja so ne zwischenmenschliche Beziehung“. Weitere Ziele könnten in der **emotionalen Entlastung** der Patienten bestehen: „Also es gibt Patienten, die dann natürlich auch Ängste haben, weil das dann relativ zügig klar wird, dass die wahrscheinlich in den 63er gehen. Und die haben dann Ängste, was erwartet sie da und wer weiß was Gott alles. Und ich bin dann z.B. auch da, dafür da, zu versuchen, den Patienten Ängste zu nehmen“ „das habe ich noch nicht so superoft gehabt [...], wenn jetzt z.B. ein schwerwiegendes Delikt vorliegt, wie ein Tötungsdelikt oder so, und der Patient einfach mal jemanden braucht, der einfach nur zuhört, dann stehe ich dafür auch zur Verfügung. [...] weil ich kenn das eben aus eigener Erfahrung, wenn man einfach nur mit jemandem spricht und das Gefühl hat, dass dieser Gegenüber auch zuhört, das kann schon sehr entlastend sein einfach“. Die Gespräche gingen teilweise auf Eigeninitiative der Patienten zurück, teilweise baten aber auch Mitarbeitende die Genesungsbegleitenden, mit bestimmten Patienten das Gespräch zu suchen. Auch Mitarbeitende verschiedener Professionen suchten das Gespräch mit den Genesungsbegleitenden, z.B. im Rahmen der **Visite**: „wenn ich so merke, in einer Visite sitzt ein Patient oder Patientin und ich denke, die oder der hören nicht zu, das kommt nicht an, dann sag ich es nicht während der Visite, das sag ich aber sobald die Tür hinter den Patienten zugeht, warum ich glaube, dass diese oder jene Intervention jetzt grade nicht ankommt und [...] mit nem Beispiel, warum wir oder andere Genesungsbegleiter, was wir da so für Erfahrungen einzubringen haben, warum das vielleicht der falsche Zeitpunkt ist oder auch die falsche Methode oder was auch immer“.

Die Person, die Genesungsbegleitung auf Honorarbasis anbot, wurde i.d.R. angefordert, wenn Patienten kurz vor der Entlassung oder unter Führungsaufsicht standen. Die von der Person genannten Aufgaben lassen sich am ehesten als **praktische Unterstützung zur selbstständigen Lebensführung** beschreiben, welche sich an den individuellen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientierte: „Die waren auch teilweise, weil die ja Erprobung hatten, dass die draußen wieder zurechtkommen, waren die in einer eigenen Wohnung, ja, durften über das Wochenende zum Beispiel in eine eigene Wohnung, oder über so einen Tag, und dann bin ich mit denen... hab ich mit denen halt geredet oder bin mit denen mal Essen gegangen und so weiter, ich hab ihnen

sozusagen das Leben fortführend von draußen, hab ich ihnen praktischerweise vermitteln wollen und beibringen wollen“.

Die Kategorie **Rollenverständnis** beschreibt die Stellung bzw. Funktion der Genesungsbegleitenden innerhalb ihres Arbeitsumfeldes. Grundsätzlich betrachteten sich die **Genesungsbegleitenden nicht als Konkurrenten anderer Professionen**: „dass ich ein ganz anderes Feld abdecke wie die Profis, deswegen ist ja eigentlich, ein Genesungsbegleiter ist keine Konkurrenz für Profis, sondern er ist eine Ergänzung, er macht ein anderes Tätigkeitsfeld, der hat eine ganz andere Verbindung oder Beziehung zu seinen Klienten“. Ein anderer Interviewpartner sah sich in einer **Vermittlerrolle** zwischen Klinik und Untergebrachten, wobei die vermittelnde Tätigkeit **in beide Richtungen** ging. Dazu gehörte ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Genesungsbegleitung. Die Stellung als **Vertrauensperson** äußerte sich dahingehend, dass die Genesungsbegleitenden nach Absprache mit den anderen Beteiligten Informationen für sich behalten durften. Bestimmte Themen, z.B. Suizidgedanken oder geplante Straftaten, waren von dieser Absprache ausgenommen. Einer der Genesungsbegleiter beschrieb weiterhin seine Vorbildfunktion den Patienten gegenüber: „ja, habe das frühzeitig erkannt, bin dann auch in die Psychiatrie reingegangen und auf einmal war das Thema aber dann in der Runde, ne, wo die gesagt haben, Mensch, wenn sogar der Herr (Name) so rechtzeitig reagiert und sich behandeln lässt und Hilfe entgegennimmt, dann wäre das vielleicht für uns auch mal einen Sinn, [...] wenn wir Suchtdruck haben oder sonst irgendwas, uns vorher zu melden, bevor wir Scheiße bauen. Also da habe ich auch praktischerweise als Vorbild fungiert, zu sagen, auch ein Genesungsbegleiter braucht ab und zu Schutz von der Psychiatrie“.

