

Erforschung von Erfolgsfaktoren für eine berufliche Tätigkeit als Gene- sungsbegleiter / in nach Absolvieren der EX-IN-Ausbildung

Bachelorarbeit

im Studiengang Psychologie
mit dem Abschluss Bachelor of Science
an der FernUniversität in Hagen

Anna Lara Aly

Matrikelnummer: 6922457

Prüferin: Frau Prof. Dr. Christel Salewski

Abgabedatum: 22.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Hinweis.....	3
1. Einleitung.....	4
2. Die Inhalte der EX-IN-Ausbildung.....	4
3. Weitere Begriffsbestimmungen.....	6
3.1. Berufliche Tätigkeit.....	6
3.2. Psychiatrie-Erfahrener.....	7
3.3. Trialog.....	8
3.4. Recovery.....	9
3.5. Erfolg.....	9
4. Aktueller Forschungsstand.....	9
4.1. Forschung zur EX-IN-Ausbildung.....	9
4.2. Forschung zur beruflichen Tätigkeit Psychiatrie-Erfahrener.....	11
4.3. Schlussfolgerungen und Ziel dieser Arbeit.....	14
5. Forschungsmethode.....	16
5.1. Die retrospektive Vergleichsstudie.....	16
5.2. Persönliche Position und Vorannahmen.....	19
5.3. Auswahl der Interviewpartner.....	21
6. Vorstellung der Ergebnisse.....	22
6.1. Allgemeine Angaben zu den Interviewpartnern.....	22
6.2. Ermittelte Erfolgsfaktoren.....	24
6.2.1. Persönliche Faktoren.....	24
6.2.1.1. Differenzierter Umgang mit Sprache.....	24
6.2.1.2. Hohe Vorbildung und ständige Weiterbildung.....	25
6.2.1.3. Initiative.....	25
6.2.1.4. Offenheit und Authentizität.....	27
6.2.1.5. Wunsch nach Veränderung der psychiatrischen Versorgung.....	28
6.2.1.6. Wunsch, der eigenen Erfahrung Sinn zu verleihen.....	29
6.2.1.7. Toleranz.....	30
6.2.1.8. Stabilität.....	31
6.2.2. Strukturelle Faktoren.....	32
6.2.2.1. Stellung innerhalb des Teams.....	32
6.2.2.2. Vermeidung von Mehrfachrollen.....	33
6.2.2.3. Formale Anerkennung der Ausbildung.....	35
6.2.2.4. Verankerung des Trialog in der gesamten Organisation.....	36
6.2.2.5. Vergütung der Tätigkeit.....	38
7. Feedback und Diskussion der Ergebnisse mit weiteren EX-IN-Absolventen.....	40
8. Konklusionen.....	44
8.1. Die ermittelten Erfolgsfaktoren und deren Gültigkeit.....	44
8.2. Der gesellschaftspolitische Aspekt der EX-IN-Bewegung.....	46
8.3. Der aktuelle Stand von Betroffenheit als beruflicher Qualifikation.....	47
9. Persönliche Vision und Ausblick.....	49
10. Danksagung.....	51
11. Literatur.....	52

Hinweis

In dieser Arbeit wird außer in der Überschrift zum Zweck der besseren Lesbarkeit sowie insbesondere zum Zweck der Arbeitserleichterung für die Verfasserin durchgängig die männliche Form verwendet. Es sei hiermit ausdrücklich darauf verwiesen, dass stets beide Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung

Der Einbezug von Erfahrungsexperten als Mitarbeiter in psychiatrische Hilfeangebote wird von der WHO (2004, S. 67 ff.) empfohlen und insbesondere im englischsprachigen Raum ist dieser Ansatz bereits flächendeckend und mit belegbarem Erfolg umgesetzt worden. Die Qualität herkömmlicher psychiatrischer Versorgung kann hierdurch in vollem Umfang gewährleistet und teilweise sogar insofern überboten werden, als in einigen Studien bei Einsatz von Erfahrungsexperten eine höhere Zufriedenheit der Nutzer des psychiatrischen Systems und eine größere Reduzierung von deren Lebensproblemen erhoben wurde (vgl. Davidson et al. 2006, S. 165 ff.). Es zeigt sich, dass der Einbezug von Betroffenen sich positiv sowohl auf die Nutzer der Unterstützung als auch auf die Unterstützenden selbst auswirkt. Die Befürchtung, die als Mitarbeiter eingesetzten Erfahrungsexperten könnten durch diese Tätigkeit überlastet oder anderweitig destabilisiert werden, bestätigte sich nicht. Im Gegenteil stellte sich heraus, dass sie trotz weiterhin bestehender psychiatrischer Symptomatik nach Aufnahme der Tätigkeit über ein besseres soziales Netzwerk verfügten, eine höhere Lebenszufriedenheit aufwiesen und weniger von Selbststigmatisierung betroffen waren.

Der Kerngedanke der Forderung nach dem Einbezug von Betroffenen in die psychiatrische Versorgung ist so einfach wie bestechend: Die gemeinsame Ausgangsbasis von Betroffenen und Helfer soll es gegenüber der oftmals von den Nutzern als entmündigend, stigmatisierend und wenig hilfreich empfundenen bestehenden psychiatrischen Behandlung möglich machen, in einer gemeinsamen Sprache über Erlebnisse statt ausschließlich über Symptome zu kommunizieren und eine von Akzeptanz, Verständnis und Empathie getragene Beziehung einzugehen. Der Erfahrungsexperte kann authentisch das Gefühl von Hoffnung und Glaube an die Möglichkeit der Weiterentwicklung vermitteln, indem er in seiner Person selbst als Symbol dafür steht, dass die gegenwärtige Krise überwunden werden kann (Utschakowski 2012, S. 15 f.).

2. Die Inhalte der EX-IN-Ausbildung

Aufgrund des Wissens, dass der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen als Mitarbeiter in die psychiatrische Versorgungslandschaft zu einer Verbesserung

der Behandlungsqualität führt, startete die EU 2005 ein Programm zur Förderung des Curriculums „Experienced Involvement“ (EX-IN), welches Psychiatrie-erfahrene Menschen zu Genesungsbegleitern ausbildet (vgl. Bock 2012). Erklärtes Ziel ist die Qualifizierung der Teilnehmer für eine Tätigkeit im psychiatrischen Bereich.

In Berlin handelt es sich bei der EX-IN-Ausbildung um einen modular aufgebauten Kurs. Aktuell setzt er sich aus elf jeweils zwei- bis dreitägigen Terminen zusammen, die über den Zeitraum von einem Jahr auf einen Basiskurs und auf einen Aufbaukurs aufgeteilt sind. Der Basiskurs umfasst die Themenbereiche Erfahrung und Teilhabe, Empowerment, Gesundheit und Wohlbefinden, Dialog sowie Recovery. Der Aufbaukurs setzt sich aus den folgenden Modulen zusammen: Betroffenenfürsprecher, Selbsterforschung, Beratung und Begleitung (zwei Termine), Assessment, Lehren und Lernen, Abschluss.

Auf dem Flyer zu dem laufenden Kurs stellt die EX-IN-Ausbildung sich selbst folgendermaßen vor:

EX-In wurde als europäisches Pilot- Projekt 2005 – 2007 gefördert.

Ziel des Projektes ist die Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen (Menschen, die eine schwere psychische Krise durchlebt haben), die auf dem Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen basiert. Die Ausbildung soll dafür qualifizieren, als MitarbeiterIn in psychiatrischen Diensten oder als DozentIn in Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig zu werden. Die Ausbildung soll den Einfluss des Wissens von ExpertInnen durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem stärken und zu zufriedenstellenderen, weniger diskriminierenden Angeboten beitragen.

(...)

Die grundlegenden Ziele der Ausbildung zur ExpertIn durch Erfahrung können folgendermaßen beschrieben werden:

- der Ver-rückung einen individuellen und kollektiven Sinn geben
- die Entwicklung von Erfahrenen-Wissen (vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen)
- die Auseinandersetzung mit und die Erweiterung von Erklärungsweisen und Methoden in der Psychiatrie
- die Statusverbesserung von Psychiatrie-Erfahrenen (Qualifikation, Einkommen)

Die Einbeziehung von ExpertInnen durch Erfahrung kann dazu angetan sein, das gesamte Verständnis und Vorgehen psychiatrischer Intervention zu verändern.

In dem Projekt gehen wir von folgenden Grundsätzen aus:

- Jeder Mensch hat das Potential zur Genesung.
- Jede Person kann Verantwortung übernehmen und an allen Entscheidungen, die sie betrifft, beteiligt sein.
- Jeder Mensch weiß, was hilfreich für ihn/sie ist.

Die Kosten für eine Kursteilnahme belaufen sich gegenwärtig auf monatlich

45,- €. Zu Ende des Kurses ist vorgesehen, dass jeder Teilnehmer ein Portfolio zu seinen persönlichen Stärken und Zielen erstellt. Dieses wird nicht bewertet, die Abgabe desselben ist jedoch Voraussetzung für das Erhalten eines Abschlusszertifikats.

In meinen Interviews äußerten sich diejenigen fünf¹ von meinen insgesamt sieben Interviewpartnern, die den Kurs aus eigener Initiative heraus besucht hatten, nicht nur als rundum zufrieden mit dem Curriculum und der Art und Weise der Lehre, sie äußerten sich darüber hinaus auch überwiegend geradezu enthusiastisch über die Wirkung, welche die Ausbildung im Sinne einer Selbsterfahrungsgruppe auf sie ausgeübt hätte, und mehrere von ihnen betonten, die Teilnahme an einem EX-IN-Kurs könnten sie prinzipiell jedem Menschen empfehlen - nicht nur Psychiatrie-erfahrenen.

3. Weitere Begriffsbestimmungen

In dieser Arbeit werden neben „EX-IN“ einige weitere Termini verwendet, deren Bedeutung ich vorab klären möchte:

3.1. Berufliche Tätigkeit

Nerdinger, Blickle und Schaper (2001) führen aus, der Beruf diene *„der langfristigen Schaffung, Erhaltung und Weiterentwicklung der Lebensgrundlagen für den Berufstätigen und seiner Familie“* (ebenda, S. 189), und dies ist eben jene Definition von Beruf, die dem durch das Grundgesetz gesicherten Recht auf freie Berufswahl zugrunde liegt (Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz). Zentral für die folgenden Ausführungen ist, dass es sich bei einem Beruf demnach um eine Tätigkeit handelt, die dazu geeignet sein muss, die finanziellen Lebensgrundlagen des beruflich Tätigen zu sichern. Dies bedeutet, dass ein Beruf eine Vergütung bedingt, welche die Existenzgrundlage des Ausübenden schaffen, erhalten und weiterentwickeln kann.

Semmer und Udris (2004) benennen über die Sicherung der Lebensgrundlage hinaus fünf psychosoziale Funktionen von Arbeit:

- Aktivität und Kompetenz

¹ Überarbeitung vom 13.10.2013: Die in der als Bachelorarbeit eingereichten Fassung gemachte Angabe von „sechs“ statt „fünf“ ist, wie dem weiteren Kontext entnommen werden kann, selbstverständlich falsch.

- Zeitstrukturierung
- Kooperation und Kontakt
- soziale Anerkennung
- persönliche Identität

Und Franke-Diel (2011) betont auf die ehemals bahnbrechenden Studienergebnisse Jahodas (1983) zur Funktion von Arbeit Bezug nehmend:

Unsere Identität, unser Stolz, unsere soziale Anerkennung hängen davon ab, wie eine bestimmte Arbeit in der Gesellschaft bewertet wird. Arbeit dient somit nicht nur der Existenzsicherung, sondern auch der sozialen Sicherung. (Franke-Diel 2011, S. 13)

Den herausragenden Einfluss von Arbeit auf die Gesundheit haben Paul und Moser (2001) in einer Metaanalyse herausgearbeitet: Nach ihren Ergebnissen sind die Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die psychische Gesundheit deutlich größer als die Auswirkungen von psychischer Verfassung selbst auf die berufliche Position (ebenda, S. 104). Auch Amering und Schmolke (2007) als professionell Tätige innerhalb der psychiatrischen Versorgung halten fest:

Die Teilnahme am Arbeitsleben spielt eine entscheidende Rolle für die Bewältigung von Alltag und Erkrankungsrisiko. Sowohl aus therapeutischer Sicht als auch aus Sicht der Patienten sind Hilfsangebote, die den Einstieg oder Wiedereinstieg in Ausbildungs- oder Arbeitssituationen ermöglichen, ein wesentlicher Schritt zur Lebensqualität und zur Verhinderung von Rückfällen und Chronifizierung. Auch für gesunde Menschen bedeutet der Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes eine schwere psychische Beeinträchtigung. Neben den bedrohlichen Auswirkungen auf die existenzielle Situation leiden Selbstwert und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Auch das soziale Netzwerk – ebenfalls eine Variable, deren Beitrag zur Verminderung von Pathologie und Vermehrung von Lebensqualität hinlänglich bekannt ist – und die soziale Integration hängen direkt damit zusammen, ob Arbeitstätigkeit möglich ist. (ebenda, S. 214 f.)

Wie eng Beruf und psychische Gesundheit miteinander verwoben sind, wird im Lauf dieser Arbeit mehrfach Thema sein.

3.2. Psychiatrie-Erfahrener

Die WHO definiert Psychiatrie-Erfahrene als

...people who have or have had a mental disorder and have also been involved in the health care system. (WHO 2004, S. 67)

Ein Psychiatrie-Erfahrener ist damit jemand, der nicht nur von psychischer Erkrankung betroffen oder betroffen gewesen ist, sondern der darüber hinaus auch professionelle Hilfe erhalten hat - sei es im ambulanten oder im stationären Versorgungsbereich. Die Begriffe *Psychiatrie-Erfahrener*, *Erfahrungsexperte* und *Betroffener* werden im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendet.

3.3. Trialog

Das Wort „*Trialog*“ wurde 1989 geprägt - zugleich mit der Einführung der so genannten Psychose-Seminare, in welchen sich seitdem Betroffene, Angehörige und Profis zu einem „*herrschaftsfreien Diskurs*“ im Sinne von Habermas (1981) begegnen und austauschen - und bezeichnet die „*gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw.*“ (Bock, Buck & Meyer 2009, S. 5). Thomas Bock, als einer der Mitbegründer dieses Ausdrucks, hat mich im Rahmen meiner Nachforschungen zur Herkunft des Begriffs darauf aufmerksam gemacht, dass dieser sprachlich insofern fragwürdig ist, als es korrekterweise auch hier „*Dialog*“ heißen müsste, da Dialog sich aus dem griechischen „*dya*“ (zwischen) ableitet und nicht aus der Vorsilbe „*di-*“ im Sinne von „zwei“, so dass es keine Rolle spielt, wie viele Beteiligte es an einem Dialog gibt (persönliche Mitteilung vom 8.11.2012). Ich hatte tatsächlich bereits überlegt, dass ich, da im Rahmen dieser Arbeit nur die Zusammenarbeit von Erfahrungsexperten und Profis behandelt wird und die Rolle der Angehörigen nicht untersucht wird, eigentlich wohl konsequenterweise das Wort „*Dialog*“ benutzen müsste, da ich genau der Annahme erlegen war, „*Trialog*“ müsste prinzipiell immer die drei Gruppen Betroffene, Angehörige und Profis berücksichtigen, um sich „*Trialog*“ nennen zu können. Insofern ich jedoch durch Thomas Bock eines besseren belehrt worden bin, verwende ich nun auch hier durchgängig den Begriff *Trialog* als einen Fachbegriff, der sich mittlerweile eingebürgert hat, um eine Haltung der Augenhöhe und Partnerschaft zwischen den jeweils aufeinander treffenden der oben genannten Gruppen auszudrücken.

3.4. Recovery

Dieser Begriff stammt aus der Betroffenenbewegung und ist nach Anthony definiert als

...ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln. (Anthony 1993, S.13)

Und Amering und Schmolke (2007) umreißen Recovery kurz als

(...) Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben (ebenda, S. 17)

Recovery ist insofern vornehmlich als ein prozesshaftes Geschehen zu verstehen und weniger als ein zu erreichender Idealzustand. Die Hoffnung auf und die überzeugte Annahme der Möglichkeit zu vollständiger Genesung zu jedem möglichen Zeitpunkt, auch nach lange anhaltender, schwerer psychischer Erkrankung ist zentraler Ausgangspunkt des Konzepts.

3.5. Erfolg

Nach Martens und Kuhl (2011) kann Erfolg durch das Erreichen selbst gesetzter Ziele verstanden werden. In dieser Arbeit gehe ich davon aus, dass der Erfolg einer beruflichen Tätigkeit als Genesungsbegleiter sich zusammensetzt aus der objektiv überprüfbaren Tatsache, dass jemand eine bezahlte Tätigkeit als Genesungsbegleiter ausübt, und aus der subjektiven Empfindung des Tätigen, bei der Ausübung dieser Tätigkeit seine Vorstellungen über eine für ihn optimale Ausführung derselben realisieren zu können.

4. Aktueller Forschungsstand

4.1. Forschung zur EX-IN-Ausbildung

Die Wirkung der EX-IN-Ausbildung an sich auf deren Teilnehmer ist bisher im deutschsprachigen Raum ausschließlich von der Universität Bern wissen-

schaftlich untersucht worden. Hier fand eine Studiengangsevaluation parallel zu der EX-IN-Ausbildung statt. Die Ausbildung ist in Bern als Weiterbildung an der Berner Fachhochschule für Gesundheit angesiedelt und schließt mit einem Diploma of Advanced Studies ab. Zu Beginn der Weiterbildung haben 16 Personen den Fragebogen ausgefüllt, zum Abschluss 12 der Teilnehmer. Hegedüs und Steinauer (2013) geben an, einzig die Selbstwirksamkeitserwartung der teilnehmenden Erfahrungsexperten habe sich innerhalb dieses Zeitraums statistisch signifikant zum Positiven hin verändert, die Veränderung aller anderen abgefragten Parameter zum allgemeinen Wohlbefinden, namentlich Well-being, Selbstbeobachtung und Hoffnung, lag jeweils unterhalb dessen, was als statistisch signifikant betrachtet wurde - die Veränderung von Hoffnung allerdings nur knapp mit einem p-Wert von 0.06. Der allgemeine Gesundheitszustand der Studierenden nahm insgesamt etwas ab, was auf die zusätzliche Belastung durch das Studium zurückgeführt wurde, die Zufriedenheit mit Anzahl und Qualität von Freundschaften nahm jedoch zu. Dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Studienteilnehmer sich signifikant verändert hat, während die Belastungsreaktionen vernachlässigbar gering ausfielen, muss als überaus positives Resultat gewertet werden. Zum Zeitpunkt des Studienabschlusses war die berufliche Zukunft der Absolventen zwar noch unklar (Hegedüs, Steinauer & Abderhalden 2012, S.27), die Erwartung an die beruflichen Perspektiven waren jedoch vielfältig: Die Absolventen nannten als angestrebte Tätigkeitsfelder unter anderem die Leitung einer Selbsthilfegruppe, Vorträge halten, telefonische Beratung, Peer-Arbeit, Mitarbeit in Vorständen sowie Mitwirkung in Seminaren und Vorträgen. Die Vorstellungen zum Umfang der beruflichen Veränderungen in der nahen Zukunft waren insgesamt recht unterschiedlich, einige Absolventen wollten keine Veränderungen vornehmen und nicht als Genesungsbegleiter beruflich tätig werden, andere wünschten sich eine selbst tragende Beschäftigung ohne Rente.

Jörg Utschakowski, EX-IN-Koordinator von F.O.K.U.S. / Initiative für Soziale Rehabilitation e.V., hat mir im Rahmen dieser Arbeit von elf Absolventen der EX-IN-Ausbildung in Deutschland Fragebögen mit je 18 Fragen zukommen lassen, welche diese wie in Bern jeweils zu Beginn und Ende des Kurses ausgefüllt haben. Diese Daten sind bisher nicht ausgewertet und deshalb nicht veröffentlicht. Meine eigene Auswertung dieser Daten - deren detaillierte Dar-

stellung den Rahmen dieser Arbeit leider sprengen würde, so dass ich hoffe, sie demnächst an anderer Stelle nachholen zu können - zeigt aber, dass auch hier einzig die Selbstwirksamkeitserwartung der EX-IN-Absolventen innerhalb des betrachteten Zeitraums signifikant angestiegen ist. Sie wurde erfasst als Bewertung der Aussage: „*Ich weiß mir selbst zu helfen*“ mit den sechs vorgegebenen Antwortmöglichkeiten: *absolut, ziemlich gut, weder gut noch schlecht, eher nicht, gar nicht* und *weiß nicht*. Das derzeitige Wohlbefinden der deutschen Kursteilnehmer korreliert darüber hinaus sehr stark mit der Frage „*Ich mache mir Sorgen, dass ich nicht genug Geld habe, um Essen zu kaufen und meine Rechnungen zu bezahlen.*“, beides hat sich zu Ende des Kurses verbessert. Ob hier ein Zusammenhang besteht zu der erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung, die sich auch auf eine bezahlte Arbeit beziehen könnte, ist eine Hypothese, die einer weiteren Überprüfung zu unterziehen lohnenswert sein könnte. Einschränkend muss leider eingeräumt werden, dass sich in den Fällen beider Evaluationen, sowohl derjenigen von Hegedüs & Steinauer als auch in meiner eigenen, ersterer vom Design her angelehnten Auswertung, um ordinale Daten sehr kleiner Gesamtgruppen handelt, so dass die Validität der Ergebnisse zweifelsohne anfechtbar ist. Dessen ungeachtet zeigt sich, gerade auch in der Übereinstimmung der Ergebnisse zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung, ganz klar ein sehr positiver Trend, der durch weitere Evaluationen erhärtet werden sollte.

4.2. Forschung zur beruflichen Tätigkeit Psychiatrie-Erfahrener

Neben den beiden Evaluationen der EX-IN-Weiterbildung selbst gibt es keinerlei systematische Forschung zu EX-IN im hiesigen Sprachraum. Insbesondere der weitere Werdegang von EX-IN-Absolventen nach Abschluss der Ausbildung ist bedauerlicherweise noch nicht systematisch untersucht worden. Was jedoch mittlerweile sehr wohl existiert, sind eine ganze Reihe veröffentlichter Erfahrungsberichte von Genesungsbegleitern sowie wissenschaftliche Forschung über Ergebnisse multiprofessionellen Arbeitens unabhängig von EX-IN: Ahenkan (2008), Arzt und Genesungsbegleiter, berichtet über seine Erfahrungen während eines Praktikums auf einer psychiatrischen Station mit integrierten Soteria-Elementen der Medizinischen Hochschule Hannover. Erfahrungsberichte über eine längerfristige berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiterin in einem multiprofessionellen Behandlungsteam finden sich unter an-

derem von Henke (2012), die über ihre Arbeit als Genesungsbegleiterin im trialogischen Team einer Tagesklinik berichtet, und von Hoffmann (2010), in deren Schilderungen über ihre Tätigkeit als Genesungsbegleiterin in einem Team der ambulanten Krisenbegleitung bereits viele der Punkte pointiert ausgeführt sind, die in dieser Arbeit ebenfalls Thema sein werden. Parallel zu den Erfahrungen von Hoffmann ist mit der Veröffentlichung von Floeth und Majewsky (2010) auch eine Beschreibung der Zusammenarbeit von Genesungsbegleitern und Profis aus der Sicht letztgenannter zugänglich. Diese fokussiert besonders die Eigenschaften von Genesungsbegleitern, welche ein professionelles Team in dessen Arbeit zusätzlich qualitativ bereichern können, so dass nach Floeth und Majewsky trialogisches Arbeiten zum besonderen Qualitätsmerkmal im Sinne des Qualitätsmanagements herangezogen werden kann. Das durch die Berliner Krisenpension und Hometreatment gGmbH umgesetzte *NetzWerk psychische Gesundheit* (vgl. Kleinschmidt 2010), welchem Hoffmann, Floeth und Majewksy angehören und das auf einem integrativen Versorgungsmodell mit Schwerpunkt auf der Begleitung von Klienten innerhalb von deren gewohntem sozialen Umfeld im Hometreatment basiert, wurde von Kleinschmidt und Calliess (2011) auf dessen Wirksamkeit im Vergleich zu stationären Behandlungen hin untersucht. Sie fanden eine hoch signifikante Verringerung der stationären Behandlungstage für die ICD10-Diagnosegruppen F2, F4, F5 und F6 auf 1%-Signifikanzniveau. Dies gibt erste Hinweise darauf, dass auch im deutschsprachigen Raum die Behandlung selbst schwerster psychiatrischer Erkrankungen mit multiprofessionell besetzten Teams, die systemisch orientierte Kriseninterventionskonzepte im Sinne des Need Adapted Treatment und des Open Dialogue (vgl. Aderhold et al. 2003) anwenden, der herkömmlichen psychiatrischen Versorgung nicht nur ebenbürtig sondern sogar überlegen sein kann, und deckt sich mit Erfahrungen aus anderen Regionen Deutschlands, wie sie Heißler (2011) für den Versorgungsraum Geesthacht beschreibt. Er rief bereits vor 14 Jahren das Projekt *Sensible begleiten* ins Leben, von welchem wichtige Impulse auf die entstehende EX-IN-Bewegung ausgingen. Erfahrungsexperten sind in Gheestacht in vielfältigen Funktionen angestellt, teilweise im Rahmen voll bezahlter Beschäftigungsverhältnisse (persönliche Mitteilung vom 23.11.2012), und ebenso wie im *NetzWerk psychische Gesundheit* findet auch hier der Einbezug von Erfahrungsexperten parallel zu einem starken Rückgang stationärer Versorgung zugunsten

einer Behandlung innerhalb des Lebensumfeldes der Betroffenen statt (Heißler 2010). Eine qualitative Studie von Kempen (2008) hat sich bereits vor meiner Arbeit speziell mit Erfolgsfaktoren für eine Tätigkeit von Betroffenen in einem trialogischen Team befasst und ermittelte als individuelle Ressourcen: Bewussten und dazu lernenden Umgang mit der Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung, Be- und Verarbeitung der Erfahrung, Evaluation der Erfahrung, Reflektion der Erfahrung als Mittel im Kontakt mit den Nutzern sowie Lernkompetenz. Als überindividuelle Ressourcen nennt sie: Belastbarkeit der betroffenen Mitarbeiter, angemessenen Umgang mit Belastbarkeit, förderliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen, ausgewogene Teamzusammensetzung und eine positive Haltung der Professionellen gegenüber der Betroffenenbeteiligung. Dies sind Ergebnisse, die sich im Wesentlichen in dieser Arbeit bestätigt haben. Jenseits des eher dürftigen Forschungsstands in den deutschsprachigen Regionen gibt es darüber hinaus insbesondere aus dem angelsächsischen Raum umfassende und fundierte Studienergebnisse, die Empfehlungen für einen gelungenen Systemwechsel in Richtung Betroffenenbeteiligung aussprechen (vgl. Rose et al. 2003).

Dass ein solcher Systemwechsel wesentlich mehr erfordert, als das einfache Anheuern von Genesungsbegleitern als zusätzlichen Mitarbeitern, sondern dass die gelungene Integration von Betroffenen als ebenbürtigen Kollegen innerhalb der psychiatrischen Versorgung einen Paradigmenwechsel weg vom patriarchalischen Behandler-Patienten-Modell und hin zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe bedingt, der sich nicht mehr vorwiegend an einer defizitorientierten Sichtweise orientieren kann, sondern bereit sein muss, den Schwerpunkt der Behandlungsführung auf Recovery-Konzepte zu stützen, zeigen eindrucksvoll Amering und Schmolke (2007). Ebenso betont dies auch Bock (2012a). Er unterstreicht die Wichtigkeit dem subjektiven Erleben von Patienten bei der Wahl der Behandlungsmethode Vorrang zu geben vor aller fachlichen Kompetenz.

Der Tatsache, dass der erfolgreiche Einbezug von Genesungsbegleitern in die Behandlung psychisch kranker Menschen einen grundsätzlichen Einstellungswechsel innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft erfordert, mag es geschuldet sein, dass trotz der gerade dargelegten viel versprechenden Er-

fahrungsberichte und Forschungsergebnisse die reale Umsetzung dieses Ansinnens hierzulande bisher kaum in zahlenmäßig nennenswerter Weise stattgefunden hat. Strukturelle Hindernisse aber auch Vorbehalte professioneller Kollegen und Entscheidungsträger können einer beruflichen Tätigkeit von Psychiatrie-erfahrenen Genesungsbegleitern entgegenstehen (vgl. Amering 2010) und von nicht wenigen der Genesungsbegleiter, die bereits eine berufliche Tätigkeit aufgenommen haben, werden Erfahrungen von Stigmatisierung durch Arbeitskollegen berichtet, so auch von einigen meiner Interviewpartner. Osterfeld (2011) hat beschrieben, mit welchen Widerständen von Teamkollegen sie zu kämpfen hatte, als sie nach bekannter psychischer Erkrankung ihre Arbeit als Psychiaterin wieder aufnehmen wollte. Forschungsergebnisse bestätigen, dass Psychiater eine ebenso große soziale Distanz zu Betroffenen aufweisen wie die Allgemeinbevölkerung (vgl. Lauber et al. 2006). Bei Bock (2000) findet sich hierzu stellvertretend für viele Betroffene die Aussage einer einzelnen:

Die Stigmatisierung, das Einbrennen eines Zeichens, geschieht nicht erst nach dem Psychiatrieaufenthalt durch Ausgrenzung und ungeschickte Bemerkungen der Mitmenschen, sondern im Wesentlichen innerhalb der Psychiatrie. (ebenda, S. 2)

4.3. Schlussfolgerungen und Ziel dieser Arbeit

Wie ausgeführt bewegen Genesungsbegleiter sich nach wie vor in dem ständigen Spannungsfeld, einerseits zum Abbau und der Überwindung von Stigmatisierung psychisch kranker Menschen beitragen zu wollen und zu sollen und dieses auch zu tun, gleichzeitig jedoch dabei selbst weiterhin eben dieser Stigmatisierung ausgesetzt zu sein und sich in dieser Gegebenheit persönlich und beruflich positionieren zu müssen. Bisher gibt es keine Forschungsergebnisse dazu, inwieweit diese Versuche in Deutschland gelingen und ob die Absolventen des EX-IN-Kurses beruflich zufriedenstellend als Genesungsbegleiter Fuß fassen konnten. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener nimmt eine kritische bis ablehnende Haltung gegenüber dem Programm ein und schreibt in einer Stellungnahme vom August 2009:

„Die bisherige Praxis ist nicht gut. Es werden Psychiatrie-Erfahrene in der EX-IN- Ausbildung akzeptiert, denen wir in der Selbsthilfe sagen würden: "Arbeite erst mal an Dir

selbst, bevor Du anderen helfen willst". In der Ausbildung wird viel theoretisiert. Bringt nichts. Um etwas zu lernen, muss man sich mit Menschen in seelischen Krisen abgeben. Frage einen Erfahrenen, keinen Gelehrten! Viele Ex-INler beginnen die Ausbildung in der Hoffnung auf einen Job. Für über 90% erfüllt sich diese Hoffnung nicht. Der Rest liegt irgendwo zwischen 1,- €-Job und 400,- €-Job. Status im System weit unter'm Pflegepersonal. Dass Psychiatrie-Erfahrene sich als Mitarbeiter ins psychiatrische System begeben, hat wenig Sinn, solange dieses so wie jetzt ist. Anstatt dass das Erfahrungswissen der PE zur Verbesserung der Psychiatrie genutzt wird, müssen sich Psychiatrie-Erfahrene den Normen und Gepflogenheiten des Systems anpassen.“

Es zeigt sich deutlich, dass der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems nicht unumstritten ist und eine Reihe von Herausforderungen mit sich bringt. Dennoch wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass es erstrebenswert ist, sich genau diesen Herausforderungen bewusst zu stellen und nach gangbaren Lösungswegen zu suchen. Und in der Tat existieren viele Einzelpersonen, die genau diesen Ansatz bereits sehr erfolgreich leben.