Die Kategorie **Herausforderungen** umfasst Schwierigkeiten der Genesungsbegleitenden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit, insbesondere zu Beginn ihrer derzeit ausgeübten Stelle. Die Genesungsbegleitenden beschrieben verschiedene Herausforderungen im Zusammenhang mit Patientinnen bzw. Patienten und Personal. Eine Schwierigkeit ergab sich aus **unklaren Rollen- bzw. Aufgabenverständnis** auf Seiten des Personals: „Von dem her war das für mich ein wenig schwierig, wo dann, beziehungsweise ein Konflikt habe ich gehabt mit dem Personal, habe ich öfters gehabt, wenn zum Beispiel das Personal mir gesagt hat, dass ich den Klienten drauf hinweisen soll, dass er das und das nicht tun darf. Da war ich nicht mehr in der begleitenden Funktion, sondern ich war in der bevormundenden Funktion“. Eine weitere Herausforderung bestand für einen der Interviewten darin, die neuen Kolleginnen und Kollegen von seiner **Zuverlässigkeit** zu überzeugen: „Also man hatte vorher schon Ängste, weil, ja gut, man hatte Angst, dass jetzt noch ein psychisch Kranker im Team ist. Und ich hab von Anfang an versucht zu verkaufen, Hey man, ich war vielleicht psychisch krank, aber jetzt bin ich ein, sagen wir mal, halbwegs normal tickender Mensch“. Eine befragte Person äußerte zudem Schwierigkeiten mit der **Haltung einer (Nachbar-)Station**. „hinderlich ist die Haltung der Nachbarstation, das ist wie gesagt auf der Akutstation, wo wirklich viele Mitarbeiter mit der Haltung vertreten sind, unsere Patienten sind viel zu akut und viel zu krank, um von solchen Gruppenangeboten profitieren zu können. Also mein Eindruck ist, man setzt dort zu sehr ausschließlich auf Medikamente. Das ist natürlich, aus der Perspektive als Genesungsbegleiter, nicht hilfreich“. Auch die weitere Zusammenarbeit mit anderen als der eigenen Station im Haus wurde von einer Interviewten als teils frustrierend beschrieben: „Naja, ich habe diese Gruppe gemeinsam mit der Psychologin einmal in der Woche angeboten, wir hatten beide darum gebeten, dass diese Gruppe auch morgens angekündigt wird, dass man uns mitteilt, welche Patienten teilnehmen möchten, [...] und da ist die Zusammenarbeit wirklich unterirdisch gewesen und man ist uns so mit so einem freundlichen Desinteresse begegnet, jetzt nicht ausschließlich, aber überwiegend ... das war