Ziel meiner Forschung war es daher, sowohl für Erfahrungsexperten, die mit dem Gedanken spielen, ihre persönliche Erfahrung zum Beruf zu machen, als auch für potenzielle Arbeitgeber und Kollegen derselben Kriterien zu ermitteln, welche die gelungene Aufnahme einer Tätigkeit als Genesungsbegleiter zum gegenwärtigen Stand der Dinge als besonders wahrscheinlich und erfolgversprechend erscheinen lassen sowohl was die strukturellen als auch was die persönlichen Voraussetzungen betrifft. Anhand von qualitativen Befragungen von EX-IN-Absolventen habe ich Kriterien erarbeitet, die als Orientierungshilfe für Psychiatrie-Erfahrene und Institutionen dienen sowie auch als Grundlage für die Konzeption quantitativer Forschungsvorhaben genutzt werden können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang sich zu vergegenwärtigen, dass jedes Aufstellen von Kriterien zur möglicherweise theoretisch vorhandenen Vergrößerung der Chancen auf beruflichen Erfolg - in welchem Berufsfeld und für wen auch immer - zwangsläufig eine Verallgemeinerung darstellt, die nur Tendenzaussagen treffen kann. Diese mögen sich in Einzelfällen als vollkommen unzutreffend herausstellen. Es sollen deshalb die Ergebnisse dieser Arbeit nicht dazu dienen, verbindliche Standards zu schaffen sondern vornehmlich als grundlegender Richtungsweiser verstanden werden, der die Wahrnehmung schärfen kann für möglicherweise relevante Einflussbedingungen auf eine

gute Zusammenarbeit im Sinne des Dialog. Anforderungen an Einzelpersonen daraus ableiten zu wollen, etwa einseitig im Sinne eines Anforderungsprofils an EX-IN-Bewerber, liegt nicht in meiner Absicht und wäre auf Basis der mit meinen Methoden erhobenen Ergebnisse auch rein methodologisch falsch, da formal unzulässig.

5. Forschungsmethode

Wie bereits angegeben gibt es abgesehen von den von mir oben bereits erwähnten ersten Evaluationsergebnissen zu der Wirkung der EX-IN-Ausbildung auf deren Teilnehmer noch keinerlei systematische Forschung über die Situation der EX-IN-Absolventen im deutschsprachigen Raum. Auch bewegen wir uns in einem Feld, in welchem wir unter Umständen überhaupt noch nicht ausreichend gelernt haben, zur Erhebung der Qualität die richtigen Fragen zu stellen. Und noch ein weiterer Punkt sprach für mich für ein qualitatives Herangehen an die Fragestellung: Es geht um die Suche nach Erfolgsfaktoren. Wichtig ist daher, zunächst einmal völlig ungeachtet der Frage, wie viele Absolventen denn im psychiatrischen Kontext bereits beruflich erfolgreich sind, diejenigen zu finden, bei welchen dies der Fall ist, und dann zu eruieren, was genau ihren Erfolg ausmacht und eventuell auch, ob es spezifische Faktoren gibt, die sie genau hierin von weniger erfolgreichen Absolventen unterscheiden.

5.1. Die retrospektive Vergleichsstudie

Aufgrund der dargelegten Überlegungen entschied ich mich dafür, eine retrospektive Vergleichsstudie durchzuführen. Als Interviewmethode wählte ich das episodische Interview nach Flick (2011, S. 238 ff.), welches versucht, die Vorteile von narrativem Interview und Leitfadeninterview zu verbinden (vgl. Schütze 1983, Giereth 2011). Ausgangspunkt dieser Vorgehensweise ist die Grundannahme, dass Menschen Erfahrungen einerseits als narrativ-episodisches Wissen abspeichern, welches erfahrungsnah und bezogen auf konkrete Situationen und Umstände organisiert ist, und dass dieses Wissen am besten über das Erzählen erhoben und analysiert werden kann und dass andererseits abstrahierte, verallgemeinerte Zusammenhänge und Annahmen der Interviewpartner in Form von semantischem Wissen abgespeichert sind, das am besten über konkret-zielgerichtete Fragen ermittelt wird. Beide Arten der Wissensspeicherung sollen gleichermaßen berücksichtigt und abgefragt werden. Kern-

punkt dieser Interviewform ist deshalb das regelmäßige Auffordern zum Erzählen von Situationen. Anders als im narrativen Interview existiert dabei zugleich ein Leitfaden, anhand dessen der Interviewer moderierend in die Erzählungen eingreifen kann.

Zur Auswahl der Interviewpartner hielt ich mich an das theoretische Sampling nach Glaser und Strauss (1998), welches beinhaltet, dass parallel zu den Interviews jeweils die Ergebnisse ausgewertet und anhand der gewonnenen Ergebnisse die neuen Interviewpartner ausgewählt und interviewt werden sowie dass eine eventuelle Modifikation des Leitfadens vorgenommen wird:

Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorien zielenden Prozess der Datensammlung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel sammelt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als Nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind, um seine Theorie zu entwickeln, während sie emergiert. Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die im Entstehen begriffene (...) Theorie kontrolliert. (ebenda, S. 53)

Mein Ziel war es, in Bezug auf die von mir ermittelten Kategorien jeweils möglichst unterschiedliche Interviewpartner zu finden und zu überprüfen, ob die von mir aufgestellten Kategorien sich dennoch weiterhin bestätigen ließen.

Die Auswertung der von mir zunächst jeweils direkt im Anschluss an die Aufnahme transkribierten Interviews erfolgte durch theoretisches Kodieren. Hinsichtlich der Kategorisierung des Datenmaterials kommt hier anfänglich primär das offene Kodieren zum Einsatz, mittels dessen ein erster Überblick über die Fülle der Daten gewonnen wird, im Verlauf fortschreitender Klarheit über die gefundenen Hauptkategorien überwiegt zu Ende der Studie zunehmend das axiale Kodieren, durch welches die im offenen Kodieren gefundenen Kategorien differenziert und verfeinert werden (vgl. Strauss & Corbin 1996).

Der Leitfaden, den ich jeweils benutzte, änderte sich aufgrund dieser Tatsache im Laufe der verschiedenen Interviews geringfügig, enthielt jedoch im Wesentlichen durchgehend die folgenden Fragen:

- Kannst du mir erzählen, wie du dazu kamst, die EX-IN-Ausbildung zu machen?

- Wie fandest du die Ausbildung?
- Wie ging es für dich persönlich nach der EX-IN-Ausbildung weiter?
- Was hast du vorher beruflich gemacht?
- Wie nimmst du die Anerkennung deiner Qualifikation als Genesungsbegleiter wahr?
- Welches sind deiner Meinung nach die persönlichen Voraussetzungen dafür, erfolgreich als Genesungsbegleiter arbeiten zu können?
- Wie schätzt du die Zusammenarbeit von Profis und Erfahrungsexperten ein?
- Kannst du mir etwas über deine eigenen psychischen Krisen vor und nach der EX-IN-Ausbildung erzählen, sofern sie sich auf dein Berufsleben ausgewirkt haben?
- Inwieweit würdest du anderen Psychiatrie-Erfahrenen die Teilnahme an EX-IN empfehlen?
- Welche zukünftigen Entwicklungen der Arbeitsbedingungen würdest du dir für Genesungsbegleiter wünschen?

Die Tatsache, dass ich die Interviewpartner durchgängig geduzt habe, hat zwei Gründe: Der erste ist, dass mir die ersten Interviewpartner bereits persönlich bekannt waren. Der zweite Grund ist, dass ich feststellte, dass ich selbst es einfacher fand, die genannten Fragen zu stellen, wenn ich mittels der Benutzung des *Du* eine, wie mir schien, persönlichere Atmosphäre herstellte. Dies ging so weit, dass ich einen Interviewpartner, der mich im Rahmen seines Arbeitsumfeldes der Situation entsprechend mit *Sie* begrüßte, darum bat zum *Du* wechseln zu dürfen. Entsprechend der theoretischen Vorgabe für episodische Interviews stellte ich diese Fragen nicht der Reihe nach und auch nicht in jedem Interview explizit sondern ich passte mein Frageverhalten den Erzählungen der Interviewpartner an und stellte die Fragen dann, wenn es entweder inhaltlich gut passte oder ich den Eindruck hatte, dass der Interviewpartner nicht von selbst auf einen Punkt zu sprechen kommen würde, der mich in-

teressierte. Am Ende der Interviews notierte ich mir außerdem jeweils Datum und Ort sowie eine Reihe von allgemeinen Angaben zum Interviewpartner: Dessen Alter und Geschlecht, seinen Beziehungsstatus, Anzahl und Alter von Kindern, Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an der EX-IN-Ausbildung, die aktuelle berufliche Situation, die aktuelle finanzielle Situation sowie weitere berufliche Qualifikationen des Interviewpartners neben EX-IN.

Aufgrund der Tatsache, dass einige meiner Interviewpartner Wert auf Anonymität legen, versuche ich, diese bei der Darstellung der Ergebnisse so weit als nur möglich zu wahren. Die EX-IN-Szene ist allerdings relativ klein und es ist unvermeidbar, dass Vorgesetzte, Kollegen und Bekannte teilweise allein durch die Beschreibung der Erstausbildung oder der gegenwärtigen Beschäftigung bereits eindeutige Rückschlüsse ziehen können, um welche Person es sich bei dem jeweiligen Interviewpartner handelt. Um dennoch möglichst wenig von deren eigentlichen Aussagen zuordenbar zu machen, habe ich mich entschieden, auf eine Beschreibung von Einzelfällen und deren Aussagen vollständig zu verzichten. In dieser Arbeit trifft man auf keinerlei „Frau H.“ oder „Herrn K.“ sondern nur ganz allgemein auf sieben Interviewpartner, die alle in der männlichen Form beschrieben werden. So lässt sich nicht über verschiedene Kategorien hinweg rückverfolgen, welcher Interviewpartner jeweils welche Aussagen getroffen hat und es entstehen keine Gesamteindrücke von einzelnen Persönlichkeiten. Vorgestellt werden nur die sich aus den Gesprächen in ihrer Gesamtheit ergebenden Kategorien. Zitate von Interviewpartnern sind jeweils eingerückt in den laufenden Text eingefügt ohne speziellen Personen zugeordnet zu werden.

5.2. Persönliche Position und Vorannahmen

Einer der drei von Strauss und Corbin (1996) benannten Ansätze, wie ein Forschungsthema gefunden werden kann, ist persönliches Interesse an der Fragestellung und dieser ist auch mein Ansatz. Während meiner eigenen dreijährigen beruflichen Tätigkeit für einen psychosozialen Träger in Berlin waren eine Reihe meiner Kollegen dort als Genesungsbegleiter angestellt. Ich war stets fasziniert und beeindruckt von deren Mut, sich offen zu Ihrer Krankheit zu bekennen und sich auf das Experiment einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den professionellen Kollegen bewusst einzulassen, bei dem sie meiner persönlichen Wahrnehmung nach eindeutig mehr zu riskieren hatten als

die Profis. Ich interessierte mich immer mehr für die Frage, wie es um das Gelingen dieses Experiments denn aus ihrer persönlichen Sicht heraus eigentlich bestellt war. Die Unternehmensleitung unterstütze die Umsetzung des Dialog mit bemerkenswertem Engagement und ich selbst war kurzzeitig für die Moderation des dialogischen Beirats verantwortlich. Dennoch meinte ich gelegentlich, Unterschiede und auch Ungerechtigkeiten wahrnehmen zu können. Gleichzeitig waren viele der Genesungsbegleiter offensichtlich sehr zufrieden mit Ihrer Tätigkeit und erfüllten sie ebenso gut wie ihre Kollegen. Was war es, was sie zufrieden machte? Und warum warfen andere Kollegen enttäuscht das Handtuch? Ich hatte nicht allzu viel Zeit und Muße, diesen Fragen detaillierter nachzugehen, bis ich im Rahmen dieser Arbeit mir vor den Interviews Gedanken dazu machte, mit welchen Vorannahmen ich selbst meinen Interviewpartnern gegenüberzutreten würde. Nach einigem Nachdenken hatte ich folgende Faktoren zusammengestellt, von denen ich vorab annahm, dass sie die Zufriedenheit der Genesungsbegleiter mit ihrer aktuellen beruflichen Situation beeinflussen könnten:

- Ich ging davon aus, dass die Höhe der Vergütung eine zentrale Rolle hinsichtlich der beruflichen Zufriedenheit spielt.
- Die Akzeptanz der Genesungsbegleiter durch ihre professionellen Kollegen war ein weiterer wichtiger Aspekt. Ich vermutete, dass umso höhere Zufriedenheit im Beruf besteht, als je besser das Verhältnis zu den Kollegen empfunden wird und insbesondere je mehr Gleichwertigkeit bzw. „Augenhöhe“ zwischen Profis und Erfahrungsexperten tatsächlich gelebt wird.
- Überdies nahm ich an, dass auch die eigene psychische Stabilität der Genesungsbegleiter wichtigen Einfluss auf die berufliche Situation und die darin erlebte Zufriedenheit ausübt in dem Sinne, dass erhöhte Stabilität mit höherer Zufriedenheit einhergeht.
- Außerdem hegte ich den Verdacht, dass Genesungsbegleiter mit höherer Vorbildung es einfacher haben könnten beruflich erfolgreich zu sein, als ihre weniger gebildeten Kollegen.

5.3. Auswahl der Interviewpartner

Da ich bereits sowohl beruflichen als auch privaten Kontakt zu einigen Genesungsbegleitern hatte und fast alle bereit waren, sich von mir befragen zu lassen und mir weitere Interviewpartner zu vermitteln, konnte ich auf einen großen Pool potenzieller Interviewpartner zugreifen. Darüber hinaus hatten sich auch auf eine Anfrage im Rahmen eines EX-IN-Treffens hin einige Genesungsbegleiter mit ihren Kontaktdaten in eine Liste für mich eingetragen. Ich nutzte dies dahingehend, dass ich bewusst versuchte, möglichst unterschiedliche Partner auszuwählen. Woran genau ich „unterschiedlich“ jeweils festmachte, entschied ich, wie bereits erläutert, nach der Auswertung des jeweils vorhergehenden Interviews. Als Gegensatzpaare entpuppten sich auf diese Art und Weise:

- Mir persönlich bekannt versus mir vor dem Interview unbekannt
- aktuell in einem Beschäftigungsverhältnis versus aktuell ohne Beschäftigung als Genesungsbegleiter
- Zufrieden mit der Stellung im Team versus in intra- und interpersonale Konflikte verwickelt
- professionelle Vorbildung versus keine vorherige Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich
- beschäftigt bei einem freien Träger versus angestellt in einer Klinik
- mit abgeschlossener EX-IN-Ausbildung versus Erfahrungsexperte ohne EX-IN-Ausbildung.

In einem einzelnen Interview konnten im Vergleich zu den vorhergehenden Interviews selbstverständlich jeweils mehrere Gegensatzpaare erfüllt sein. Insgesamt habe ich sieben verschiedene Interviews durchgeführt, die zwischen rund 30 und 100 Minuten dauerten.

6. Vorstellung der Ergebnisse

6.1. Allgemeine Angaben zu den Interviewpartnern

Das Alter meiner Interviewpartner lag zwischen 37 und 59 Jahren. Vier der Interviewpartner waren männlich, drei weiblich. Alle lebten und arbeiteten im Raum Berlin / Potsdam. Der Beziehungsstatus zum Zeitpunkt der Befragung war bunt gemischt: Zwei Interviewpartner waren Single und ohne Kinder, einer war Single und hatte zwei Kinder im Erwachsenenalter sowie ein Enkelkind, zwei waren unverheiratet in fester Partnerschaft lebend, einer davon in gleichgeschlechtlicher, zwei waren verheiratet, einer davon hatte drei Kinder, wobei zwei im Erwachsenenalter waren und eines davon ein Säugling, der andere verheiratete Interviewpartner hatte ebenfalls drei Kinder, diese waren im Alter zwischen einem Jahr und zwölf Jahren, er lebte von seiner Familie räumlich getrennt und hatte mehrmals wöchentlich Kontakt zu ihr.

Die Interviewpartner mit EX-IN-Ausbildung hatten diese im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 in Berlin begonnen, einer der Interviewpartner hatte keine EX-IN-Ausbildung absolviert.

Die Erwerbssituation der EX-IN-Absolventen zum Zeitpunkt der Befragung war: Drei der Interviewpartner lebten von Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente, einem weiteren war diese nach elf Jahren gerade aberkannt worden und er lebte nun von HartzIV, zwei der Interviewpartner bezogen ebenfalls neben Ihrem Einkommen für Tätigkeiten bei psychosozialen Trägern HartzIV. Die einzige von mir befragte Person, die ausschließlich von Ihrer aktuellen Erwerbstätigkeit lebte, hatte keine EX-IN-Ausbildung absolviert, dennoch habe ich sie im Laufe der Studie mit als Gesprächspartner ausgewählt. Dies geschah deshalb, da sie eine Stelle besetzte, die sowohl mit einem festem und zum Leben ausreichend hohen Gehalt vergütet wurde als auch auf dem Stellenplan des arbeitgebenden Klinikums regulär geführt wurde. Da sich genau eine solche Form der Festanstellung und Integration in das bisher bestehende psychiatrische System viele EX-IN-Absolventen wünschen, ich jedoch keinen finden konnte, der dies für sich erreicht hatte, hielt ich es für aufschlussreich, auch eine Person zu interviewen, die zwar keine EX-IN-Ausbildung abgeschlossen hatte, die jedoch die Art von Stelle besetzt, die viele EX-IN-Absolventen anstreben.

Die Interviews selbst fanden an Orten statt, die meine Interviewpartner ausgewählt hatten und waren im Einzelnen: Drei mal Gesprächsräume der Arbeitgeber, zweimal die eigene Wohnung der Interviewpartner, einmal der eigene Schrebergarten und einmal ein Nachbarschaftszentrum.

Der vor der Ausbildung zum Genesungsbegleiter durchlaufene Bildungsweg und die Berufserfahrung sahen folgendermaßen aus: Ein Interviewpartner hatte ein abgeschlossenes Studium zum Sozialarbeiter und auch mehrere Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich, einer hatte ein nicht abgeschlossenes Studium der Fächer Deutsch als Fremdsprache und Kulturwissenschaft und außerdem Berufserfahrung als Deutschlehrer an einer Sprachschule sowie als Barkeeper im Berliner Nachtleben. Einer hat eine Ausbildung zum Assistent für Elektronik / Datentechnik abgeschlossen und ein Studium der technischen Informatik begonnen, ein Interviewpartner hat ein Studium der Soziologie und der Informatik jeweils begonnen und beruflich als Abteilungsleiter einer Softwareentwicklungsfirma gearbeitet, einer hat eine Ausbildung zum pharmazeutisch-technischen Assistenten abgeschlossen sowie auch in diesem Bereich gearbeitet, ein Interviewpartner ist promovierter Arzt mit der Zusatzbezeichnung klassische Homöopathie und hat eine Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begonnen und ein Interviewpartner hat ein Studium der Patholinguistik abgeschlossen und als Lerntherapeut für Lese-Rechtschreibschwäche und als Arzthelfer gearbeitet. Alle waren durch Ihre psychische Erkrankung dazu veranlasst worden die genannten Berufsfelder aufzugeben.

Aktuell üben die Befragten an beruflichen Tätigkeiten aus: Einer gar keine, zwei arbeiten als Bezugsbegleiter in der ambulanten Krisenbegleitung, einer davon gleichzeitig als Dozent der EX-IN-Ausbildung und als Künstler, der andere von ihnen nimmt aktuell an der Weiterbildung zum EX-IN-Trainer teil, einer arbeitet als IT-Mitarbeiter bei einem psychosozialen Träger und macht in diesem Zusammenhang eine Weiterbildung zum Sicherheitsprüfer ortsveränderlicher Geräte, einer ist ehrenamtlicher Geschäftsführer eines Selbsthilfevereins zur bipolaren Störung und Peer Berater in einer auf die bipolare Störung spezialisierten Tagesklinik, ein Interviewpartner arbeitet in einer psychiatrischen Tagesklinik als Genesungsbegleiter sowie als Moderator im Psychoseminar und einer ist als Moderator und Erfahrungsexperte in ein Schulpro-

jekt zur Antistigmaarbeit involviert und macht ein Krankenpflegepraktikum mit Schwerpunkt auf der spirituellen Begleitung an Demenz erkrankter Menschen.

6.2. Ermittelte Erfolgsfaktoren

Ich hab irgendwie immer so im Hinterkopf gehabt: Wozu dient oder wozu ermächtigt - sag ich jetzt mal so, komisches Wort - aber wozu ermächtigt uns eigentlich diese Ausbildung? Welche Optionen sind dann offen?

Die Ergebnisse meiner Suche nach Erfolgsfaktoren für eine berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter setzen sich zusammen sowohl aus von mir identifizierten und für bedeutsam erachteten Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Eigenschaften und Lebenssituationen meiner Interviewpartner als auch direkt aus den von diesen selbst als relevant bezeichneten Faktoren.

6.2.1. Persönliche Faktoren

6.2.1.1. Differenzierter Umgang mit Sprache

Vor jeglicher Darstellung und Analyse der Inhalte der Interviews möchte ich auf einen für mich besonders faszinierenden Aspekt der Gespräche eingehen: Ausnahmslos alle Interviewpartner gingen auffallend gewählt mit ihrer Sprache und den von ihnen benutzten Begriffen um. Teilweise führte dies zu reichlich komplexen Sätzen, in denen konkretisiert, relativiert, umformuliert, ergänzt und erklärend hinzugefügt wurde. Viele der gängigen psychiatrischen Begriffe und auch viele andere wurden in einem einzigen Atemzug sowohl benutzt als auch hinterfragt. Einige Interviewpartner gaben an, die Sprache nicht zwischen ihre Wahrnehmung und das Erleben von Klienten stellen sondern gemeinsam Worte für persönliche Erfahrungen finden zu wollen und mehrfach wurde ich selbst während der Interviews unvermittelt gefragt, ob das gerade Erzählte für mich so nachvollziehbar wäre oder nicht.

Selbst hinsichtlich der Bezeichnungen ihrer eignen Tätigkeit wiesen die Interviewpartner keine Einheitlichkeit auf. Nur einer bezeichnete sich tatsächlich als „Genesungsbegleiter“, ein anderer nannte sich „Peer Berater“, einer vermied ganz bewusst die Möglichkeit eines direkten Rückschlusses auf die eigene Betroffenheit durch die Formulierung „ich bin in der ambulanten Krisenbegleitung beschäftigt“.

Dieser sehr bewusste und differenzierte Umgang mit dem Medium Sprache steht meiner Ansicht nach in direktem Zusammenhang mit den weiteren meine Interviewpartner verbindenden Persönlichkeitsmerkmalen und auch mit einigen der von mir ermittelten strukturellen Merkmale ihres jeweiligen Wirkungsumfeldes und verdient besondere Beachtung, da ja gerade der Umgang mit Sprache als einem der Hauptwerkzeuge in der Behandlung und Begleitung von psychisch kranken Menschen in der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Rolle einnimmt.

6.2.1.2. Hohe Vorbildung und ständige Weiterbildung

Meine Interviewpartner wiesen insgesamt eine sehr hohe formale Bildung auf. Alle bis auf einen hatten ein Hochschulstudium zumindest begonnen, der Interviewpartner ohne Hochschulerfahrung hatte sich im Selbststudium künstlerisch weiter gebildet und arbeitet bis heute unter anderem als freischaffender Künstler. Zudem hat er sich, wie einige andere auch, intensiv zum Thema psychische Erkrankung und psychische Gesundheit informiert und ausgebildet. Zwei der Interviewpartner bezeichnen sich als Autodidakten, auch ein anderer beschreibt sich als jemanden, der schon immer vielseitig interessiert war, ein weiterer sich als „Hans Dampf in allen Gassen“ und bei einem wieder anderen, den ich bei sich zu Hause interviewte, stand eine umfangreiche Sammlung von Weltliteratur zu den verschiedensten Fachbereichen wie Philosophie, Politik, Literatur und Kunst zu Hause im Regal. Mehrere Interviewpartner haben nach der EX-IN-Ausbildung noch weitere Ausbildungen oder Praktika absolviert.

6.2.1.3. Initiative

Alle Interviewpartner bis auf einen haben im Zuge ihrer Erkrankung und dem damit einhergehenden Verlust des bisherigen Arbeitsumfeldes die aktive und eigeninitiierte Entscheidung gefällt, ihre persönlichen und für sie sowohl essentiellen als auch existenziellen Erfahrungen zur Grundlage ihres weiteren Handelns machen zu wollen. Diese sechs Interviewpartner hatten ausnahmslos bereits vor der EX-IN-Ausbildung umfangreiche Schritte in diese Richtung unternommen und ihren eingeschlagenen Weg trotz verschiedener Rückschläge hartnäckig beibehalten. So etwa hatte ein Interviewpartner zunächst die Teilnahme am EX-IN-Kurs nicht antreten können, da er erneut in die Krise geraten und stationär aufgenommen worden war. Als er wieder aus dem Kran-

kenhaus entlassen war, kümmerte er sich jedoch sofort um ein Praktikum in dem von ihm anvisierten Bereich, so dass er schon zu dem Zeitpunkt, als der nächste EX-IN-Kurs begann, als Bezugsbegleiter in einem multiprofessionellen Team arbeitete und die EX-IN-Ausbildung berufsbegleitend absolvierte. Ein anderer schaffte es, trotz formaler Hürden und anfänglich großer Skepsis seiner Fallmanagerin, das Job-Center dazu bewegen können, durch einen Trick, wie er mir erklärte, die Kosten der EX-IN-Ausbildung zu übernehmen. Er erzählt:

Bei mir wurde das so ganz trickreich gemanagt, dass ich die machen konnte. Habe eine Fallmanagerin, mit der ich einen guten Kontakt im Laufe der Jahre aufgebaut habe, und die sagte, naja, aber sie ist nicht zertifiziert und eigentlich kann ich ja nicht. Aber sie machen ja eine MAE-Maßnahme und wenn sie jetzt hier noch mit der Leiterin von der MAE-Maßnahme sich gut stellen: In der Maßnahme sind 20% Qualifikationsmaßnahme; normalerweise Bewerbungstraining, erste Hilfe Kurs, Computerkurs, so was dann. Und gerade wenn man die Maßnahme jahrelang macht, hat man das alles schon hinter sich. Im Prinzip hat man das Recht zu sagen, nö, ich möchte aber eigentlich mich in die andere Richtung fortbilden. Und dann könnte man auch hingehen und zu einer Volkshochschule gehen und sich Kurse raus suchen und wenn es im Rahmen des Budgets liegt, dann kann das auch bewilligt werden. Und genau das war der Trick: Ich hab gesagt, ich möchte EX-IN.

Ein Interviewpartner allerdings wurde im Gegensatz zu den übrigen als Klient einer psychosozialen Einrichtung von deren Mitarbeitern motiviert, an der EX-IN-Ausbildung teilzunehmen und in ihrem Team mitzuarbeiten. Diesem hat die Ausbildung nicht gefallen und in der Arbeit kam es zu zahlreichen Rollenkonflikten mit Helfern, die nun zugleich auch Kollegen oder sogar Vorgesetzte waren. Auch hatte dieser Interviewpartner Schwierigkeiten mit der Definition seiner eigenen Rolle im Team und fühlte sich zu Verhaltensweisen gedrängt, die ihm nicht entsprachen. Hier prallten eine Reihe von ungünstigen Faktoren aufeinander, die ich im Einzelnen noch näher ausführen werde. Wichtig scheint mir an dieser Stelle festzuhalten, dass die Rolle des Genesungsbegleiters in einem multiprofessionellen Team bisher für alle Interviewpartner eine Rolle voller innerer und äußerer Konflikte darstellt, die mit hohen Belastungen einhergeht und Anforderungen an den Genesungsbegleiter stellt, die weit über diejenigen dessen hinausgehen, was üblicherweise „im Job“ verlangt ist, nämlich die Aufforderung, sich mit all seiner Persönlichkeit und Privatheit in den Beruf einzubringen in einem Ausmaß, das für gewöhnlich von Arbeitneh-

mern zu ihrem eigenen Schutz vermieden wird und speziell in helfenden Berufen sogar gemeinhin als „unprofessionell“ bezeichnet wird. Sich dieser Herausforderung zu stellen bedarf offenbar einer besonderen inneren Motivation, einer tiefen Überzeugung der Sinnhaftigkeit dieser Offenheit, die nicht von außen „verordnet“ werden kann. Eine Arbeit als Genesungsbegleiter hat nichts zu tun mit einer wohlwollenden Wiedereingliederungsmaßnahme sondern ist eine, wenn auch für viele zutiefst erfüllende, so doch auch für die meisten Befragten zugleich sehr Kräfte zehrende und fordernde Pionierarbeit.

6.2.1.4. Offenheit und Authentizität

So ist denn auch neben deren ungewöhnlich hoher Initiative ein weiterer verbindender Faktor meiner Interviewpartner deren Streben nach Authentizität. Immer wieder wird die Wichtigkeit von Offenheit betont, von einem Wahrnehmen des Gegenübers, wie er ist.

Bei den meisten ist der offene Umgang insbesondere mit ihrer eigenen Psychiatrie-Erfahrung eine prozessuale Entwicklung gewesen, die sie sich im Laufe der Zeit erarbeitet haben. Die Offenheit fällt dabei denjenigen besonders leicht, die damit überwiegend positive Erfahrungen gemacht haben. Doch auch ein Interviewpartner, der Stigmatisierung und Schubladendenken immer wieder erlebt und damit umgehen muss, hat sich dennoch für ausnahmslose Offenheit entschieden:

Ja, ist für mich das Allerwichtigste, weil ich ja viele, viele Jahre auch meine bizarren Verhaltensweisen auch verheimlicht habe und damit haben die eine unglaubliche Macht gekriegt. Also ich hab mal von einem Menschen gehört und das kann ich gut teilen: Alles, was man verheimlicht, kriegt eine gewisse Heiligkeit und damit eine gewisse mystische Macht. Und das ist für mich auch so. Und man kann solche Dinge entheiligen, indem man sie offen macht, dass es nicht mehr so eine Macht kriegt, so eine Gewalt kriegt - und es ist auch so, dass ich dann auch mich nicht mehr erklären muss. Es gibt Leute, die haben mich dann in eine Schublade gesteckt. Okay, müssen die machen, hab ich kein Problem mit. Aber ich erlebe auch ganz viele Menschen, die einfach dann plötzlich anfangen von sich zu erzählen und zu sagen ja, ich hab auch jemand in der Verwandtschaft oder Bekanntschaft oder selbst betroffen, also wenn ich offen damit umgehe, da kriege ich: Jeder dritte erzählt mir seine Geschichte. Und das ist der Lohn der Offenheit. Und ich habe auch keine Angst mehr - weiß ich nicht - stigmatisiert zu werden. Es passiert tatsächlich noch, aber mir macht's keine Angst mehr und Offenheit heißt für mich auch, mich nicht mehr selbst zu stigmatisieren.

Trotz dieses Wunsches nach Authentizität ist es einigen Interviewpartnern aber weiterhin sehr wichtig, selbst in jeder Situation erneut die Kontrolle zu behalten, wie viel an Offenheit gerade für sie stimmig ist. Insbesondere wurde dies thematisiert im Zusammenhang mit Bewerbungsgesprächen und dem weiteren beruflichen Werdegang von Interviewpartnern, die nicht berentet waren. Das explizite Eingestehen einer psychiatrischen Diagnose kann im beruflichen Kontext tatsächlich zu gravierenden Nachteilen führen (Amering 2012, S.68) und es ist unmittelbar einsichtig, dass hier ein großer Anreiz für die Betroffenen besteht, die positiven Seiten der Offenheit und die Nachteile, die ihnen als Arbeitnehmer dadurch entstehen können, sorgfältig gegeneinander abzuwägen:

Also, ich habe ja die Option, das als Zusatzqualifikation anzugeben, ich habe aber, wenn ich den Beruf habe, auch die Möglichkeit, es zu verschweigen. Wenn ich wirklich dann in die Situation komme, dann - das ist ja auch noch weit entfernt, (...) - ich kann mir schon vorstellen, dass ich da teilweise damit offensiv umgehen würde. Aber ehrlich gesagt, kann ich es jetzt noch nicht so genau einschätzen.

Ich stellte fest, dass mehrere meiner Interviewpartner für Erfahrungsexperten, die zugleich eine Berufsausbildung im psychosozialen Bereich vorweisen konnten, die sprachliche Wendung: „*Er arbeitet jetzt als EX-INler in seinem alten Beruf*“ verwendeten, einer davon sogar für sich selbst. Offenbar ist es bisher nicht möglich, sich gleichzeitig sowohl als Profi als auch als Erfahrungsexperten wahrzunehmen. Durch das Etikett „*psychisch krank*“ verlieren Betroffene in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ihre „*Professionalität*“ und arbeiten dann, trotz Ausführung der teilweise identischen Tätigkeit, nicht mehr „*als Fachkrankenschwester*“ oder „*als Sozialarbeiter*“ sondern „*als EX-INler*“. EX-IN ist in diesem Zusammenhang also bisher keine ergänzende Zusatzqualifikation sondern eine Qualifikation, die alle anderen gleichsam überdeckt oder sogar oftmals weitestgehend auslöscht, wenn sie zum Einsatz gebracht wird. Dies ist ein Aspekt, auf den ich noch einmal näher eingehen werde.