nicht hilfreich“. Auch die **Kommunikation von Feedback an Kolleginnen und Kollegen** war nicht immer einfach: „es gibt ein paar Kollegen... da hab ich mehrmals dezent versucht, auf ein paar Sachen hinzuweisen, wie man mit Patienten redet zum Beispiel, ich hab aber nicht das Gefühl, dass das verstanden wurde. Ich überleg noch, wie ich da, was ich da weiter machen will, [...] aber auf der anderen Seite, das sind Kollegen, die sind auch viele, viele Jahre auch im Dienst, die wissen schon, was sie tun, denen sind vielleicht bisher manche Feinheiten..., aber das auch in ner angemessenen Form zu thematisieren, das ist auch irgendwo eine Herausforderung“. Weitere herausfordernde Situationen ergaben sich aus der **Interaktion mit Patientinnen und Patienten**. Ein Genesungsbegleiter beschrieb, dass das Setzen von **Grenzen** zu Beginn seiner Tätigkeit einer Herausforderung für ihn gewesen sei und auch, hierfür den richtigen Zeitpunkt abzuschätzen: „wo ich dann gesehen hab, also wenn ich jetzt da nicht eine Grenze setze und sage, nein, das geht nicht, ja, dann haben die keinen Respekt mehr vor mir, dann denken die, mit mir können sie alles machen, ja? Die Schwierigkeit war mehr so, was lasse ich zu, wo vielleicht ein Sozialarbeiter früher Stopp gesagt hätte und wo muss ich meine Grenzen setzen, damit der Genesungsbegleiter, äh, der Klient merkt, hey hoppla, der Herr (Name), der macht Tacheles, der haut auf den Tisch“. Teilweise sei er in solchen Situationen an seine Grenzen gekommen und hatte das Gefühl, diese nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Mit der Zeit habe er gelernt, damit umzugehen. Eine andere Person berichtete, dass Patientinnen und Patienten teilweise versuchen würden, die Genesungsbegleitenden für ihre Zwecke zu **instrumentalisieren**: „Die Station für Menschen mit illegalen Drogen, also Menschen, die illegale Drogen gebrauchen, ticken bisschen anders, die kriminelle Energie ist höher und der Versuch, ein Ex... oder..., man versucht leichter, ExInler zu instrumentalisieren, wobei, Kannste nich mal, das ist ne andere Herausforderung [...] bei Leuten, die Medikamente nehmen, das ist denen egal, irgendwelche Pillen beschaffen, die verfügen auch über dieses Potenzial, diese Tendenz, zu instrumentalisieren oder auch im Team so Spaltungen voranzutreiben und solche Geschichten“.

Die Kategorie **Selbstfürsorge** umfasst Dinge bzw. Aktivitäten, welche die Genesungsbegleitenden für ihre eigene psychische Gesundheit tun. Genannt wurden sowohl Dinge aus dem privaten als auch aus dem beruflichen Feld. Insgesamt betonten die Genesungsbegleitenden jedoch, dass die Sorge um die eigene Gesundheit ihre Aufgabe sei und nicht die der Kolleginnen und Kollegen: „Ich leg eigentlich Wert drauf, dass ich ein Arbeitnehmer und Kollege bin wie alle anderen auch. Ich denke nicht, dass man den Kollegen von Genesungsbegleitern aufbürden darf, so eine gewisse Achtsamkeit mit zu übernehmen, ich glaube diese Selbstfürsorge muss jeder für sich selber leisten“. Privat beschrieben die Genesungsbegleitenden feste **Tagesstrukturen** als hilfreich sowie verschiedene Hobbys, z.B. Wandern oder künstlerische Aktivitäten: „Wenn ich z.B. in meinem Atelier arbeite oder so, ist das wie Urlaub in der Südsee mit Schnorcheln und Tauchen im Riff“ oder „Nein, das ist nicht das Einzige, was ich für mich Gutes tue, ich habe, hier vor ein paar Jahren, habe ich mir zwei Hunde angeschafft, weil ich hab depressive Tendenzen [...] und diese Hunde zwingen mich natürlich dazu, mehrmals am Tag auch tatsächlich vor die Tür zu gehen, [...] und damit Sorge ich auch gut für mich und bringe mich auch mit anderen Menschen ins Gespräch, also, die wirken meinen Rückzugstendenzen entgegen, ja“. Beruflich wurde schon die **Ausführung einer Tätigkeit** an sich als Selbstfürsorge beschrieben: „also ich hab gemerkt durch die Arbeit in den Fortbildungen, ich muss ja ständig reflektieren, es geht ja dauernd um mein Erfahrungswissen und was hat mir geholfen und was eher nicht und da hab ich wirklich reichlich und oder auch überreichlich Gelegenheit, sowas zu tun und im Moment ist es so, also die Arbeit auch auf der Suchtstation trägt ganz sicher dazu bei, dass ich keinerlei Wunsch verspüre, noch rückfällig zu werden, weil ich hab ja diese Folgen ständig vor Augen“. Auch auf Arbeit hatten einige der interviewten Personen verschiedene Selbstfürsorgemaßnahmen. Eine Person

beschrieb z.B., dass sie sich nach anstrengenden Einzelgesprächen auf Station abmelde, um dann einige Minuten für sich allein an die frische Luft zu gehen. Ferner beschrieben die Genesungsbegleiter ihre **Fähigkeit, sich abzugrenzen**, als Teil der Selbstfürsorge. Sie hätten zwar Mitgefühl mit den Patienten, litten aber nicht selber oder fühlten sich für deren Situation verantwortlich.

Die Kategorie **Beziehungen zum Team** beschreibt das Verhältnis der Genesungsbegleitenden zu den Kolleginnen und Kollegen der Einrichtungen, an denen Sie tätig sind bzw. von denen sie angefragt werden. **Bedenken** unter den Mitarbeitenden, wie sie bereits die Vertreterinnen und Vertreter der externen Kliniken beschrieben hatten, gab es auch in ihren Einrichtungen. Die Genesungsbegleiter berichteten jedoch, dass Sie davon erst nachträglich aus Gesprächen mit vertrauten Kolleginnen und Kollegen erfahren hätten und nicht im Rahmen der Implementierung damit konfrontiert gewesen seien: „Und eine Hauptangst, die eigentlich später zu mir kommuniziert worden ist, dass Teammitglieder, also nicht alle, aber vereinzelt Teammitglieder große Sorge hatten, dass ich mich mit den Patienten verbünden würde. Und gegen das Team arbeiten würde“ und später „Ja, ich bin heute richtig Teammitglied, ich bin da vollkommen eingebunden. Und hab zu allen einen guten Kontakt einfach. Wie das so auf der Arbeit ist, man beredet ja auch schonmal so persönliche Sachen oder vielleicht, wie man sein Wochenende verbracht hat oder so. Also ich empfinde das als ein sehr gesundes Umgehen miteinander“. Auch der auf Honorarbasis beschäftigte Genesungsbegleiter beschrieb sehr gute Erfahrungen während seines ersten Auftrags in der Forensik. **Gemischte Reaktionen** gab es am Anfang bei der Person, die in derselben Station als Genesungsbegleitung anfang, auf der sie früher behandelt wurde: „naja das Erstaunen war bei denen schon, was heißt groß, es gab eine spürbare Irritation, dass jemand, der vorher halt Patient war nun Kollege ist. Es gibt auch eine gewisse Neugier und gab auch persönliches Interesse, was Sie inzwischen so und schön, dass es Ihnen gut geht, da kann man, vereinheitlichen lässt sich das irgendwie nicht, da waren die Reaktionen ganz unterschiedlich“. Schwierigkeiten habe die Person deswegen jedoch keine gehabt: „den Mitarbeitenden, naja gut, bei denen, die mich als Patient erlebt haben, die haben natürlich diesen Rollenwechsel, den die klarkriegen müssen, aber dass jemand jetzt an meinen Fähigkeiten oder meiner Expertise der Erfahrenenperspektive und so weiter, zumindest wurde es mir nicht so spürbar gemacht, es gibt bestimmt welche, die denken, das hätten wir nicht gebraucht, aber das sagt keiner“.

Die Kategorie **Hilfreiches** fasst Punkte zusammen, die von den Genesungsbegleitenden im Rahmen ihrer Einführung in neue Teams oder Einrichtungen als hilfreich empfanden. Eine Person beschrieb die **Unterstützung des Konzeptes durch Führungskräfte** der Einrichtung als etwas, das ihr in den ersten Tagen Sicherheit gab. Auch die **Offenheit der Kollegen** und das **Ausbleiben offener Kritik** empfand die Person als hilfreich: Zum einen, dass ich mir sehr sicher sein konnte, dass meine Stationsleitung jederzeit für mich da ist und mir Rückendeckung gibt, ... dass ich von den Kollegen, auch von denen, die erstmal nicht viel damit anfangen konnten, nicht offen kritisiert worden bin, dass es direkt einen Austausch, einen fachübergreifenden Austausch zwischen der Sozialarbeiterin und mir gab, dass sie sich offen gezeigt hat, für Ideen, die ich einbringen möchte, und dass ich wusste, ich hab Rückendeckung von der Leitung, sowohl vom Team der Ärzte als auch von der pflegerischen Leitung, also ich hab mich da, ähm, ich hab mich da sicher gefühlt“ und „Mir hat auf der einen Seite geholfen, dass .. es einige Mitarbeiter im Team gab, nicht alle, aber einige, die neugierig auf mich waren. Und die gucken wollten, was passiert denn jetzt hier, wenn der Genesungsbegleiter bei uns auf der Station ist. Das hat auf jeden Fall geholfen, wenn jetzt das