6.2.1.5. Wunsch nach Veränderung der psychiatrischen Versorgung

Alle Interviewpartner äußerten die Hoffnung, durch ihre eigene Arbeit dazu beitragen zu können, die psychiatrische Versorgung zum Positiven weiterzuentwickeln. In den Erzählungen steht dabei bei den zufriedenen EX-IN-Absol-

venten weniger die Kritik am bisherigen System im Vordergrund - obwohl es diese auch gab - als vielmehr die klare Vision einer besseren Zusammenarbeit von Profis, Angehörigen und Betroffenen mittels Dialog, die Vision von Augenhöhe, Recovery-Orientierung und von Anerkennung der Ressourcen der Patienten und besonders und an erster Stelle immer wieder von der Wahrnehmung der Gesamtheit der jeweiligen Persönlichkeit und Lebenssituation der Patienten jenseits von Diagnosen und Lehrmeinungen. In den eigenen Worten der Interviewpartner:

Ich hab nicht anfangen zu arbeiten in der Psychiatrie, weil ich die Psychiatrie toll fand, sondern weil ich mit dem Gefühl hin gegangen bin, es gibt Möglichkeiten zur Veränderung. Und die sehe ich auch, ich sehe Schritte.

Ist zwar nicht mehr so, dass wir mit Diagnosen umgehen und die als Allgemeinbegriffe auf die Klienten runterprasseln lassen, aber es sind jetzt diese neuen Begriffe wie Recovery, ressourcenorientiert, zielorientiert, sind jetzt diese Überbegriffe, mit denen man genauso einen Klienten erschlagen kann und, äh, dass ich da nicht mit schwimme und dieses undifferenzierte Weitergeben von solchen Oberbegriffen, da muss ich sehr aufpassen, weil da ganz viel mit rumjongliert wird, ja, und wenig dann oder oft nicht passiert, dass es eigentlich um persönliche Schicksale geht. Da kämpfe ich an der Stelle immer mal wieder ein bisschen, aber und ich habe aber so den Eindruck, das wird auch geschätzt, wenn ich da immer mal wieder aufmucke. Dass ich dann so ein „ach, ja“ kriege. Das ist dann schön.

6.2.1.6. Wunsch, der eigenen Erfahrung Sinn zu verleihen

Anderen Betroffenen Hoffnung geben zu können und dem eigenen Schicksal durch die Tätigkeit als Genesungsbegleiter Sinn zu verleihen, ist ein großer, vielleicht sogar *der* große Motivator für die Tätigkeit meiner Interviewpartner als Genesungsbegleiter. Er nimmt einen sehr großen Stellenwert ein und wird auch gegen vielerlei Widerstände und persönliche Nachteile konsequent verfolgt. Mehrere Interviewpartner sind hierbei auch der Ansicht, gerade und ganz besonders aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen gute Ansprechpartner zu sein:

Meine psychische Erkrankung betrifft schon mein ganzes Leben so und es hat eine ganze Weile gedauert, ehe ich quasi auch so bereit war in die Klinik zu gehen. Aber vom ersten Moment an, wo ich dann da war, habe ich festgestellt, dass einerseits in der Klinik selbst die Leute nicht so gerne mit den Ärzten reden und teilweise auch nicht

mit den Therapeuten sondern sehr viel bei den Patienten untereinander läuft, also dass ganz viele Leute sozusagen ihre wichtigsten Gespräche mit Patienten machen statt mit Therapeuten und Ärzten, gerade in der Klinik. Und das zweite was ich festgestellt habe, dass die Leute unheimlich gern mit mir geredet haben. Dass sie sich wirklich gerne auch mich ausgesucht haben, um irgendwelche Gespräche zu führen. Und da bin ich halt ein bisschen auf die Idee gekommen (...) das vielleicht dann auch mal zu meinem Beruf zu machen.

Wenn sie raus gehen, sie haben wirklich was davon. Es passiert was. Selbst in der halben Stunde, die wir zusammen sitzen und es gibt ganz wenige Leute - ja, es gibt kaum einen Klienten oder Betroffenen, der da raus geht, der nicht sagt, das hat mir jetzt geholfen. Das ist für mich persönlich befriedigend. Und andererseits denke ich, das ist eine sinnvolle Tätigkeit.

Weil ich gedacht habe, da kann ich ein bisschen weitergeben, was man nur durch Erfahrung bekommen kann. Um dem ganzen Leiden nachträglich wenigstens noch einen Sinn zu geben, das war so die Motivation.

Ich finde das eine sehr sinnvolle Sache Hoffnung weiter zu geben. Auch Leuten, die gerade ganz am Boden sind, wie ich's mal war, zu zeigen man kann auch wieder an einen ganz anderen Punkt kommen, und, ja, ich finde das einfach eine hochgradig sinnvolle und förderungswerte Sache.

6.2.1.7. Toleranz

Zwar betonen die Interviewpartner, wie hilfreich es ist, eigene Erfahrung weitergeben zu können, alle sind sich jedoch zugleich darüber einig, dass eine unabdingbare Eigenschaft für eine gelungene Tätigkeit als Genesungsbegleiter Toleranz ist und betrachten missionarisches Helfenwollen überaus kritisch:

Ich habe vielleicht einen Weg gefunden, aber das ist niemals der Weg, den jemand anders finden kann. Und das einzige, was man machen kann, ist eine Offenheit entstehen lassen und ein Reden über Krisenerfahrung, was über den diagnostischen Blick hinausgeht, sondern durch dieses Reden ein Verstehen möglich machen und ein Einordnen dessen.

(...) Psychiatrie-Aktivisten mit Sendungsbewusstsein würde ich ganz klar ausklammern, der kann nicht – der kann nicht gut sein für andere Leute. Die ganze Zeit das Sendungsbewusstsein und „*Ich weiß, was gut ist. Weil's vielleicht mir gut getan hast,*

muss es auch für alle anderen gut sein“. Also so Missionarsgeist ist mit Sicherheit kontraproduktiv. Also, eine gewisse persönliche Reife sollte man mitbringen, wie überhaupt im sozialen Bereich, ansonsten schadet man den Klienten mehr als dass man ihnen hilft.

Der Abstand zur eigenen Geschichte wird immer wieder betont und ist wohl mit auch ein direktes Resultat des folgenden Punktes.

6.2.1.8. Stabilität

Der Begriff Stabilität fiel sehr oft, wenn ich nach persönlichen Voraussetzungen für eine gelungene berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter fragte. Gleichzeitig wurde er relativ gesehen und nicht im Sinne von Freiheit von eigenen Krisen. Vielmehr wurde betont, dass ein konstruktiver Umgang mit den eigenen Krisen gefunden worden sein müsste. Mehrfach wurde die sprachliche Wendung benutzt, der Betreffliche müsse schon *„weit auf dem eigenen Weg“* sein. Ein Interviewpartner drückte es folgendermaßen aus:

Ich glaube, es braucht schon einen genommenen Weg der Auseinandersetzung, also eine Verankerung dieser Krise in ein Leben und ein eigenes Verstehen, was über diese Diagnose und diese Symptome, glaube ich, es muss darüber hinausgehen, es muss eine eigene Einordnung in dein Leben stattgefunden haben. Und eine gewisse Stabilität, die aber immer wieder auch in Frage sein kann, was ich auch spüre - auch durch die Arbeit in Frage sein kann.

Im Gespräch mit meinen Interviewpartnern hatte ich hierbei den Eindruck, dass ihre Forderungen nach Stabilität oft nicht vorwiegend die symptomorientierte sondern häufig eine spirituelle Dimension berührten. So etwa beispielsweise in dieser Formulierung eines Interviewpartners:

Aber wenn wir uns an unserem alten Ich festhalten, dann versuchen wir eine einheitliche, eine Person zu sein mit einem Namen. Und wenn wir sozusagen diesen Weg verlassen, splitteln wir uns erst mal auf als Einzelmensch, habe ich meine Erfahrung. Und dann gibt es eine neue Möglichkeit, diese neue Dimension in sich selber zu finden. Und auf diesem Weg kann man halt stecken bleiben. Und ich bin auch viel stecken geblieben. Und da kann es halt sein, dass man in dieser Unsicherheit und in diesem Aufbruch sich genauso verhält wie die Profis und man merkt es nicht. Nämlich, dass man ausgrenzt, dass man, sag ich mal, Wort, Begriffe, Bezeichnungen zwischen die Begegnung, also in die Begegnung als Schranke reinstellt. Ja, dass man bewertet (...)

Insofern ist der Begriff Stabilität, wie er von meinen Interviewpartnern verwendet wird, als ein Synonym zu verstehen für den Zustand „*weit auf dem eigenen Weg sein*“ im Sinne einer bereits erfolgreich durchlaufenen seelischen bzw. persönlichen oder auch spirituellen Entwicklung.

Gleichzeitig geben mehrere Interviewpartner an, dass gerade die Arbeit als Genesungsbegleiter selbst auf sie stabilisierend wirke und einen wichtigen Teil zu ihrer Identitätsbildung beitrage. Hier wird deutlich, dass eine Wechselwirkung in beide Richtungen stattfindet. Nicht nur die Erfahrungsexperten wirken durch ihre Tätigkeit auf das psychiatrische System ein, auch das System selbst beeinflusst das Verhalten und Erleben seiner Mitarbeiter.

6.2.2. Strukturelle Faktoren

Keiner meiner Interviewpartner agierte als Einzelkämpfer. Sie alle waren eingebettet in Teams und organisationale sowie auch gesellschaftlich-rechtliche Strukturen, welche Einfluss nahmen auf ihre berufliche Rolle und Tätigkeit. Einige strukturelle Merkmale wurden als besonders wichtige Einflussfaktoren für eine Tätigkeit als Genesungsbegleiter identifiziert:

6.2.2.1. Stellung innerhalb des Teams

Alle Interviewpartner betonten die eigene Rolle innerhalb eines Teams als entscheidenden Punkt. Bezeichnenderweise hat kein einziger über Konflikte mit oder Überforderung durch Klienten oder Patienten berichtet. Im Umgang mit diesen fühlten sie sich weitestgehend sicher und kompetent auch wenn insbesondere diejenigen, die beruflich ursprünglich aus einem anderen Bereich kamen, sehr an Möglichkeiten zu fachlicher Weiterbildung interessiert waren. Keiner gab jedoch an, besondere Unterstützung bei der Begleitung von Betroffenen zu benötigen. Vielmehr erlebten sie sich in diesem Zusammenhang überwiegend als sehr erfolgreich und zogen daraus, dass sie in der Lage waren, durch ihre eigene Erfahrung besonders gut mit Menschen in Krisen in Kontakt kommen zu können, einen großen Teil des Stolzes auf ihre Identität als Genesungsbegleiter. Alle waren sich gleichzeitig dessen bewusst, wie wichtig es ist, einen guten Rückhalt im eigenen Team zu haben. Aufgrund ihrer sich von derjenigen der Profis oftmals unterscheidenden Herangehensweise an Krisensituationen empfanden sie eine Offenheit hierfür innerhalb des sie umgebenden Teams als zentrale Voraussetzung. Offenheit beschreibt in die-

sem Zusammenhang die Bereitschaft der Teammitglieder, die Handlungsweisen der Erfahrungsexperten als gleichwertig zu der Herangehensweise der Profis annehmen zu können und sich auch auf deren Kritik am bestehenden System einlassen zu können. Alle Erfahrungsexperten wünschten sich zu diesem Zweck auch mindestens einen zweiten Erfahrungsexperten im Team. Es war ihnen wichtig sich austauschen zu können und auch, dass die Sichtweisen, die sie als Erfahrungsexperten einbrachten, nicht ausschließlich an ihnen als an der einzig repräsentierenden Person festgemacht wurde. Wenn meine Interviewpartner das Gefühl hatten in ihrem Team ausreichend verankert zu sein und gehört zu werden, so fühlten sie sich hier als Repräsentanten aller Erfahrungsexperten und hatten den positiven Eindruck hier einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Stimme der Betroffenen innerhalb der psychiatrischen Versorgung beitragen zu können.

Die Arbeit hat halt diese zwei Ebenen: Auf der einen Seite mit den Menschen hier im Gespräch sein, aber fast viel wichtiger noch, oder zu – wirklich gleich wichtig ist so die Arbeit im Team und diese Erfahrenenstimme da mit reinzubringen und auch immer wieder kritisch zu bleiben, zu hinterfragen und ich merke, durch dieses Verankertsein im Team da passiert schon was, dass auch die Stimmen mit gedacht werden. Also, die Erfahrenenperspektive oder auch die Angehörigenperspektive kriegt einen Stellenwert. Und auch wenn ich nicht präsent bin, ist da so ein Mitdenken dabei und ich denke, das ist ein ganz wichtiges Ding, was da passiert.

6.2.2.2. Vermeidung von Mehrfachrollen

Von allen Interviewpartnern, die hiervon betroffen waren, wurde der Umgang mit Mehrfachrollen thematisiert. Eine besondere Herausforderung stellt es offenbar dar, in einem Team gleichzeitig sowohl Patient bzw. Klient als auch Mitarbeiter zu sein. Keinem der Interviewpartner ist dieser Spagat bisher vollständig geglückt und es scheint sowohl für die Betroffenen selbst als auch für deren Kollegen schwierig zu sein, mit diesem Zustand umzugehen und in diesem Zusammenhang wird häufig Stigmatisierung erlebt. Ein Interviewpartner hat sich bewusst entschieden, sich im Falle einer erneuten Krise nicht in dem Unternehmen behandeln zu lassen, in dem er beruflich tätig ist:

Grundsätzlich ist da eine Offenheit im Team sowieso da, aber trotzdem dann auch große Unsicherheit: Was ist, wenn jemand wieder in die Krise geht? Ich glaube dass der Schritt – also man muss, wenn man diese Offenheit versucht zu bekommen, auch

mit Rollenkonfusionen rechnen und da auch einen Umgang finden mit diesen Rollenkonfusionen und ich glaube, dass der Schritt von einem Patientendasein zu einem Kollegendasein durchaus möglich ist, aber der Schritt dann, also, wenn eine neue Krise kommt und dann einen Umgang damit zu finden, wäre schwieriger, glaube ich. Wieder da zurück zu einem Patientensein in diesem Team, wo man vielleicht ein kollegiales Verhältnis hatte, das ist schwer für beide Seiten. (...) Ich persönlich würde nicht hier (...) mich behandeln lassen.

Interessanterweise hatten außerdem auch insbesondere diejenigen Interviewpartner mit Rollenkonflikten zu kämpfen, die sowohl Profis als auch Betroffene waren. Von den professionellen Kollegen fühlten sie sich nicht mehr als Kollegen wahrgenommen und auch sie selbst nahmen sich nicht mehr als Profis wahr. In den teilweise stark polarisierten Debatten zwischen den beiden Gruppen Profis / Erfahrungsexperten fühlten sie sich keiner der beiden Seiten vollständig zugehörig, konnten aber auch nicht als Vermittler fungieren. Denjenigen, von denen man hätte vermuten können, sie würden von einer Doppelqualifikation profitieren können, schien die „ehemalige“ Profi-Rolle als Erfahrungsexperte eher zum Nachteil zu gereichen denn zum Vorteil. Einer beschrieb seine frühere Erfahrung, die er als psychisch kranker Arzt machte, folgendermaßen:

Ich war ja früher Klinikarzt, auch in der Psychiatrie, und das war sozusagen irgendwie das größte Tabu was man sich vorstellen konnte. Ich war ein junger Arzt und hatte - da waren Dinge passiert, verschiedene, da war ich in verschiedenen Kliniken - und dann kam mal der Moment, wo mal eine Schwester, eine Lehrschwester, bei uns war, die kannte mich. So und das heißt, diesen Stress halt zu haben, dass das A nicht rauskommen darf und dann halt auch so sich zu verhalten, dass einem keiner was ansieht, verstehst du, und da bist du unendlich weit davon weg, das für dich als Ressource überhaupt wahrzunehmen, wertzuschätzen.

In diesen Worten liegt viel von der immer wiederkehrenden Forderung der Erfahrungsexperten nach gelebtem Dialog, denn in einem System, in dem es für einen Arzt disqualifizierend ist, selbst zugleich ein Betroffener zu sein, kann offenbar von einem Zustand der Augenhöhe zwischen Profis, Betroffenen und Angehörigen in der praktischen Umsetzung noch keine Rede sein.

Und gerade im Zusammenhang mit Teamsituationen berichteten meine Interviewpartner von vielfältigen Diskriminierungen. Ein Interviewpartner, der zu-

gleich Profi ist, erzählte folgendes: Seine Vorgesetzte, die zugleich seine Behandlerin war, diagnostizierte ihn im Zuge einer fachlichen Auseinandersetzung als krank und entfernte ihn mit dieser Begründung aus festgesetzten Diensten des Dienstplans, ohne dies mit ihm abzustimmen. In diesem Beispiel trifft sowohl die Doppelrolle Profi / Erfahrungsexperte als auch Klient / Erfahrungsexperte zu. Es kam zu vielfältigen Konflikten und die Zusammenarbeit wurde in letzter Konsequenz beendet. Subtiler ist die Erfahrung eines anderen Interviewpartners weiterhin wie ein Klient gesehen zu werden, während es unter den Kollegen eigentlich üblich ist, sich gegenseitig zu duzen.

Positiv erleben das Team vor allem diejenigen Interviewpartner, die mit Rollenkonfusion wenig konfrontiert sind, weil sie weder eine Vorbildung als Profi haben noch Klienten ihrer eigenen Kollegen sind. Dann kommt es zu Aussagen wie dieser:

Ich bin anerkannt auf alle Fälle. Mein Erfahrungswissen ist geschätzt, gewertschätzt. Nicht nur mein Erfahrungswissen sondern auch meine Erfahrung.

6.2.2.3. Formale Anerkennung der Ausbildung

Auf meine Frage hin, ob sie glaubten, dass sie mit abgeschlossener EX-IN-Ausbildung in den Augen ihrer Team-Kollegen besser für eine Begleitung psychisch kranker Menschen geeignet seien als andere Peers, antworteten ausnahmslos alle meiner Interviewpartner mit nein. Die Interviewpartner gaben an, für ihre Kollegen spiele es keine Rolle, ob sie EX-IN durchlaufen hätten oder nicht. Dies gab für meine Interviewpartner jedoch offenbar keinen Ausschlag dafür, ob sie sich gut ins Team integriert fühlten und mit ihrer Arbeitstätigkeit insgesamt zufrieden waren.

Alle bis auf einen Interviewpartner, der selbst EX-IN-Trainer ist, hielten allerdings eine Klärung der formalen Anerkennung ihrer Ausbildung als dringend erforderlich. Sie wollten Eindeutigkeit darüber herstellen, welche Möglichkeiten der Berufsausübung als EX-IN-Absolvent tatsächlich gegeben sind. Oftmals fiel zu diesem Thema der Vergleich mit Ex-Usern in der Suchthilfe, die für einige meiner Interviewpartner ein großes Vorbild sind.

Weißt Du, in der Suchtkrankentherapie macht man das seit 25 Jahren. Es ist halt

„Suchttherapeuten“, ne, als Berufsbezeichnung. Ehemalige Junkies, ehemalige Abhängige, die eine zweijährige Zusatzausbildung machen und dann in dem Job Fuß fassen. Dann allerdings auch so bezahlt werden wie die Profis. (...) Die Klienten waren da immer hoch zufrieden mit denen: „Das sind die besten, denen muss ich nicht irgendwas erklären. Die wissen, wie das ist, wenn man säuft.“

Wie an anderer Stelle bereits angedeutet, hatten insbesondere diejenigen Interviewpartner, die nicht von Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente lebten, sondern die ALGII bezogen, mit massiven Hindernissen bei der Vertretung des von ihnen gewählten Berufsweges zu kämpfen. Ein Interviewpartner, der sowohl EX-IN abgeschlossen als auch ein Studium der sozialen Arbeit begonnen hatte, passte mit beiden Ausbildungen nicht ins Raster der Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen und lief unentwegt Gefahr, dass das Sozialamt ihm Leistungen kürzen könnte:

Als sich diese Chance ergab über diese Reha noch mal zu einem Berufsabschluss zu kommen, war mir das schon auch wichtig, dieses Label mir zu holen und diesen gesellschaftlichen Status, der über einen Beruf gegeben ist. Dumm war halt, dass ich über die Reha nur hätte Sachen machen können, die für mich nicht interessant waren und dass ich parallel dazu einen anderen Weg gefunden habe, der viel, viel spannender und interessanter und wichtiger für mich klang, ja, also was Revolutionäres, die Psychiatrie letztendlich mit zu verändern und so, ja, das war ganz klar für mich, dass ich das machen will. Und dann hab ich halt meinen eigenen Weg eingeschlagen und dann macht das Amt halt nur gerade so mit, in einem gewissen Rahmen aber eigentlich ist das in deren Fokus, in deren Gesichtsbild, überhaupt nicht vorhanden, was ich da mache, da können die sich keinen Reim drauf machen.

Die EX-IN-Absolventen berichteten außerdem, dass aufgrund der mangelnden Anerkennung und Eingruppierung von EX-IN in Entgeltregelungssysteme die oftmals von den Trägern über den Senat ausgeschriebenen Stellen nicht an sie vergeben werden könnten. Kliniken sehen sich analogen Hindernissen gegenüber, wenn sie Erfahrungsexperten einstellen wollen. Einige innovative Organisationen finden dennoch Mittel und Wege, Genesungsbegleiter einzustellen. Und nur in diesen besonders engagierten Organisationen finden EX-IN-Absolventen bislang Beschäftigung.

6.2.2.4. Verankerung des Dialog in der gesamten Organisation

Es wurde bereits ausgeführt, dass eine erfolgreiche Tätigkeit als Genesungsbegleiter zu weiten Teilen mit der Bereitschaft des zunächst einmal professio-

nellen Teams steht und fällt, für die Mitarbeit von Psychiatrieerfahrenen aufgeschlossen zu sein. Und auch eine formale Verankerung von Arbeitsplätzen speziell für Genesungsbegleiter im Organigramm ist von großer Bedeutung um klar aufzuzeigen, welche Rolle den Genesungsbegleitern innerhalb der Organisation zukommen soll. Wichtig ist eine eindeutige Positionierung der Leitung. Nur wenn die Leitung deutlich erkennbar hinter der Idee des Dialog steht und diesen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln fördert, kann der Dialog erfolgreich implementiert werden.

Hierfür wurden von meinen Interviewpartnern mehrere Gründe benannt: Zum einen haben nicht nur die Erfahrungsexperten selbst sondern auch die Profis ein berechtigtes Interesse an der Klärung der Stellung der neu hinzukommenden Erfahrungsexperten. Profis fühlen sich häufig in ihrer Qualifikation herabgesetzt, wenn ihre berufliche Qualifikation „nur“ noch genau so viel wert sein soll, wie die oft langjährige Psychiatrie-Erfahrung ihrer neuen Kollegen (Ameiring 2012, S.60). Hier wird die Frage, was Qualifizierung ausmacht, auf brisante und offenbar auch als bedrohlich empfundene Art und Weise neu gestellt. Eng verknüpft mit der Angst vor Statusverlust ist die Angst vor finanziellen Einbußen. Solange die Frage der Vergütung von Erfahrungsexperten nicht klar geregelt ist, besteht die teilweise wohl durchaus nicht aus der Luft gegriffene Befürchtung von Profis, auf dem Arbeitsmarkt plötzlich in steigender Zahl mit Konkurrenz konfrontiert zu werden, die die eigene Arbeit zum Niedriglohn anbietet.

Hinzu kommt, dass sämtliche Interviewpartner angaben, für ihre Tätigkeit sei es entscheidend, dass sie sowohl inhaltlich als in vielen Fällen auch vom zeitlichen Umfang her möglichst flexibel auf die eigenen Fähigkeiten hin angepasst agieren könnten. Um dies ermöglichen zu können, sind flexible Arbeitszeitmodelle sowie auch inhaltlich flexible Strukturen notwendig. Diese zu schaffen ist hier eine besondere Herausforderung, der sich das Management einer Organisation gegenüber sieht. Eine Verteilung der ohnehin eventuell eher knapp bemessenen Mittel auf ein multiprofessionelles Team in der Art und Weise, dass ein Zustand erreicht wird, in dem sowohl Klarheit als auch Flexibilität sowie obendrein als eine von allen gerecht empfundene Entlohnung erreicht wird – dieses Kunststück scheint bislang noch nirgendwo vollständig geglückt zu sein. Dennoch gibt es Organisationen, die allen Sachzwängen zu Trotz das

Wagnis, Erfahrungsexperten fest in der organisationalen Struktur verankern zu wollen, auf sich nehmen um dadurch eine hochwertige Behandlung ihrer Patienten bzw. Klienten erreichen zu können. Und genau diese Unternehmen sind es, in denen Erfahrungsexperten auch bereits jetzt mit Erfolg arbeiten.

Ein Interviewpartner fasst die Problematik der strukturellen Implementierung des Dialog folgendermaßen zusammen:

(...) von Seiten der Träger ist es so, wenn's dann... - dann geht's doch ums Geld. Dann geht's darum, dass im Team Konkurrenz gefürchtet wird. Dann gibt es einen Betriebsrat, der Angst davor hat, dass da auf einmal weniger Arbeitskräfte angeschafft werden, die statt Arbeiter - oder die die Sozialarbeiter und so weiter vergraulen durch Niedrigqualifizierung. Ängste: dann wird davon gesprochen, dass Mitarbeiter nicht leistungsfähig genug sind. Es ist was neues, was können die denn nun tatsächlich damit anfangen? Sie gehören nicht zur Fachgruppenquote, das heißt also, sie sind nicht qualifiziert von Seiten des Senats im betreuten Wohnen oder ähnlichem zu arbeiten. Also, es gibt viele Gründe dieser Art, manche vorgeschoben, manche tatsächlich. (...) habe ich das Wort, von dem Arzt, der mich angestellt hat, im Ohr: „Wenn ich Geld brauche, dann hab ich immer welches für so was.“ Irgendwo tut sich da schon ein Topf auf. Also, wenn der Wille wirklich da ist (...)

6.2.2.5. Vergütung der Tätigkeit

Der Fakt, dass ich, wollte ich einen finanziell unabhängigen Genesungsbegleiter interviewen, jemanden in die Interviewreihe aufnehmen musste, der gar kein EX-IN-Absolvent war, weil ich unter diesen keine Person finden konnte, die dieses Kriterium erfüllte, lässt bereits ahnen, dass das nun behandelte Thema einen der am kontroversesten diskutierten Punkte überhaupt berührt:

Auch wenn immer wieder von ihnen betont wird, dass die Berufswahl Genesungsbegleiter nicht aus finanziellen Überlegungen heraus gewählt worden ist, alle Interviewpartner sind sich darüber einig, dass hier Handlungsbedarf besteht. Die Realität ist, keiner der von mir interviewten EX-IN-Absolventen verdient so viel, dass er nicht mehr zusätzlich auf staatliche Hilfen angewiesen wäre.

Dieses immer gleiche Ergebnis hat bei den sechs hiervon betroffenen Interviewpartnern im Wesentlichen zwei unterschiedliche Gründe: Drei der Interviewpartner sind berentet und würden durch höheres Zusatzeinkommen ihren weiteren Rentenanspruch gefährden. Dadurch gingen sie das Risiko ein, im

Falle einer erneuten Krise mit krankheitsbedingtem Verlust des Arbeitsplatzes finanziell nicht mehr abgesichert zu sein. Auch ist es für die Interviewpartner finanziell unattraktiv als Genesungsbegleiter zu arbeiten, so lange diese Stelle so gering vergütet ist, dass durch die Rente ein höheres Einkommen erzielt werden kann. Schlupfloch für die oftmals dennoch gewünschte Aufnahme einer bis hin zur Vollzeit ausgefüllten Tätigkeit ist hier das Ehrenamt.

Die anderen drei Interviewpartner sind offiziell arbeitsuchend und an einem höheren Gehalt interessiert. Ihnen ist es jedoch bisher nicht gelungen, dieses für sich auch durchzusetzen. Einer der Erfahrungsexperten beschrieb das Dilemma mit den folgenden Worten:

(...) also wenn ich jetzt sage, ich will so viel wie die Psychologen, dann müsste ich auch erst mal nachdenken, ob das dann angemessen wäre, weil die viel längere Ausbildung gemacht haben und ich nur einen EX-IN-Kurs gemacht habe oder so. Aber ich hätte gerne zumindest eine Bezahlung mit der ich auf eigenen Beinen stehen kann, ja. Es muss gar nicht eine so was großartig hohe Summe sein. Aber irgendwie ist es so, mit so einem Mindestlohn abgespeist zu werden finde ich auf Dauer, das kratzt halt sehr an der Augenhöhe, es ist schon schwierig. Ich weiß aber auch nicht, wie ich es regeln würde.

Ein anderer führt hierzu aus:

Das war halt auch mein Kritikpunkt, da waren also ganz diese Modebegriffe: Dialog stand ganz oben, Soteria, Hometreatment, bedürfnisorientierte Behandlung nach dem finnischen Modell, Open Dialogue und all so Sachen, wo jeder heute sagt: Wow, ja, klar, wissen wir, dass das heute irgendwie Angebot ist. Ja, aber im Einzelnen halt, wenn man dann zum Beispiel sieht jetzt mal rein zahlenmäßig, abgesehen von der Bezahlung – Zahlen, Bezahlung – sieht einfach mal das Team sich an, guckt, wie viele Profis, wie viele Betroffene, wie viele Angehörige, dass das schon mal da nicht stimmt. (...) Bezahlung wurde unterschiedlich geregelt. Fakt war, dass die Profis in der Regel feste Verträge - man sagt immer, die sind ja auch qualifiziert. Das ist ja das Problem, was qualifiziert dich? Wo ich sage, eine Leidensgeschichte in der Psychiatrie, das ist auch eine harte Prüfung. Okay, das sagt noch nichts über deine Qualität aus, aber ein abgeschlossenes Studium sagt auch nicht unbedingt was über deine Qualität aus.

Beide Interviewpartner bringen hier klar den Zusammenhang zwischen Höhe des Gehalts und gesellschaftlicher Anerkennung der ausgefüllten Position ins Spiel.

Bezugnehmend auf die gesuchten Erfolgsfaktoren für eine Tätigkeit als Erfahrungsexperte muss somit hier festgehalten werden, dass aktuell eine Tätigkeit als Genesungsbegleiter anzustreben nur für diejenigen Psychiatrie-Erfahrenen sinnvoll ist, die in erster Linie durch die Inhalte dieses Berufsbildes motiviert sind und für die die Höhe der Bezahlung nicht im Vordergrund des Interesses steht. Sie sollten „*beruflichen Erfolg*“ nicht in erster Linie über das von ihnen erzielte Einkommen definieren sondern beispielsweise über den gesellschaftlichen Nutzen, der aus ihrer Tätigkeit entsteht. Anders herum kann auch gesagt werden, der berufliche Erfolg von Genesungsbegleitern könnte durch gesetzliche und organisationale Regelungen mit einem einzigen Schlag erheblich gesteigert werden, wenn durch diese das Gehalt von Genesungsbegleitern auf ein Niveau angehoben würde, welches in unserer Gesellschaft mit beruflichem Erfolg assoziiert ist.

7. Feedback und Diskussion der Ergebnisse mit weiteren EX-IN-Absolventen

Zur Validierung meiner Ergebnisse legte ich diese nach deren Ausformulierung den Interviewpartnern vor und bat um Rückmeldung. Ich wollte so auch deren Bestätigung einholen, dass nichts beschrieben worden war, was jemand unter Umständen doch nicht so hatte aussagen wollen, wie ich es interpretiert hatte, und den Forschungsprozess möglichst transparent halten. Von insgesamt sechs der sieben Interviewpartner erhielt ich daraufhin Feedback. Dieses reichte bis hin zu ausführlichen Korrekturen meiner Rechtschrift, die ich natürlich dankend aufnahm, und ging teilweise über in weiterführenden Emailaustausch, der in private Unterhaltungen überging.

Inhaltlich erfuhr insbesondere Zuspruch, dass ich die Sprachkompetenz der Interviewpartner besonders erwähnt hatte sowie die Herausarbeitung des Spannungsfeldes zwischen Authentizität und Professionalität. Ein Interviewpartner war der Ansicht, die Erfahrungsexperten würden idealisiert dargestellt. Es gab auch verschiedene Kommentare zum Thema Bezahlung, diese bezogen sich in erster Linie auf eine politisch kluge Formulierung des von allen weitgehend übereinstimmend wahrgenommenen Sachverhalts der Unterbezahlung. Ein Interviewpartner merkte an, die Formulierung, Erfahrungsexperten würden ihre Arbeitskraft zum Niedriglohn „*anbieten*“, wäre in diesem

Zusammenhang „*interessant*“ gewählt. Als Diplom-Kauffrau habe ich mich dazu entschieden, diese typisch wirtschaftswissenschaftliche Ausdrucksweise dennoch beizubehalten.

Als nächster Schritt wurden die ausformulierten Ergebnisse inhaltlich komplett und auch sprachlich weitestgehend so, wie sie oben in diesem Text dargestellt sind, über einen Verteiler an sämtliche bisherige Berliner Absolventen des EX-IN-Kurses gemailt, etwa an 60 Personen. Ich habe dabei um Feedback gebeten und konnte anschließend glücklicherweise auch die Gelegenheit nutzen, sie während eines EX-IN-Treffens diskutieren zu lassen, da mir hierfür Zeit zur Verfügung gestellt wurde. Zwei EX-IN-Absolventinnen meldeten sich zunächst voneinander unabhängig bei mir per Email und gaben an, sie hätten eine reguläre und voll bezahlte Stelle als Genesungsbegleiterin. Eine davon ist promovierte Philosophin und arbeitet explizit aufgrund ihres Erfahrungswissens bei einem psychosozialen Träger in Berlin als Wohnbetreuerin. Die andere Absolventin hat eine Ausbildung zur Bürokauffrau und zur qualifizierten Buchhalterin abgeschlossen und ein Soziologiestudium begonnen. In Berlin hat sie außerdem die EX-IN-Ausbildung durchlaufen und ist nun bei einem psychosozialen Träger in München als Genesungsbegleiterin beschäftigt². Beide gaben an, sie würden je auch mindestens einen weiteren Berliner EX-IN-Absolventen kennen, der voll bezahlt wäre und sie vertraten die Auffassung, psychosoziale Träger wären gerade dabei umzudenken und EX-IN immer mehr zu akzeptieren. Hier musste ich also feststellen, dass ich offenbar nicht ausdauernd genug nach bezahlten EX-IN-Absolventen gesucht hatte.

Das EX-IN-Treffen selbst brachte ebenfalls weitere interessante Aspekte zutage. Es fand Anfang Oktober 2012 in einem Nachbarschaftszentrum in Berlin-Schöneberg statt. Für die Diskussion meiner Ergebnisse wurde rund eine Stunde zur Verfügung gestellt. Anwesend waren einschließlich mir 14 Personen. Nicht alle der Runde hatten die EX-IN-Ausbildung absolviert, aber alle fühlten sich diesem Kreis als im weitesten Sinne zugehörig. Die meisten der Anwesenden hatten die Ergebnisse gelesen, so dass ich eine nur sehr kurze Zusammenfassung voranstellte und danach eine freie Diskussion entstand. Zunächst tauchte die Frage der Moderation auf, jedoch verlief die eigentliche

² Anmerkung vom 13.10.2013: In einem persönlichen Gespräch nach Abgabe dieser Arbeit hat sich herausgestellt, dass die Stelle dieser EX-IN-Absolventin doch nicht den von mir mit „regulär und voll bezahlt“ verbundenen Kriterien genügen konnte. Ich hatte leider zuvor nicht detailliert genug nachgefragt.

Diskussion unmoderiert. Die Teilnehmer achteten selbst und im Wechsel darauf, wer noch etwas hatte sagen wollen und bei mir entstand nicht der Eindruck, dass ein Eingreifen meinerseits den freien Diskussionsfluss in irgendeiner Weise hätte optimieren können. Ich beschränkte mich somit weitestgehend auf das Zuhören und Mitschreiben, gelegentlich stellte ich auch eine Frage zu dem, was ich gehört hatte.

Zu den von mir herausgearbeiteten persönlichen Erfolgsfaktoren für eine berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter kamen nur zwei Anmerkungen: Eine Diskussionsteilnehmerin gab an, sie könne nicht bestätigen, dass in ihrem EX-IN-Kurs alle Teilnehmer besonders sprachgewandt gewesen wären, eine Teilnehmerin habe sich jedoch beispielsweise sehr gut durch Bilder ausdrücken können. Ein weiterer Hinweis kam von einer Erfahrungsexpertin, welche in Berlin lebt, die die EX-IN-Ausbildung jedoch in Bremen absolviert hat. Sie erzählte, sie könnte für Bremen nicht bestätigen, dass die erfolgreichen EX-IN-Absolventen im Mittel eine überdurchschnittliche hohe Bildung aufweisen würden.

Sämtliche weitere Diskussionsbeiträge der eingeplanten Stunde ließen sich einem der beiden folgenden Themen Zuordnen:

- Bezahlung
- Inhalte und Positionierung der EX-IN-Ausbildung

Gleich zu Beginn der Diskussion wurde das Thema Vergütung aufgegriffen und bis zum Ende der Diskussion tauchte es mehrmals wieder auf. Es herrschte Konsens darüber, dass eine Anerkennung der Tätigkeit als Genesungsbegleiter über die Bezahlung wichtig ist. Meiner Zusammenfassung dieser Tatsache, die ich so formulierte, dass alle gerne viel verdienen wollen würden, wurde jedoch widersprochen: Es ginge nicht um „viel verdienen“ sondern um „angemessen verdienen“. Für die Definition von Angemessenheit von Vergütung gab es viele verschiedene Vorschläge, die von einer Aufbesserung der Rente bis hin zu einer weltweiten fairen Ressourcenverteilung reichten. Konkret wurden unter anderem außerdem folgende Aspekte angeführt:

- „Ich wollte die Kosten für die Ausbildung wieder reinholen“

- jedes Unternehmen, das mehr als 400,- € pro Genesungsbegleiter bezahlt, kann als engagiert betrachtet werden
- wichtig ist nicht das nominale Monatsgehalt sondern der Stundenlohn, dieser sollte auf jeden Fall über dem Mindestlohn liegen und einer Vergütung von Krankenpflegern entsprechen
- wichtig ist nicht nur der Stundenlohn sondern auch der Erhalt von Zusatzleistungen wie Supervision, die für Profis selbstverständlich sind

Ein Diskussionsteilnehmer bemerkte, EX-IN wäre an sozial schwachen Menschen anhaftet. Auf meine Nachfrage, ob es auch Erfahrungsexperten gäbe, die noch voll im Beruf stehen und sich zusätzlich in EX-IN weiterbilden, meldete sich einer der Anwesenden. Er arbeitet als Sozialpädagoge. Gegenüber seinem Arbeitgeber hat er seinen persönlichen Erfahrungshintergrund nicht offen gelegt und nutzt EX-IN nicht als Zusatzqualifikation. Er gibt an, sich davon keine Vorteile zu versprechen. In einem parallel ausgeübten Nebenjob ist seine Betroffenheit allerdings bekannt, der Sozialpädagoge erzählt, dass er diese situationsabhängig einbringt oder verschweigt.

Was die Qualifikation als Genesungsbegleiter selbst betrifft, herrschte einhellige Begriffsverwirrung. Niemand konnte angeben, wozu die EX-IN-Ausbildung konkret qualifiziert. Es bestand jedoch ein großes Interesse an der Klärung dieser Frage. Die EX-IN-Absolventin aus Bremen erläuterte, in Bremen würde überhaupt nicht von einer Ausbildung gesprochen, sondern von einer Weiterbildung. Der Kern wäre, das gemeinsame Erfahrungswissen herauszuarbeiten und einige Krankenhäuser würden es außerdem sinnvoll finden, dieses auch mit einzubeziehen und zu nutzen.

Die Berliner gaben an, dass im EX-IN-Kurs selbst bei vielen falsche Erwartungen zu den realen Tätigkeitsmöglichkeiten geweckt werden würden. Die Einschätzung wies aber auch hier eine sehr große Bandbreite auf. Bereits in den Interviews hatte sich gezeigt, dass EX-IN für viele Absolventen auch als eine hoch wirksame Form der Selbsthilfegruppe wahrgenommen wird. Einigen ist dieser Aspekt wichtiger als die tatsächliche Möglichkeit zur Ausübung einer Tätigkeit. Manche betrachten die EX-IN-Ausbildung als Weg zur eigenen Berufung, einer als Grundstein zu einem anschließenden learning by doing. Andere

gaben an, sie wären sehr naiv aus der Ausbildung herausgekommen und hätten „dann erst gemerkt, wie's läuft“. Sie wünschen sich eine Erweiterung der Ausbildung um Module wie etwa „unsere Rechte“ und bemängeln, innerhalb der Ausbildung würde zu wenig Wert gelegt auf die Rollendefinition von Genesungsbegleitern. Es wäre wichtig, die Einzelpersonen hier zu stärken, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sie in den jeweiligen Teams in aller Regel jeweils die einzigen Vertreter ihres Berufszweiges wären. Einige sähen das Curriculum gerne umfassend erweitert um dessen formale Anerkennung zu forcieren, andere warnen vor einer Professionalisierung und vertreten die Auffassung, ihre jahrelange Psychiatrie-Erfahrung an sich wäre bereits einer Ausbildung ebenbürtig.

Es wurde erwähnt, dass eine Berliner Klinik mittlerweile selbst daran arbeitet, ein Stellenkonzept für Genesungsbegleiter auszuarbeiten. Auch das Thema Vorbehalte der Profis gegen die neuen Kollegen wurde mehrmals wieder aufgegriffen und versucht hier Lösungswege zu finden. Dies bezog sich auf deren Ängste sowohl hinsichtlich finanzieller als auch hinsichtlich inhaltlicher Konkurrenz. Ein Diskussionssteilnehmer hatte sich während eines Praktikums in der Klinik zur Klärung seiner Rolle damit beholfen, dass er sich selbst als „Dolmetscher zwischen Profis und Betroffenen“ vorstellte und annahm, damit niemandem dessen eigene Fachkompetenz und Position streitig gemacht zu haben. Auffallend für mich als Zuhörende war, wie wenig gemeinsames Begriffsverständnis unter den Diskussionssteilnehmern herrschte und wie wichtig es zugleich meinem Gefühl nach den Diskutierenden erschien, eine Klärung ihrer Position als GenesungsbegleiterInnen herbeizuführen.

Die Diskussionsrunde endete, nachdem der vorgesehene Zeitrahmen bereits überschritten worden war, mit dem mehrfach geäußerten Wunsch nach einer Pause. Abschließend wurde ich nach meiner persönlichen Motivation und Vision für das Schreiben dieser Arbeit gefragt. Im folgenden Kapitel werde ich versuchen, die hierauf noch ausstehende Antwort zu nachzuliefern.

8. Konklusionen

8.1. Die ermittelten Erfolgsfaktoren und deren Gültigkeit

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Faktoren ausfindig gemacht, die einer er-

folgreichen beruflichen Tätigkeit als Genesungsbegleiter besonders förderlich sein können. Diese lassen sich unterteilen in persönliche Eigenschaften der Genesungsbegleiter selbst und in strukturelle Faktoren, die sich auch als unterstützende Rahmenbedingungen bezeichnen lassen.

Als besonders erfolgversprechende persönliche Faktoren, die einen Genesungsbegleiter auszeichnen können, wurden ermittelt:

- Differenzierter Umgang mit Sprache
- Hohe Vorbildung und ständige Weiterbildung
- Initiative
- Offenheit und Authentizität
- Wunsch nach Veränderung der psychiatrischen Versorgung
- Wunsch, der eigenen Erfahrung Sinn zu verleihen
- Toleranz
- Stabilität

Zu den besonders förderlichen strukturellen Bedingungen für eine berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter zählen:

- Klar definierte Stellung des Genesungsbegleiters innerhalb seines Teams
- Vermeidung von Mehrfachrollen des Genesungsbegleiters innerhalb der Organisation, in welcher er beruflich tätig ist
- Formale Anerkennung der EX-IN-Ausbildung
- Verankerung des Dialogs in der gesamten Organisation, in welcher der Genesungsbegleiter beschäftigt ist.
- Angemessene Vergütung der Tätigkeit des Genesungsbegleiters

So zeigt sich, dass eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit von Psychiatrie-Erfahrenen nach Absolvieren der EX-IN-Ausbildung bedingt wird durch ein günstiges Zusammentreffen sowohl von deren persönlicher Eignung als auch von passenden Rahmenbedingungen. Das eine kann durch die Betroffenen bis zu einem gewissen Grad selbst erarbeitet werden, das andere muss von den diese beschäftigenden Organisationen bereitgestellt werden. Nur in einem konstruktiven Zusammenspiel von Genesungsbegleitern und der bestehenden psychiatrischen Versorgungsstruktur kann eine Implementierung dieses neuen Berufsbildes erfolgreich gelingen.

Meine persönlichen Vorannahmen zu möglichen Erfolgsfaktoren für eine berufliche Tätigkeit als Genesungsbegleiter nach Absolvieren der EX-IN-Ausbildung wurden durch die Interviews alle bestätigt. Ob dies daran lag, dass ich in diesen Punkten das hörte, was ich hören wollte, oder ob sich meine persönliche Einschätzung der Situation von Genesungsbegleitern mit deren eigener Wahrnehmung deckte, bedarf der kritischen Hinterfragung.

Die Ergebnisse meiner Interviews beziehen sich selbstverständlich nur auf die kleine Gruppe der Berliner EX-IN-Absolventen. Ob sich die von mir ermittelten Erfolgsfaktoren auf andere Regionen übertragen lassen, wäre zu überprüfen. Ebenso zu klären wäre die Frage, ob sie einer quantitativen Überprüfung im Raum Berlin standhalten können.

Auch beziehen sich meine Ergebnisse ausschließlich auf Faktoren für eine berufliche Zufriedenheit der Genesungsbegleiter selbst. Was im deutschsprachigen Raum noch aussteht, ist eine systematische Erforschung der Bewertung einer Begleitung durch Genesungsbegleiter durch die Nutzer der psychiatrischen Versorgung.

8.2. Der gesellschaftspolitische Aspekt der EX-IN-Bewegung

In der den Interviews folgenden Diskussionsrunde fiel mir besonders und wesentlich mehr als innerhalb der einzelnen Interviews der gesellschaftspolitische Aspekt auf, den die Genesungsbegleiter mit Ihrer Tätigkeit verbinden. Der Kampf um die formale Anerkennung der Ausbildung und um die Angemessenheit der Vergütung weckte bei mir Assoziationen zu einem *Kampf um Anerkennung* im Sinne Honneths (2010), der davon ausgeht, dass Menschen aus-

schließlich durch wechselseitige Anerkennung zu einem positiven Selbstbezug gelangen können. Ich möchte von dieser Beobachtung ausgehend noch einmal den Bogen spannen zu der ebenfalls wechselseitigen Abhängigkeit von Beruf und psychischer Gesundheit. Seit 1986 definiert die WHO Gesundheit als die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen. In der Ottawa-Charta heißt es:

Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. (WHO 1986, S. 5)

Die Frage, ob EX-IN mehr eine hoch wirksame Selbsterfahrungs- bzw. Therapiegruppe wäre denn eine Ausbildung mit dem Ziel der beruflichen (Re-) Integration seiner Teilnehmer, wird durch diese Definition von Gesundheit vollkommen obsolet. Beides ist untrennbar miteinander verbunden. Wenn Psychiatrie es zu ihrer Aufgabe machen möchte, ihre Patienten auf dem Weg in Richtung Gesundheit, auf dem Weg von Recovery also, zu unterstützen, so darf sie sich meiner persönlichen Ansicht nach nicht länger auf den Standpunkt zurückziehen, sie würde Betroffenen eine Möglichkeit bieten, für die aktuellen Patienten ein Symbol der Hoffnung darstellen zu können, wenn die Tatsache selbst, dass die Tätigkeit in der angebotenen Form überhaupt nicht die Möglichkeit ein sozial und wirtschaftlich aktives Leben zu führen bietet, genau das Gegenteil dessen impliziert, was die Existenz der Genesungsbegleiter angeblich ausdrücken soll.

8.3. Der aktuelle Stand von Betroffenheit als beruflicher Qualifikation

Es stimmt mich nachdenklich, dass für eine Verkörperung von Recovery nach psychischer Erkrankung überhaupt eigens „*Berufsverrückte*“, wie eine Interviewpartnerin sich ausdrückte, existieren müssen. Angehörige der Berufsgruppen der Ärzte, der Sozialarbeiter und der Krankenpfleger suizidieren sich überdurchschnittlich häufig (Lochthowe 2011, S. 30 ff.), gleichwohl sind psychisch kranke Medizinstudenten aus Angst vor Stigmatisierung besonders wenig bereit, professionelle Hilfeangebote wahrzunehmen (Rüsch, Angermeyer & Corrigan 2005). In diesem Zusammenhang drängt sich mir die Analyse Fou-

caults (1968) zur Funktion von Krankheitszuschreibung auf:

(...) unsere Gesellschaft will in dem Kranken, den sie verjagt oder einsperrt, nicht sich selbst erkennen; sobald sie die Krankheit diagnostiziert, schließt sie den Kranken aus. Die Analysen unserer Psychologen und Soziologen, die aus dem Kranken einen von der Norm abweichenden machen und den Ursprung des Krankhaften im Anomalen suchen, sind also vor allem eine Projektion kultureller Themen (ebenda, S. 97 f.).

Eine Anerkennung dieser Worte bedingt für mich die Erkenntnis, welcher radikaler Richtungswechsel und welche einzigartige Chance, welches riesiges Potenzial im Einbezug von Genesungsbegleitern in die psychiatrische Versorgung tatsächlich liegen könnte: Die Anerkennung der Möglichkeit einer Genesung von psychischer Erkrankung sowie das unverkennbare Zeichen dafür, dass eine volle Reintegration in die Gesellschaft möglich ist, bedingen dann nicht zuletzt nämlich auch ein Erkennen der Gesellschaft ihrer eigenen Projektionen, welche über die Vergabe von Diagnosen und die Anwendung von State-of-the-Art-Behandlungsmethoden jeweils definiert sind, ist also eine Möglichkeit zu gemeinsamer Entwicklung sowohl der Professionellen, als den Repräsentanten dieser Kultur, als auch der Betroffenen selbst. Persönlich ist für mich dieser Aspekt im Laufe des Erstellens dieser Arbeit zunehmend in den Fokus gerückt. Tatsächlich waren nämlich genau dies - die Tatsache, wie wenig formale Anerkennung Genesungsbegleiter erhalten und dass deren Arbeit bisher offenbar weitestgehend nahezu unbezahlt ausgeübt wird - zwei Punkte, die mir im Vorfeld keineswegs klar gewesen waren. Die Interview-Ergebnisse betrachtend fragte ich mich im Laufe von deren Interpretation sogar, ob überhaupt die Themenstellung dieser Arbeit von mir korrekt gewählt worden ist: Ursprünglich ging ich ja von der Annahme aus, dass es sich bei den von den Genesungsbegleitern ausgeübten Tätigkeiten überwiegend um berufliche Tätigkeiten handelt. Der oben dargelegten Definition von Beruf folgend halte ich dies jedoch mittlerweile durch mich selbst für den Raum Berlin zum gegenwärtigen Zeitpunkt für weitestgehend widerlegt, da es nur im Ausnahmefall zutreffend ist. Sollte es sich bei der Tätigkeit von Genesungsbegleitern somit tatsächlich um ein „*ehrenamtliches Engagement*“ (Hirdina & Kiesinger 2012, S. B4) in einem beruflichen Umfeld bezahlter Profis handeln? Mehrere meiner Interviewpartner haben mich darauf hingewiesen, dass viele staatlich anerkannte Berufe der von mir angeführten Definition von beruflicher Tätigkeit in

der heutigen Zeit der Zunahme an prekären Beschäftigungsverhältnissen ebenfalls nicht mehr entsprechen können und dass niedrige Entlohnung kein Phänomen ist, welches in besonderer Weise die Situation von Genesungsbegleitern von derjenigen vieler anderer durchaus so genannter Arbeitnehmer unterscheidet. Ich habe den Eindruck, dass die Genesungsbegleiter selbst ihre Tätigkeit sehr wohl als Beruf verstanden wissen wollen und auf einen weiteren Ausbau an regulär bezahlten Stellen hoffen. Viele betonen nachdrücklich ihre Wahrnehmung deutlicher Anzeichen für eine bevorstehende dies bezügliche Veränderung. Interessant wären an dieser Stelle weitere Nachforschungen auch im übrigen Bundesgebiet sowie ein Abgleich der Erwartungen der Bewerber für die EX-IN-Ausbildung mit den realen Möglichkeiten zur Berufsausübung und die Frage, welche Intentionen und Erwartungen die Anbieter der EX-IN-Kurse selbst hegen.

9. Persönliche Vision und Ausblick

In meiner Vision, um so zu guter Letzt auf diese Frage zurück zu kommen, existieren aufgrund der weiterhin bestehenden Stigmatisierungstendenzen, gerade auch innerhalb der Psychiatrie selbst, neben Stellen für Genesungsbegleiter zusätzlich auch Stellen für Fachärzte, für das Pflegepersonal, für Psychologen und für Sozialarbeiter, die ausschließlich von Bewerbern mit der Doppelqualifikation Profi / Erfahrungsexperte besetzt werden dürfen. Das wäre meiner Ansicht nach ein wirkungsvoller Weg um erlebbar werden zu lassen, dass zwischen Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum herrscht, dass das Leben ein dynamischer Vorgang ist, der stets in beide Richtungen hin sämtliche Möglichkeiten offen hält und dass es nicht nur ein *entweder / oder* sondern in aller Regel immer ein *sowohl / als auch* gibt (vgl. Antonovsky 1979). Es muss klar sein, dass Psychiatrie-Erfahrene unter gewissen Bedingungen zwar gute Genesungsbegleiter sein können, dass sie aber prinzipiell auch in jedem anderen zu ihrer Persönlichkeit passenden Beruf ebenso (wieder) Erfolg haben können. Andernfalls besteht meines Erachtens eine Gefahr, dass aufgrund der Tatsache, dass Genesungsbegleiter per definitionem über eigene Krisenerfahrung verfügen, der unzulässige Schluss durch Kollegen oder durch andere Kontaktpersonen erfolgen könnte, sie wären automatisch weiterhin und dauerhaft als psychisch krank oder zumindest als erhöht vulne-

rabel anzusehen und zu behandeln. Dieser Rückschluss ist nicht nur empirisch nicht haltbar, auch aus normativen Gründen halte ich ihn für überaus bedenklich. Nur allzu leicht könnten aus einer solchen Haltung heraus sich selbst erfüllende Prophezeiungen entstehen, die weder für die Genesungsbegleiter noch für deren Patienten oder Klienten von irgendeinem Nutzen sein dürften.

Wo es jedoch gelingt diese Klippen zu umschiffen, sehe ich phantastische Möglichkeiten, durch dialogische Arbeit eine Kultur der Krisenbegleitung zu schaffen, die Genesung nicht nur als möglich sondern als weithin verbreitet ansieht und die dies an realen Vorbildern erlebbar und sogar greifbar macht.

Als viel versprechende Entwicklung empfinde ich es in diesem Zusammenhang, dass nach der Diskussion meiner Ergebnisse - jedoch davon unbeeinflusst - im Oktober dieses Jahres Christian Reumschüssel-Wienert, Referent für Psychiatrie / Queere Lebensweisen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin, ebenfalls an einem Treffen der Berliner EX-IN-Absolventen teilnahm. Er war gekommen um mit den Genesungsbegleitern Möglichkeiten zur Schaffung von zusätzlichen Arbeitsstellen für diese zu diskutieren. Im Laufe des Abends entwickelten die EX-IN-Absolventen im Gespräch mit ihm die Idee eines Weiterbildungscurriculums für Profis, in welchem sie diese über sich und ihre Arbeit informieren möchten. Auf diese Weise hoffen sie dazu beitragen zu können den Informationsaustausch zu fördern und gegenseitige Vorurteile abzubauen. Ich wünsche den Berliner Genesungsbegleitern bei diesem Vorhaben viel Erfolg!

Abschließend möchte ich einen Ausspruch Jürgen Gallinats, Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, auf dem diesjährigen dgppn-Kongress zitieren:

„We have to learn from the wisdom of our patients.“³

3 Erster Satz der Antwort auf eine Frage zum Vortrag *Rational use of neuroleptics* innerhalb des Hauptsymposiums *Controversies in psychiatry: neurotoxic and neuroprotective effects of neuroleptics*. Diesen letzten Absatz hatte ich in der als Bachelorarbeit eingereichten Form dieser Arbeit gelöscht, mittlerweile bin ich aber der Ansicht, dass ich ihn hätte stehen lassen sollen und füge ihn somit heute, am 13.10.2013, wieder ein. Wenn nicht anders gekennzeichnet, habe ich seit der Abgabe an anderen Stellen ausschließlich Rechtschreib- oder Grammatikfehler korrigiert.

10. Danksagung

Zahllose Menschen haben auf vielfältigste Weise an der Erstellung dieser Arbeit mitgewirkt: Allen voran meine Interviewpartner, die nicht nur ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben sondern mir auch unermüdlich Feedback gaben und mein teilweise nicht ausreichendes Fachwissen ausglich. Dies gilt ebenso für all diejenigen, die an der Feedback-Runde und / oder der Email-Diskussion der Interview-Ergebnisse teilgenommen haben. Eine Reihe führender Profis auf dem Gebiet von Betroffenenbeteiligung und Dialog haben mir hilfreiche Literaturtipps gegeben und bisher unveröffentlichte Quellen zur Verfügung gestellt. Meine Familie und Freunde gaben wertvolle Hinweise zur Verständlichkeit des Texts für fach-fremde Personen, zu Rechtschreibung, Formatierung sowie auch zu wissenschaftlichen Methoden. Die FernUniversität in Hagen hat mir in Person von Frau Prof. Dr. Christel Salewski die Möglichkeit geboten mein Wunschthema nach meinen persönlichen Vorstellungen zu bearbeiten und mir ebenfalls wichtige Anregungen gegeben.

Die Interaktivität in der Entstehung dieser Arbeit war Teil des Konzepts, jedoch wurde meine Erwartung dessen, was an Austausch und Diskussion möglich sein würde, bei weitem übertroffen. Ich danke allen, die mich unterstützt haben!

11. Literatur

- Ahenkan, E. C. (2008): *Psychiatrie-Praktikum Hannover in der medizinischen Hochschule Hannover (Station 50a) im Rahmen der EX-IN-Ausbildung „Experienced Involvement“* Berlin. Zuletzt abgerufen am 22.10.2012 unter www.soteria-netzwerk.de/Dokumente/Ahenkan_Hannover.pdf
- Aderhold, V.; Alanen, Y. O.; Hess, G. & Hohn, P. (Hrsg.) (2003): *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: Psycho-sozial-Verlag.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Amering, M. (2012): „Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit“. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.: Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 3. Auflage, S. 58-69 Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Anthony, W. (1993): *Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service systems in the 1990*. In: Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, S. 11-23
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Bundesverband Psychiatrieerfahrender (2009): Stellungnahme. Zuletzt abgerufen am 10.6.2012 unter www.bpe-online.de/verband/vorstandsmitteilungen/ex-in.pdf
- Bock, T. (Hrsg.) (2000): *Es ist normal, verschieden zu sein! Verständnis und Behandlung von Psychosen*. Blaue Broschüre. Hrsg. von der AG der Psychoseminare. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bock, T.; Buck, D. & Meyer, H. (2009): *Entwicklungslinien des Trialogs*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2009, 3, S. 4-6
- Bock, T. (2012): *Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN*. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G. & Bock, T.: Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 3. Auflage, S.22-32, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bock, T. (2012a): *Eigensinn und Psychose. „Noncompliance“ als Chance*. 5. Auflage, Neumünster: Paranus Verlag
- Davidson, L.; Chinman, M.; Kloos, B.; Weingarten, R.; Stayner, D. & Kraemer

- Tebes, J. (2006): *Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illnesses: A Review of the Evidence*. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1999, 6, S. 165-187
- Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Floeth, T. & Majewsky, U. (2010): *Der Dialog als Mittel der Qualitätssicherung*. In: Faulbaum-Decke, W. & Zechert, C. (Hrsg.): *Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung*. S. 134-143, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Foucault, M. (1968): *Psychologie und Geisteskrankheit*. Baden-Baden: Edition suhrkamp
- Franke-Diel, I. (2011): *Arbeitspsychologie*. FernUniversität in Hagen
- Giereth, S. (2011): *Leitfadeninterview und Qualitative Inhaltsanalyse als Instrument der Qualitativen Forschung*. München: Grin Verlag
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 1 und 2 Frankfurt: Suhrkamp Verlag
- Hegedüs, A.; Steinauer, R. & Abderhalden, C. (2012): *Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs DAS Experienced Involvement*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern: Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Hegedüs, A. & Steinauer, R. (2013): *Die Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs Experienced Involvement in Bern*. In: Burr, C.; Schulz, M.; Winter, A. & Zuaboni, G. (Hrsg.): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen. Projekte*. S. 204-217 Köln: Psychiatrie Verlag
- Heißler, M. (2010): *Psychiatrie (fast) ohne betten durch Sozialraumorientierung - nach Einführung eines regionalen Budgets*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2010, 42(3), S. 757-767
- Heißler, M. (2011): *„Es wird kein Stein auf dem anderen bleiben.“ Auf dem Weg zur Post-Psychiatrie*. *Soziale Psychiatrie* Nr. 134, 4, S. 4-9
- Henke, A. (2012): *Gibt es Rosenbeete in der Psychiatrie und macht es Sinn, sie dort zu pflanzen?* In: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hrsg.): *Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen*. S.104-106, Berlin

- Hirdina, K. & Kiesinger, F. (2012): *Viele Wege führen zurück in den Beruf. Möglichkeiten und Angebote für psychisch Kranke Menschen – berufliche Rehabilitationsmaßnahmen können Abwanderung in die Rente verhindern.* In: Der Tagesspiegel. Psychiatrie. Beilage in Kooperation mit Gesundheitsstadt Berlin e.V., 19. November 2012 / Nr. 21 518, S. B4
- Hoffmann, A. (2010): *Angehörige und Nutzer als bezahlte Kotherapeuten – Erste Erfahrungen* In: Faulbaum-Decke, W. & Zechert, C. (Hrsg.): *Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung.* S. 29-37 Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Honneth, A. (2010): *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte.* Berlin: suhrkamp
- Jahoda, M. (1983): *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert.* Weinheim: Beltz
- Kempen, K. (2008): *Betroffenenbeteiligung am Beispiel der Krisenpension.* Diplomarbeit im Diplomstudiengang Psychologie. Zuletzt abgerufen am 15.11.2012 unter <http://www.krisenpension.de/doku.htm>
- Kleinschmidt, M. (2010): *Bedürfnis, Lebenswelt und Vorsorge: Das NetzWerk psychische Gesundheit in Berlin.* In: Faulbaum-Decke, W. & Zechert, C. (Hrsg.): *Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung.* S. 20-28 Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Kleinschmidt, M. & Calliess, I. (2011): *The German „NetzWerk psychische Gesundheit“ NWpG: Establishing Home Treatment for Patients with Severe Chronic Mental Disorders from a Systemic Approach.* Poster auf dem 19. Europäischen Kongress für Psychiatrie der European Psychiatric Association EPA vom 12–15. März 2011 in Wien. Zuletzt abgerufen am 6.9.2012 unter http://www.martinkleinschmidt.de/EPA_2011_NWpG_Poster_20110328_dt.pdf
- Lauber, C.; Nordt, C.; Braunschweig, C. & Rössler, C. (2006): *Do mental health professionals stigmatize their patients?* In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl 429), S. 51-59
- Lochthowe, T. (2001): *Suizid bei verschiedenen Berufsgruppen. Eine Übersicht.* Saarbrücken: Suedwestdeutscher Verlag fuer Hochschulschriften
- Martens, J.-U., & Kuhl, J. (2011): *Die Kunst der Selbstmotivierung: Neue Erkenntnisse der Motivationsforschung praktisch nutzen.* 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

- Nerdinger, F.; Blickle, G. & Schaper, N. (2011): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 2. Auflage, Berlin: Springer Medizin Verlag
- Osterfeld, M. (2001): *Eine Kollegin wird wieder gesund*. In: Wollschläger, Martin (Hrsg.): *Sozialpsychiatrie: Entwicklungen - Kontroversen - Perspektiven*. S. 617-624, dgvt-Verlag, Tübingen,
- Paul, K. & Moser, K. (2001): *Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse*. In: Zempel, J.; Bacher, J & Moser, K. (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. S 83-110, Opladen: Leske & Budrich,
- Rose, D.; Fleischmann, P.; Tonkiss, F.; Campbell, P. & Wykes, T. (2003): *User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of Literature. Report of the National Coordinating Centre for the NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCSSDO)*
- Rüsch, N.; Angermeyer, M. & Corrigan, P. (2005): *Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen*. In: *Psychiatrische Praxis*, 32(5), S. 221-232
- Schütze, F. (1983): *Biographieforschung und narratives Interview*. In: *Neue Praxis*, 3, S. 283-293
- Semmer, N. K. & Udris, I. (2004): *Bedeutung und Wirkung von Arbeit*. In Schuler, H. & Brandstätter, H. (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*. 3. Auflage. S. 157-196, Bern: Huber
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Utschakowski, J. (2012): *Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen*. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G. & Bock, T.: *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 3. Auflage, S. 14-21, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- World Health Organization (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.
- World Health Organization (2004): *Mental health policy, plans and programmes - Rev. ed. (Mental health policy and service guidance package)*