komplette Team dagegen gewesen wäre und von vornherein alle gesagt hätten ok, das ist jetzt so, aber das wollen wir nicht, dann hätte ichs sehr schwer gehabt in der Anfangsphase“. Eine Person hatte während ihres ersten Praktikums eine **externe Ansprechperson, die engmaschig das Gespräch** suchte. Das wurde von der Person sehr geschätzt: „im Praktikum find ichs wichtig, das war bei mir auch so, das fand ich sehr gut, dass im Praktikum regelmäßig Gespräche stattfinden mit irgendjemandem, der stationsextern ist. Das war bei mir die Frau (Name), die kam viermal während des Praktikums, also während des ersten Praktikums...“. Die Bedeutung einer festen Ansprechperson wurde auch von den anderen Genesungsbegleitern genannt. Auch **Feedback durch das Team und die Stationsleitung** wurde von den Genesungsbegleitern geschätzt: „Und ich bin mir aber auch ganz sicher, dass meine Stationsleitung ein sehr waches Auge dafür hat, wie es den Kollegen im Team grade geht [...] Da verlass ich mich auch drauf, dass ich Rückmeldung kriegen würde, wenn bei mir irgendwas auffällig ist und nicht wie sonst“. Eine andere Person begrüßte die **freie Arbeitseinteilung** innerhalb eines festen Rahmenkonzeptes.

Die Kategorie **Einsatzvorbereitung/Supervision** umfasst die Implementierung der Genesungsbegleitenden und deren Wahrnehmung davon. Die Implementierung des Konzeptes Genesungsbegleitung unterschied sich zwischen den Interviewten. In zwei Fällen ergaben sich **Schwierigkeiten durch unzureichende Vorab-Informationen** an die Klinikmitarbeiterinnen und –mitarbeiter: „[...] obwohl es ein Projekt ist und eigentlich klar vorbereitet werden sollte, wusste außer der Stationsleitung kein einziger Kollege, was kommt, nicht, dass ich komme, auch nicht, was ExIn ist und Genesungsbegleitung schon mal gar nicht. Das hab ich dann in den ersten paar Tagen wo ich da war so nach und nach den Kollegen nahegebracht, um was es eigentlich geht. Ich glaube, einigen Kollegen sind große Fragezeichen geblieben bis heute, das liegt auch daran, dass ein Teil der Leute in Teilzeit arbeitet und wir uns wirklich selten sehen und erleben“ und „Also der Therapeut, wo für den Klienten zuständig war, und der Sozialarbeiter. Denen bin ich vorgestellt worden. Nicht dem gesamten Personal, [...] ich habe das auch schon gehabt, dass ich dann hochkam, hab denen gesagt, ich möchte gerne zu meinem Klienten, ich bin Genesungsbegleiter und wurde dann in der Forensischen Klinik draußen auf dem Gang erstmal gefilzt, ob ich irgendwas mitbringe, wo ich gesagt hab, Leute, was wollt ihr von mir, (lacht)“. Die Implementierung des dritten Genesungsbegleiters wurde durch den Klinikträger initiiert und von einer Pflegewissenschaftlerin begleitet. Vorinformation und auch der sonstige Ablauf erfolgten hier strukturierter. Für die zwei stationär arbeitenden Genesungsbegleitenden gab es **zunächst keine festgelegten Tätigkeitsfelder**. Es wurde stattdessen in Absprache mit der Stationsleitung und Mitgliedern des Stationsteams geschaut, welche Aufgaben sich die Genesungsbegleitenden vorstellen könnten und wie deren eigene Vorstellungen waren. Eine interviewte Person war z.B. Hobbykoch und übernahm so die Anleitung in der Kochgruppe. Die zweite stationär arbeitende Person übernahm zu Beginn die Philosophie-Gruppe. Im Rahmen der durch den Träger strukturierten Einführung der Genesungsbegleitung fanden bei einer Person **regelmäßig Feedbackgespräche** statt. Diese betrafen einmal das Stationsteam, welches am Ende des Praktikums Gelegenheit bekam, sich in Abwesenheit des Genesungsbegleiters zu äußern. Das (sehr positive) Feedback wurde dem Genesungsbegleiter in einer zweiten Runde in Anwesenheit des Teams durch die Stationsleitung mitgeteilt. Diese war auch die feste Ansprechpartnerin für Genesungsbegleiter und Teammitglieder bei Fragen oder Problemen. Sie führte zusätzlich ein Kurz-Feedback im Rahmen einer täglichen Absprache zu anstehenden Aufgaben mit dem Genesungsbegleiter durch. Ein Reflexionsgespräch mit der Projektmitarbeiterin des Trägers und zwei bis drei Genesungsbegleitern des Projektes finde zusätzlich alle zwei Monate statt.

## **Schlussfolgerungen und Implikation für die Praxis**

Die Implementierung eines Genesungsbegleiters ist eine große Veränderung für die Forensische Psychiatrie in Rostock. Das Konzept war bis vor Kurzem nur wenigen Mitarbeitenden bekannt und wurde kontrovers diskutiert. Die Bedenken, welche in den Fokusgruppen geäußert wurden, ähneln denen, die von anderen Kliniken formuliert wurden und die in der Literatur gefunden wurden. Durch die Gespräche und die Literaturrecherche wurde jedoch auch deutlich, dass die Klinik für Forensische Psychiatrie bei der Implementierung des Genesungsbegleiters auf einem guten Weg ist und bereits viele Empfehlungen aus der Allgemeinpsychiatrie umsetzt (z.B. Mitarbeiterschulungen zum Thema und zwei Praktika des angehenden Genesungsbegleiters im Haus). Wissenslücken bestehen derzeit noch im Bereich forensikspezifischer Besonderheiten bei der Implementierung. Im weiteren Verlauf wurde die geplante Implementierung daher engmaschig begleitet und evaluiert. Es waren und sind regelmäßige Gespräche mit Mitarbeitenden, Genesungsbegleiter und Patientinnen bzw. Patienten geplant, um das Implementierungskonzept bei Bedarf zeitnah anpassen zu können. Gespräche und Anpassungen sowie auffallende Abweichungen von der bisherigen Literatur werden dokumentiert. Existierende Leitfäden sollen perspektivisch an deutsche und forensische Verhältnisse adaptiert werden.

## Literatur

- Adams, W. E., & Lincoln, A. K. (2019). Forensic Peer Specialists: Training, Employment, and Lived Experience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. <https://doi.org/10.1037/prj0000392>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, *65*(4), 429–441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Cramer, M., Hiller, S., Noltkämper, W., Reisch, L., & Wagner, E. (2015). *EX-IN im Bezirk Oberbayern. Endbericht zum Modellprojekt*.
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2019). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*(3), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C., & Brink, J. (2013). Supporting Recovery by Improving Patient Engagement in a Forensic Mental Health Hospital: Results From a Demonstration Project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *19*(3), 132–145. <https://doi.org/10.1177/1078390313489730>
- Repper, J. (2013). *Peer Support Workers: a practical guide to implementation*. <http://www.merseycare.nhs.uk/media/1213/imroc-briefing-7-a-practical-guide-to-implementation.pdf> (abgerufen am 15.06.2020)
- Repper, J., & Carter, T. (2010). *Using Personal Experience to Support Others with Similar Difficulties. A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services*. <https://doi.org/10.7748/en2014.02.21.9.15.s13>
- Wildenhues, A. (2014). *Experienced - Involvement (EX-IN). Der Einfluss der Ausbildung auf den Sense of Coherence. Eine empirische Untersuchung*. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen.