PEER-ARBEIT IM KONTEXT SOZIALER ARBEIT

Eine Forschung über den Einfluss ambulanter Peer-Angebote
auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Fabienne Grunder

August 2019

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE
LUZERN

Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Sozialpädagogik

Kurs TZ 2014-2019

Fabienne Grunder

Peer-Arbeit im Kontext Sozialer Arbeit

Eine Forschung über den Einfluss ambulanter Peer-Angebote auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialpädagogik.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE
LUZERN

Soziale Arbeit

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern

Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag lizenziert.
Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis
Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz http://creativecommons.org/

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.
Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE
LUZERN

Soziale Arbeit

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

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

Chinesisches Sprichwort

Abstract

Im englischsprachigen Raum stellen Peers einen festen Bestandteil der psychiatrischen Versorgung dar. In der Schweiz ist der Peer-Arbeit der grosse Durchbruch dagegen noch nicht gelungen. In der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Klientel ist die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Peers noch nicht selbstverständlich. Die Autorin geht in dieser Bachelorarbeit der Frage nach, welchen Einfluss die Nutzung eines ambulanten Peer-Angebots auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen hat. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse zeigen auf, inwiefern Klientinnen und Klienten von der Implementierung von Peer-Angeboten in soziale Institutionen profitieren können. Die theoretische Basis der Arbeit bildeten Begriffe und Konzepte im Bereich der psychischen Gesundheit, der Sozialen Arbeit in der Begleitung psychisch erkrankter Menschen sowie der Peer-Arbeit. Die Forschung beruhte auf der Durchführung von Leitfadeninterviews mit Betroffenen, welche ambulante Peer-Angebote in der Zentralschweiz nutzen. Diese wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Nutzung der Peer-Angebote den Genesungsweg der Befragten positiv beeinflusst. Die Peer-Angebote stellen sich als wichtige, ergänzende Leistung zu anderen therapeutischen Angeboten heraus. Es bestehen jedoch angebotsspezifische und gesellschaftliche Aspekte, welche den Genesungsprozess der Betroffenen behindern und die es in Zukunft zu bewältigen gilt. Die Ergebnisse führen zum Schluss, dass die Implementierung von Peer-Angeboten in Soziale Institutionen notwendig ist, um den Genesungsprozess psychisch erkrankter Personen zu unterstützen.

Dank

An dieser Stelle möchte ich allen Personen danken, welche mich beim Verfassen der vorliegenden Arbeit unterstützt haben. Ein grosses Dankeschön gilt in erster Linie den sieben Interviewpersonen. Ohne ihre Bereitschaft, mir ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen zum Thema Peer-Arbeit mitzuteilen, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Besonders bedanken möchte ich mich zudem bei Johann Meinhof, der mir in seiner Rolle als Pflegeexperte mit grossem Enthusiasmus und Fachwissen zur Seite gestanden hat. Weiter bedanke ich mich bei den Peers Ulrike Kaiser, Tobias Camenzind, Jasmin Jossen und Nicole Hirschi, welche mich bei der Suche nach Interviewpersonen unterstützt haben. Ebenfalls gilt mein Dank Gregor Husi, Elke Brusa und Paula Krüger für ihre grosse Unterstützung und das Teilen ihres Expertenwissens während des Bachelorkolloquiums und den Fachpoolgesprächen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract II
Dank III
1. Einleitung 1
1.1 Ausgangslage 1
1.2 Motivation 2
1.3 Adressatinnen und Adressaten 2
1.4 Ziel der Bachelorarbeit 2
1.5 Fragestellungen und Abgrenzung 3
1.6 Aufbau der Arbeit 4
1.7 Begriffsklärung 4
1.7.1 Psychische Erkrankung 4
1.7.2 Peer 5
1.7.3 Klientin und Klient 5
1.7.4. Betroffene und Betroffener 5
1.7.5 Soziale Institution 5
2. Theoretischer Hintergrund 6
2.1 Psychische Gesundheit und psychische Erkrankung 6
2.1.1 Psychische Gesundheit 7
2.1.2 Psychische Krise 8
2.1.3 Psychische Erkrankung 9
2.1.4 Normentypen 9
2.1.5 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen 10
2.1.6 Das salutogenetische Modell nach Antonovsky 11
2.1.7 Fazit 13
2.2 Psychische Gesundheit und Soziale Arbeit 14
2.2.1 Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und psychischer Gesundheit 14
2.2.2 Praxisfelder 15
2.2.3 Aufgabenbereiche 16
2.2.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung 18
2.2.5 Fazit 19
2.3 Peer-Arbeit 20
2.3.1 Definition 20
2.3.2 Recovery 21
2.3.3 Trialog 23
2.3.4 EX-IN – vom Pilotprojekt zur anerkannten Peer- Weiterbildung 24

2.3.5 Erfahrungen mit der Peer-Arbeit 25
2.3.6 Fazit 26
3. Forschungsmethodik 27
3.1 Herleitung der Forschungsfrage 27
3.2 Forschungsperspektive 27
3.3 Sampling 28
3.4 Datenerhebung 31
3.5 Datenaufbereitung 32
3.6 Datenauswertung 32
4. Forschungsergebnisse 35
4.1 Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote 35
4.2 Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote 38
4.3 Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen 42
4.4 Hindernisse im Genesungsprozess 43
5. Diskussion der Ergebnisse 47
5.1 Erfahrungswissen als zentrale Expertise der Peers 47
5.2 Besonderheit der Peer-Klientel-Beziehung 48
5.3 Umgang mit vorherrschenden Normen beeinflusst die Selbstakzeptanz 49
5.4 Hoffnung als Motor für Selbstwirksamkeit 49
5.5 Alltagbegleitung als Unterstützung aus der Abwärtsspirale 50
5.6 Förderung der Handhabbarkeit 50
5.7 Einfluss auf soziale Beziehungen 51
5.8 Bedeutung der Zusammenarbeit 51
5.9 Einfluss der Stigmatisierung auf die Peer-Angebote 53
5.10 Recoveryhaltung versus Pathologisierung 53
5.11 Fazit 54
6. Berufliche Schlussfolgerungen 55
6.1 Art des Peer-Angebots 55
6.2 Schnittstellenmanagement 56
6.3 Klarheit über Aufgaben- und Kompetenzbereiche 56
6.4 Anzahl der Peers 57
6.6 Fazit 59
7. Ausblick und persönliches Fazit 60
Literaturverzeichnis 61
ANHANG 66

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Fabienne Grunder, eigene Darstellung

Abbildung 1: Plakat Aktion: Ach du auch hier 7

Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Modell 17

Abbildung 3: Forschungsvorgehen 28

Abbildung 4: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse 32

Abbildung 5: Kategorienübersicht 34

Abbildung 6: Veränderungen im Genesungsprozess 52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen der Arbeit 3

Tabelle 2: Normentypen 10

Tabelle 3: Das Kohärenzgefühl 12

Tabelle 4: Grundsätze von Recovery 22-23

Tabelle 5: Kriterien des Sampling 28-29

Tabelle 6: Samples 30

Tabelle 7: Kurzbeschrieb der genutzten Peer-Angebote 30

Tabelle 8: Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote 35

Tabelle 9: Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote 38

Tabelle 10: Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen 42

Tabelle 11: Hindernisse im Genesungsprozess 43

Tabelle 12: Handlungsansätze für die Optimierung von Peer-Angeboten

und die Förderung der psychischen Gesundheit von Betroffenen 59

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
EX-IN	Experienced Involvement
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
NGP	Nationale Gesundheitspolitik
NPG	Psychische Gesundheit Schweiz
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Sages	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Zu Beginn dieses Kapitels wird die Ausgangslage des gewählten Forschungsthemas dargelegt und die Motivation der Autorin zum Verfassen der vorliegenden Arbeit geschildert. Daraus abgeleitet ergeben sich die Ziele der Arbeit sowie die dazu gehörenden Fragen im Bereich der Theorie, der Forschung und der Praxis. Darauf folgt die Erläuterung des Ablaufs. Das Kapitel endet mit der Erklärung von Begriffen, welche für das Verständnis der weiterführenden Arbeit zentral sind.

1.1 Ausgangslage

Zahlreiche Studien belegen die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und erhöhtem Krankheitsrisiko und stärkerer Gesundheitsgefährdung (Karlheinz Ortmann, 2015, S. 6). Dabei wird insbesondere der wechselseitige Einfluss sozialer Benachteiligung und psychischer Erkrankungen hervorgehoben (ebd.). Christine Daiminger, Peter Hammerschmidt und Juliane Sagebiel (2015) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sozial benachteiligte Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit überdurchschnittlich oft und stark von psychischen Einschränkungen betroffen sind (S. 11). Im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen arbeiten die Professionellen der Sozialen Arbeit interdisziplinär. Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachpersonen des Gesundheitswesens stellt einen zentralen Aspekt des Berufsalltags dar.

In der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Personen kristallisiert sich in der Schweiz seit 2007 eine neue Gruppe von Fachpersonen heraus, welche Bewegung in die schweizerische Psychiatrielandschaft bringt: Die Peers. Mit Peers im psychiatrischen Sinne sind Menschen gemeint, welche selbst psychische Krisen durchlebt und in der Regel auch psychiatrische Dienste genutzt haben. Diese werden nach einer Weiterbildung als Expertinnen und Experten aus Erfahrung tätig, indem sie ihr reflektiertes, persönliches Erleben zur Unterstützung von Betroffenen einsetzen (Peer+, 2016, S. 4). Im englischsprachigen Raum stellen Peers schon seit längerem einen festen Bestandteil der psychiatrischen Versorgung dar (Jörg Utschakowski, 2016, S. 19). In der Schweiz wird die Peer-Arbeit zurzeit schrittweise in die Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen einbezogen und damit zunehmend anerkannt (Peer+, 2016, S. 3). Trotzdem ist der Peer-Arbeit der grosse Durchbruch in der Schweiz noch nicht gelungen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Peers stellt noch keine Selbstverständlichkeit dar.

1.2 Motivation

Die Autorin dieser Arbeit ist aufgrund persönlichem Engagement im Bereich der psychischen Gesundheit auf die Peer-Arbeit aufmerksam geworden. Von Anfang an bestand eine grosse Faszination für dieses Thema, welche durch weitere Recherchen noch verstärkt wurde.

Die Autorin stellte fest, dass die Peer-Arbeit in sozialen Institutionen der Schweiz noch wenig vertreten, geschweige denn bekannt ist. Auch im Gespräch mit Angehörigen, Bekannten und Studierenden der Hochschule bemerkte sie, dass kaum jemand die Peer-Arbeit kannte. Ein Grund dafür sieht die Autorin in der Tatsache, dass im deutschsprachigen Raum noch wenig Forschungserkenntnisse über die Auswirkung der Peer-Arbeit im Rahmen psychiatrischer Angebote bestehen (Utschakowski, 2016, S. 19-23). Gemäss Utschakowski ist es wichtig, die Wirkweisen der Peer-Arbeit noch genauer zu untersuchen und im Sinne einer Erfahrungswissenschaft weiter zu beschreiben (ebd.). Aus diesem Grund hat die Autorin sich dafür entschieden, eine Forschungsarbeit über die Auswirkungen von Peer-Angeboten zu schreiben. In ihren Recherchen stiess sie auf viele Erkenntnisse darüber, welchen Einfluss die Peer-Arbeit auf die Peers selbst oder bestehende Fachteams hat. Ergebnisse, welche die Sicht der Betroffenen (der Nutzerschaft der Peer-Angebote) in der Schweiz aufzeigen, waren kaum zu finden. Deshalb war es für die Autorin naheliegend, sich in der Arbeit mit der Sicht von Betroffenen zu beschäftigen.

1.3 Adressatinnen und Adressaten

Diese Bachelorarbeit richtet sich primär an Professionelle der Sozialen Arbeit, welche in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen tätig sind. Die Arbeit soll jedoch allen Personen, die im Bereich der psychischen Gesundheit arbeiten oder sich dafür interessieren, einen Einblick in die Bedeutung der Peer-Arbeit geben. Zu den Adressatinnen und Adressaten gehören demnach Fachleute unterschiedlicher Disziplinen in der Gesundheitsversorgung (Peers im Speziellen), Betroffene, Angehörige und Interessierte.

1.4 Ziel der Bachelorarbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es in erster Linie, der Peer-Arbeit als eigenständige Profession in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen Beachtung zu schenken. Die Professionellen der Sozialen Arbeit plädieren dafür, die Klientel mit ihren Bedürfnissen und Interessen ins Zentrum ihrer Dienstleistungen zu rücken. Die Autorin ist der Ansicht, dass diesem Anliegen gerade in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Personen noch mehr Folge geleistet werden kann. Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Sicht der Klientinnen und Klienten, welche Peer-Angebote

nutzen. Das Teilen ihrer persönlichen Erfahrungen und Wünsche im Zusammenhang mit bestehenden Peer-Angeboten soll zur Reflektion und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für psychisch erkrankte Personen beitragen.

1.5 Fragestellungen und Abgrenzung

Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage, Motivation und Zielsetzung sind fünf Fragestellungen entstanden, welche in dieser Arbeit beantwortet werden sollen. Die ersten drei Theoriefragen werden mittels Literaturarbeit beantwortet. Die Forschungsfrage wird anhand der Ergebnisse aus Betroffeneninterviews in Verbindung mit der Literatur beantwortet. Die letzte Frage bildet die Praxisfrage, welche auf der Basis der vorangegangen Kapitel sowie durch das Hinzuziehen weiterer Literatur beantwortet wird.

Fragestellungen der Arbeit
Theoriefragen
• Was wird unter psychischer Gesundheit, respektive psychischer Erkrankung verstanden und in welchem Verhältnis stehen die beiden Begriffe zueinander? • Welche Rolle nimmt die Soziale Arbeit in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen ein? • Wie gestaltet sich die Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich?
Forschungsfrage
• Welchen Einfluss hat die Nutzung eines ambulanten Peer-Angebots auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen?
Praxisfrage
• Inwiefern können psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit von der Implementierung von Peer-Angeboten in soziale Institutionen profitieren?

Tabelle 1: Fragestellungen der Arbeit (eigene Darstellung)

Diese Forschungsarbeit befasst sich mit der Nutzung von Peer-Angeboten durch Erwachsene und grenzt sich somit von der Sozialen Arbeit im Kinder- und Jugendbereich ab. In der Arbeit wurden ausschliesslich ambulante Peer-Angebote erforscht. Da jedoch viele psychisch erkrankte Personen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung (manchmal mehrmals) zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen wechseln, erachtet die Autorin die Zusammenarbeit zwischen den drei Bereichen als sehr wichtig. Insofern richtet sich die Beantwortung der Praxisfrage auch an Professionelle der Sozialen Arbeit, welche in teilstationären und stationären Settings tätig sind.

1.6 Aufbau der Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit. Diese ist in sieben Kapitel gegliedert. Der Aufbau der Arbeit orientiert sich an der Reihenfolge der Kapitel in Bachelorarbeiten nach Gregor Husi (2009).

Nachdem in Teilkapitel 1.7 zentrale Begriffe erklärt werden, startet Kapitel 2 mit dem theoretischen Hintergrund der Arbeit. Dabei wird jede der oben aufgelisteten Theoriefragen in einem einzelnen Teilkapitel beantwortet. In Kapitel 3 wird die gewählte Forschungsmethodik dargelegt. Kapitel 4 zeigt die Forschungsergebnisse auf und soll zusammen mit deren Diskussion in Kapitel 5 die Forschungsfrage beantworten. Mit der Beantwortung der Praxisfrage in Kapitel 6 wird die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Soziale Arbeit aufgezeigt. Der Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 7 mit dem persönlichen Fazit der Autorin sowie einem Ausblick für weiteren Forschungsbedarf.

1.7 Begriffsklärung

An dieser Stelle werden zentrale Begriffe erklärt, welche in den folgenden Kapiteln oft Verwendung finden. Die Begriffsklärung dient dem gemeinsamen inhaltlichen Verständnis der weiterführenden Arbeit.

1.7.1 Psychische Erkrankung

In der Klinischen Psychologie wird überwiegend der Begriff *psychische Störung* verwendet (Andreas Maercker, 2018a, S. 15). Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit BAG (2015) wird dadurch semantisch die Dysfunktion betont (S. 15). Der Begriff *psychische Erkrankung* hingegen verweist auf «den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf, die Behandlung, die Pflege und die Nachbetreuung der Person.» (ebd.) In dieser Arbeit wird der Begriff *psychische Erkrankung* bevorzugt. Um die Originalität von, aus der Literatur übernommenen Textstellen zu bewahren, werden jedoch die dort verwendeten Begriffe beibehalten. Somit sind in dieser Arbeit die Begriffe *psychische Erkrankung* wie auch *psychische Störung* vorzufinden. Die Begriffe werden dabei synonym verwendet. Auf die genaue Definition der psychischen Erkrankung wird in Kapitel 2.1 eingegangen.

1.7.2 Peer

Peers im psychiatrischen Bereich werden auch *Genesungsbegleiterinnen und -begleiter* oder *Expertinnen und Experten aus Erfahrung* genannt. Eine Einigung auf eine einzige einheitliche Berufsbezeichnung liegt bisher nicht vor. In dieser Arbeit wird der Begriff *Peer* verwendet. Das Wort *Peer* kommt aus dem Englischen und heisst so viel wie «Gleichgestellter» (Langenscheidt, 2002). In der Sozialen Arbeit findet der Begriff *Peer* in verschiedenen Settings Verwendung. In dieser Arbeit sind mit Peers ausschliesslich Peers im psychiatrischen Bereich gemeint. Wird der Begriff in der Mehrzahl verwendet, schliesst er immer beide Geschlechter mit ein. Die genaue Definition von Peers im psychiatrischen Bereich wird in Kapitel 2.3 erläutert.

1.7.3 Klientin und Klient

Im psychiatrischen Kontext werden überwiegend die Begriffe *Patientin und Patient* verwendet. Stephen Joseph (2019) weist darauf hin, dass diese Begriffe das Risiko mit sich bringen, dass die Fachleute in eine arztähnliche Position versetzt werden, in der sie über das Fachwissen verfügen, was für die Patientin oder den Patienten am besten ist. Mit dem Fokus auf der Peer-Arbeit und der damit verbundenen Recoveryorientierung (welche in Kapitel 2.3 genauer ausgeführt werden) erscheint die Verwendung der Begriffe *Klientin und Klient* adäquater. Damit soll der Dienstleistungscharakter der Tätigkeit und die Eigenverantwortung der Betroffenen betont werden.

1.7.4. Betroffene und Betroffener

Mit den Begriffen *Betroffener* und *Betroffene* sind in dieser Arbeit von psychischen Erkrankungen betroffene Personen gemeint. Die Begriffe werden als Synonyme für *Klientin* und *Klient* verwendet. Obwohl auch Peers von psychischen Erkrankungen betroffen waren, respektive sind, werden sie aufgrund ihrer professionellen Rolle in dieser Arbeit nicht als *Betroffene* bezeichnet.

1.7.5 Soziale Institution

Der Begriff der sozialen Institution ist in der Literatur nach wie vor nicht eindeutig geklärt (Hartmut Esser, 2000, S. 1). In der Soziologie werden darunter soziale Einrichtungen verstanden, die das Handeln der Menschen grundlegend bestimmen, Willkür einschränken und den Menschen Verhaltenssicherheit geben (Uni Hamburg, ohne Datum). Dazu gehören beispielsweise die Familie, die Marktwirtschaft, das schulische Bildungswesen und weitere. In dieser Arbeit wird der Begriff der *sozialen Institution* mit dem Begriff der *sozialen Organisation* gleichgestellt. Dabei handelt es sich um öffentliche Einrichtungen, die dem Wohl oder dem Nutzen der Allgemeinheit dienen (ebd.). Die vorliegende Arbeit fokussiert sich dabei auf Institutionen, in denen die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen tätig sind.

2. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den theoretischen Rahmen der Forschung und vermittelt der Leserin oder dem Leser Kenntnisse, welche zum Verständnis der weiterführenden Arbeit beitragen. Das Kapitel ist in drei Teilkapitel gegliedert. Zu Beginn jedes Teilkapitels wird die darin zu beantwortende Theoriefrage angeführt.

2.1 Psychische Gesundheit und psychische Erkrankung

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit für ein zufriedenes Leben rückte in den vergangenen Jahren vermehrt in das gesellschaftliche Bewusstsein. Die schweizerische Kampagne Psy-Gesundheit (2019) schreibt dazu: «Psychische Gesundheit betrifft uns alle!» Die Aussage der Kampagne kommt nicht von ungefähr. Gemäss einer Studie von Hans-Ulrich Wittchen und Frank Jacobi leidet jede zweite Person im Laufe ihres Lebens einmal an einer psychischen Erkrankung (Wittchen & Jacobi, 2005; zit. in Obsan, 2016, S. 11). Somit kommt beinahe jede Person in Kontakt mit psychischen Erkrankungen -sei es, weil sie selbst oder jemand im näheren Umfeld (in der Familie, bei der Arbeit oder in der Freizeit) davon betroffen ist. Diese Erkenntnis lässt folgende Frage aufwerfen:

> Was wird unter psychischer Gesundheit, respektive psychischer Erkrankung verstanden und in welchem Verhältnis stehen die beiden Begriffe zueinander?

Zur Beantwortung der Frage werden in den folgenden Abschnitten die Begriffe *psychische Gesundheit, psychische Krise* und *psychische Erkrankung* definiert. Zudem wird Bezug zur Stigmatisierung als Folge psychischer Erkrankungen genommen. Als eine Möglichkeit, das Verhältnis zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung zu beschreiben, wird im letzten Abschnitt das salutogenetische Modell nach Antonovsky beleuchtet.

Abbildung 1: Plakat Aktion: Ach du auch hier (Quelle: Spital fmi, 2019a)

2.1.1 Psychische Gesundheit

In der Literatur sind eine Vielzahl, sich teilweise ergänzender Definitionen psychischer Gesundheit zu finden. Folgend werden einige davon aufgegriffen, mit dem Ziel, ein umfassendes Verständnis für den Begriff der psychischen Gesundheit zu generieren.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO versteht psychische Gesundheit als Resultat komplexer, dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen sowie institutionellen Faktoren (WHO, 2001; zit. in Nationale Gesundheitspolitik NGP, 2004, S. 18). Damit verweist die WHO darauf, dass psychische Gesundheit ein vielschichtiger Prozess ist, der neben individuellen Faktoren massgeblich von äusseren Aspekten beeinflusst wird. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit BAG (2015) verfügt eine psychisch gesunde Person über ein stabiles Selbstwertgefühl, eine gefestigte Identität bezüglich ihrer verschiedenen Rollen in der Gesellschaft sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle (S. 12). Des Weiteren empfindet sich die Person in der Regel als optimistisch, zuversichtlich und ausgeglichen (ebd.). Dabei müssen diese Eigenschaften jedoch nicht alle und zu jeder Zeit vorhanden sein (NGP, 2004, S. 20). So gehört zur psychischen Gesundheit nicht nur das Gefühl des allgemeinen Wohlbefindens, sondern auch die Fähigkeit, eigene Schwächen und Begrenzungen zu akzeptieren und einen konstruktiven Umgang mit ihnen zu finden. Psychische Gesundheit ist umso eher gewährleistet, je besser die Menschen mit den Herausforderungen des Lebens zu Recht kommen, ohne sie zu leugnen oder zu tabuisieren (ebd.).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert psychische Gesundheit als «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.» (WHO, 2001; zit. in Carina Schlipfenbacher & Frank Jacobi, 2013, S. 2) Hierbei wird ersichtlich, dass die psychische Gesundheit jedes einzelnen nicht nur das Individuum, sondern auch die Gesellschaft betrifft. So ist die psychische Gesundheit Voraussetzung dafür, dass eine Person ihr individuelles Potential entfalten kann und ihre Rolle in der Gesellschaft und im Arbeitsleben findet (Schlipfenbacher & Jacobi, 2013, S. 2). Dies wiederum wirkt sich positiv auf den wirtschaftlichen Wohlstand und das Zusammenleben der Bevölkerung aus (ebd.).

Laut Martin Hafen (2014) ist es entscheidend, wer die psychische Gesundheit definiert (S. 13). Ein konkreter Gesundheitszustand kann unterschiedlich ausgelegt werden, je nachdem, ob er von der betroffenen Person oder einer Instanz in ihrer Umwelt beschrieben wird. In der Auseinandersetzung mit den oben aufgeführten Definitionen wird diese Annahme verdeutlicht. So unterscheidet sich beispielsweise das Verständnis darüber, was es bedeutet, seine Fähigkeiten auszuschöpfen oder was unter «normalen Lebensbelastungen» verstanden wird, von Person zu Person. Da die positiven Symptome psychischer Gesundheit sich schwer objektivieren lassen, gelingt eine genauere Eingrenzung der psychischen Gesundheit gemäss Schlipfenbacher und Jacobi (2013) am besten durch die Abgrenzung zur psychischen Erkrankung (S. 2).

2.1.2 Psychische Krise

Um sich einer Definition der psychischen Erkrankung anzunähern, muss zuerst der Begriff der psychischen Krise geklärt werden. Die NGP (2004) definiert eine psychische Krise als «normale menschliche Reaktion auf ein unvorhersehbares, kritisches Lebensereignis.» (S. 18) Als kritisches Lebensereignis gelten hierbei beispielsweise Beziehungsprobleme, Verlust des Arbeitsplatzes, schwere Krankheit, Unfall, Tod, Naturkatastrophen oder Verbrechen. Die Symptome einer psychischen Krise können von einem Gefühl der Aufregung und Nervosität bis zu Verwirrtheit und als unangemessen erscheinendem Verhalten reichen. Die Bewältigung einer Krise kann für das Individuum positive Folgen mit sich bringen. So zum Beispiel, wenn dadurch das Selbstbewusstsein gestärkt wird oder die durchlebte Situation zu vermehrter Zuversicht gegenüber dem Leben führt. Psychische Krisen können allerdings auch negative, gesundheitsschädigende Folgen haben (ebd.).

2.1.3 Psychische Erkrankung

Wie im Falle der psychischen Gesundheit bestehen auch verschiedene Definitionen der psychischen Erkrankung. Henning Sass, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig definieren psychische Erkrankungen als

> «Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie beeinträchtigen einen Menschen in seinem Alltag und können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler und körperlicher Ebene sowie auf sein Verhalten auswirken. Und sie gehen mit akutem Leiden oder mit einem deutlich erhöhten Risiko, Schmerz und einen tief greifenden Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden, einher.» (Sass et al., 1996; zit. in Obsan, 2016, S. 9)

Gemäss Maercker (2018a) kann nur von einer psychischen Störung gesprochen werden, wenn eine spezifisch definierte Diagnose aus dem Wissensbestand der Klinischen Psychologie und Psychiatrie beziehungsweise von Expertinnen und Experten der WHO zutrifft (S. 17). Dieser Aspekt soll gewährleisten, dass der Begriff der psychischen Störung nicht fälschlicherweise missbraucht wird (ebd.). Für die Diagnostik psychischer Störungen werden zwei Klassifikationssysteme verwendet. Zum einen das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-5, APA, 2015) und zum anderen die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-11, WHO, 2018) (Maercker, 2018, S. 126b). Beide Systeme sind aus einer langanhaltenden Entwicklung der Zusammenfassung von psychischen Erkrankungen in einem entsprechenden Klassifikationssystem entstanden. Da die einzelnen Diagnosen nicht im Zentrum dieser Forschungsarbeit stehen, wird an dieser Stelle auf deren Auflistung und Erklärung verzichtet.

2.1.4 Normentypen

Maercker (2018a) weist darauf hin, dass die Definitionen psychischer Erkrankungen immer abhängig von dem aktuellen Stand der Normen, der grundlagenwissenschaftlichen Forschung und dem Stand der Praxis sind (S. 16-17). Psychische Erkrankungen sind demnach «Konstrukte, auf welche sich die Gesellschaft und Expertinnen und Experten nach bestem Wissen und Gewissen geeinigt haben.» Weiter führt der Autor aus, dass diese Konstrukte nur in ihrem jeweiligen Bezugssystem von Normen sinnvoll anwendbar sind. In der Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen ist es deshalb nötig, immer wieder zu klären, welche Normen bestimmen, was eine psychische Erkrankung ist, beziehungsweise was mit abnormalem Verhalten gemeint ist.

Maercker unterscheidet dabei zwischen folgenden Normentypen:

Die subjektive Norm
Die subjektive Norm beschreibt das Abweichen von der Norm der eigenen Gefühlslage. Ein Beispiel dafür ist, wenn eine Person leidet oder sich stark eingeschränkt fühlt. Diese Norm ist schwer zu objektivieren und reicht in der Regel nicht als alleiniges Bezugssystem aus.
Die statistische Norm
Bei der statistischen Norm steht die Abweichung von der Norm der Häufigkeitsverteilung im Mittelpunkt. Um aufzuzeigen, ab wann ein Zustand abnormal ist, werden Schwellenwerte festgelegt. Dieser Normentyp schafft das Problem, dass das Verhalten einer Person in zwei Richtungen als *abnormal* eingestuft werden kann. So zum Beispiel, wenn festgelegt wird, ab wann eine Person einen sehr hohen bzw. sehr niedrigen IQ hat oder was als übermässiges bzw. geringes Trinken gilt.
Die Ideal- oder Funktionsnorm
Bei der Ideal- oder Funktionsnorm wird davon ausgegangen, dass es ein eindeutiges, ideales psychisches Funktionieren gibt. Ein Verhalten, welches nicht diesem Ideal entspricht, wird als abnormal eingestuft. Dass die alleinige Orientierung an dieser Norm ein Problem darstellen kann, zeigt das Beispiel der Homosexualität. Sie müsste als Krankheit angesehen werden, wenn die Fortpflanzung als alleinige Funktion der Sexualität angesehen wird. Da die heutige Sexualwissenschaft kommunikative und Lust-Aspekte ebenfalls als zentrale Funktionen von Sexualität benennt, gilt die Homosexualität nicht mehr als Abweichung von der Ideal- oder Funktionsnorm.
Die soziale Norm
Psychische Erkrankungen werden hier als ein Abweichen von gesellschaftlichen Bräuchen oder Regeln betrachtet. Dieser Normentyp ist immer noch sehr stark durch kulturelle Unterschiede geprägt. Wenn zum Beispiel jemand aus dem Nichts heraus Stimmen hört, deutet das in westlichen Kulturen auf Schizophrenie hin, in anderen Kulturkreisen hingegen steht dieses Phänomen für ein Zeichen göttlicher Eingebung (ebd.).

Tabelle 2: Normentypen (leicht modifiziert nach Maercker, 2018a, S. 16)

2.1.5 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Unter Stigmatisierung wird die pauschalisierte Zuschreibung von körperlichen, psychischen, sozialen oder verhaltensbezogenen Merkmalen verstanden (BAG, 2015, S. 18). Die Tatsache einer psychiatrischen Diagnose allein ist häufig bereits eine Quelle der Stigmatisierung (ebd.). Oft kommt Stigmatisierung aber auch durch Symptome zustande (Michaela Amering & Margit Schmolke, 2012, S. 225). So zum Beispiel, wenn eine Depression zur Annahme einer Charakterschwäche führt oder wenn das Stimmenhören als Zeichen für eine ernsthafte psychische Erkrankung betrachtet wird.

Stigmatisierung gilt heute klar als Hauptproblem für das Leben mit psychischen Erkrankungen. Sie führt zu Verzweiflung und sozialem Rückzug und hält Betroffene und Angehörige dadurch von Unterstützung ab, welche das Leiden lindern und soziale Integration fördern könnten (ebd.).

Folgen der Stigmatisierung wirken sich häufig auf weitere Lebensbereiche aus (Obsan, 2016, S. 12). Gerade am Arbeitsplatz haben Betroffene oft Angst, offen über ihre belastende Situation zu sprechen. Zu gross ist die Befürchtung, auf Unverständnis zu stossen oder sogar den Arbeitsplatz zu verlieren (ebd.). Dass die berufliche Wiedereingliederung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich nicht einfach gestaltet, zeigen verschiedene Studien. So kam eine Befragung von kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Baselland zum Ergebnis, dass die meisten Unternehmen eher eine unzuverlässige gesunde Person anstellen würden als Bewerbende mit chronischen körperlichen Krankheiten oder Personen mit psychischen Störungen, welche als Letzte angestellt werden würden (Niklas Baer, 2007; zit. in Obsan, 2016, S. 12).

Neben den gesellschaftlichen Diskriminierungen lösen psychische Erkrankungen bei den Betroffenen oft Selbststigmatisierung aus. Die subjektiven Wahrnehmungen von Abwertung und Ausgrenzung führen laut Amering und Schmolke (2012) zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und zu zusätzlichen Belastungen (S. 237). Dadurch werden vorhandene Hürden bezüglich Arbeit, Wohnen und Partnerschaft noch schwerer bewältigt. Die Autorinnen schreiben dazu: «Selbststigmatisierung führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug und behindert dadurch den Genesungsweg beträchtlich.» (ebd.)

2.1.6 Das salutogenetische Modell nach Antonovsky

Es bestehen verschiedene Modelle, welche zur Beschreibung des Verhältnisses zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung beigezogen werden. Eines davon ist das salutogenetische Modell, welches von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt wurde. In Abgrenzung zur pathogenetischen Sicht, welche von einer Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen ausgeht, versteht Antonovsky Gesundheit und Krankheit als die beiden Pole auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Christine Daiminger, 2015, S. 59-60). Nach diesem Modell ist der jeweilige Gesundheitszustand einer Person irgendwo zwischen den beiden Polen anzusiedeln. Gemäss Antonovsky hat jede Person, egal wie gesund oder krank sie sein mag, immer auch mehr oder weniger gesunde und kranke Anteile in sich. Gesundheit ist in diesem Sinne ein relativer, veränderlicher und dynamischer Prozess. Diesen können die Menschen durch die Auseinandersetzung mit allgegenwärtigen Stressoren und der jeweiligen Lebenssituation kontinuierlich aktiv gestalten. Der Gesundheitszustand einer Person hängt davon ab, in welcher Weise die Stressoren bewältigt und

dadurch entstandene Spannungen verarbeitet werden. Dies hängt unter anderem von dem Kohärenzgefühl der Person ab (ebd.).

Das Kohärenzgefühl

Kohärenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie *Zusammenhang*, *Zusammenhalt, einen inneren und äusseren Halt haben* (Eckhard Schiffer, 2013, S. 3). Antonovsky beschreibt das Kohärenzgefühl als eine «Hauptdeterminante sowohl dafür…, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt» (Antonovsky, 1997; zit. in Daiminger, 2015, S. 60). Das Kohärenzgefühl ist abhängig von den drei Komponenten *Verstehbarkeit, Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* (ebd.).

Verstehbarkeit
Mit *Verstehbarkeit* ist gemeint, dass die alltäglichen Informationen und Situationen (äussere und innere Erfahrungszustände mit eingeschlossen) als geordnet oder erklärbar wahrgenommen und zu einem konsistenten Bild zusammengefügt werden können (Rüdiger Lorenz, 2004, S. 37). Es geht also auf dieser Ebene darum, ein Problem zu erkennen und zu definieren. Erst dann kann in einem weiteren Schritt dessen Bewältigung angegangen werden (ebd.).
Handhabbarkeit
Die *Handhabbarkeit* beschreibt die Überzeugung und das Vertrauen eines Menschen, dass Probleme bewältigt werden können (Lorenz, 2004, S.38). Die Handhabbarkeit ist abhängig von den Ressourcen welche der Person zur Verfügung stehen. Dabei gilt die Aufmerksamkeit neben den persönlichen Ressourcen auch denen, die durch das Umfeld zur Verfügung gestellt werden können (ebd.).
Sinnhaftigkeit
Diese dritte Dimension des Kohärenzgefühls beschreibt das Gefühl einer Person, dass das Leben «einen emotionalen Sinn hat, dass wenigstens einige der durch das Leben gestellten Probleme und Fragen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten.» (Antonovsky, 1988; zit. in Lorenz, 2004. S. 38) Gemäss Antonovsky stellt die Sinnhaftigkeit die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls dar. Sie führt dazu, dass der Mensch das Leben auch in schwierigen Lagen als lebenswert betrachtet und dazu bereit ist, Herausforderungen als Selbstverständlichkeiten der menschlichen Existenz anzunehmen (ebd.).

Tabelle 3: Das Kohärenzgefühl (eigene Darstellung auf der Basis von Lorenz, 2004, S. 37-38)

2.1.7 Fazit

In den vorangegangenen Abschnitten wurde ersichtlich, dass verschiedene Definitionen psychischer Gesundheit und Erkrankung bestehen. Alle Definitionen sind abhängig von gesellschaftlichen Normen und Werten und unterliegen damit dem gesellschaftlichen und kulturellen Wandel. Hinsichtlich der Dauer des Leidens unterscheidet sich der Begriff der psychischen Erkrankung von jenem der psychischen Krise. Um eine Einheitlichkeit psychiatrischer Diagnosen und damit auch spezifische Therapiemöglichkeiten zu gewährleisten, wurden die beiden Klassifikationssysteme der APA (DSM-5) und der WHO (ICD-11) entwickelt. Doch auch diese Systeme sind keine statischen Konstrukte, sondern unterliegen kontinuierlichen Veränderungen und Weiterentwicklungen. Weiter wurde aufgezeigt, dass psychische Erkrankungen oft die Folgen der Stigmatisierung wie auch der Selbststigmatisierung mit sich bringen. Diese schränken Betroffene in vielen Lebensbereichen ein, weshalb sie auch als «Zweiterkrankungen» benannt werden.

Bezüglich des Verhältnisses zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung bestehen verschiedene Modelle. Zum einen existiert die pathologische Sichtweise, welche Gesundheit und Krankheit als gegensätzliche Pole betrachtet, die sich gegenseitig ausschliessen. Dem gegenüber steht die salutogenetische Sichtweise, wonach Gesundheit und Krankheit die beiden Pole auf einem Kontinuum darstellen. Demnach trägt jeder Mensch sowohl gesunde wie auch kranke Anteile in sich, das heisst, er ist immer mehr oder weniger gesund und krank.

2.2 Psychische Gesundheit und Soziale Arbeit

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung folgender Fragestellung:

> Welche Rolle nimmt die Soziale Arbeit in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen ein?

Hierfür wird zuerst die Relevanz der Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit für die Professionellen der Sozialen Arbeit dargelegt. Danach werden die Begriffe der *gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit* und der *Klinischen Sozialarbeit* erläutert und damit zusammenhängende Praxisfelder aufgezeigt. Der letzte Abschnitt dokumentiert anhand des bio-psycho-sozialen Modells die besondere Expertise der Professionellen der Sozialen Arbeit im Bereich der psychischen Gesundheit und die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung.

2.2.1 Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und psychischer Gesundheit

Gesundheit und *Soziales* sind stark miteinander verwoben (Daiminger et al., 2015, S. 12). So kann der Gesundheitszustand eines Menschen als Basis für seine soziale Lage gesehen werden: Er beeinflusst beispielsweise die Arbeitsfähigkeit und eröffnet oder begrenzt Lebensmöglichkeiten. Umgekehrt beeinflussen soziale Bedingungen wie beispielsweise der Wohnort, die Art der Arbeitstätigkeit oder soziale Beziehungen den gesundheitlichen Zustand einer Person (ebd.). Die Dimension der Verbindung zwischen Gesundheit und Sozialem wird speziell im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen erkennbar. Ortmann (2015) verweist hier auf empirische Studien, welche aufzeigen, dass funktionierende soziale Netzwerke innerhalb der Familie und des Freundes- oder Bekanntenkreises die psychische Gesundheit positiv beeinflussen (S. 6). Gleichzeitig belegen die Studien den Einfluss geringer oder fehlender sozialer Integration und Unterstützung auf die Förderung psychischer Erkrankungen (ebd.). Daiminger et al. (2015) folgern daraus, dass sozial benachteiligte Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit besonders oft von psychischen Erkrankungen betroffen sind (S. 11).

2.2.2 Praxisfelder

Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben in vielen Tätigkeitsfeldern mit psychisch erkrankten Personen zu tun. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den verschiedenen Bereichen ist nicht immer möglich. Folgend soll diese Breite der Praxisfelder der Sozialen Arbeit im Bereich der psychischen Gesundheit aufgezeigt werden.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Gemäss Daiminger et al. (2015) trägt die Soziale Arbeit in allen Tätigkeitsfeldern immer zumindest indirekt zur Erhaltung, Stabilisierung, oder Förderung von Gesundheit bei (S. 11). So gesehen könnte jede Soziale Arbeit immer auch als Gesundheitsarbeit bezeichnet werden (ebd.). Wenn Gesundheit und Krankheit zum Schwerpunkt der sozialberuflichen Tätigkeit werden, ist von der *gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit* die Rede (Peter Franzkowiak, 2014, S. 117). Sages und Avenir Social (2018) definieren den Gegenstand der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wie folgt:

- Die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind.
- Die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen oder zu diesen führen (ebd.).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit lässt sich in zwei grosse Handlungsfelder gliedern: *Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* und *die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen* (Elke Brusa, 2019a, S. 2):

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen findet sich in einer Vielzahl ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen im Kontext von Armut, Krankheit, Gefährdung, sozialer Benachteiligung oder Behinderung (Franzkowiak, 2014, S. 118-120). So zum Beispiel in Spitälern, in der stationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgung, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Einrichtungen des betreuten Wohnens.

Die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist in Arbeitsfeldern tätig, die nicht primär an Krankheitsprävention oder Gesundheitsförderung ausgerichtet sind. Trotzdem weisen sie einen hohen Anteil von Tätigkeiten und Wirkungen auf, die Merkmale einer präventiven, begleitenden oder nachwirkenden Gesundheitsarbeit sind. Beispiele für dieses Handlungsfeld sind die Familienhilfe, Sucht- und Gewaltprävention, Gemeinwesenarbeit, Behinderten- und Altenhilfe sowie ihre entsprechenden Beratungs- und Förderstellen (ebd.).

Klinische Sozialarbeit

Da in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit mehrfach belastete, psychisch erkrankte und gefährdete Menschen zunehmend den Schwerpunkt der Klientel bilden, entstand der Anspruch auf professionelles Wissen und methodische Kompetenzen in gesundheits- und krankheitsspezifischen Bereichen (Helmut Pauls, 2013a, S. 12). Infolgedessen hat sich in den letzten Jahren im Gesundheitsbereich eine neue und eigenständige Fachsozialarbeit mit dem Titel *Klinische Sozialarbeit* etabliert (Karl Kälble, 2015, S. 107). Der Begriff *klinisch* bezieht sich in diesem Zusammenhang nicht ausschliesslich auf stationäre Settings, sondern meint die direkt beratende und behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit. Diese kann in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen oder in Kliniken erfolgen. Die Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit erstrecken sich somit sowohl auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wie auch auf die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen (ebd.). Die Expertise der Klinischen Sozialarbeit besteht in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozialen- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen (Pauls, 2013a, S. 17). Helmut Pauls und Albert Mühlum (2015) weisen darauf hin, dass die Trennschärfe der Klinischen Sozialarbeit gegenüber der allgemeinen Sozialarbeit nicht immer eindeutig ist (S. 7).

Im Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit liegen ambulante Peer-Angebote. Somit bezieht sich die Arbeit auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, welche Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit miteinschliesst. Die Thematik der psychischen Gesundheit, respektive Erkrankung und deren Förderung, respektive Verminderung umschliesst jedoch viele Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit, welche alle untrennbar miteinander verwoben sind. Deshalb beziehen sich die Ergebnisse der Forschungsarbeit und die daraus entwickelten Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit auf alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, respektive der Klinischen Sozialarbeit, in welchen die Arbeit mit psychisch erkrankten Personen im Zentrum steht. Die Komplexität dieser Thematik soll in den folgenden Abschnitten verdeutlicht werden.

2.2.3 Aufgabenbereiche

Die Aufgaben der Professionellen der Sozialen Arbeit im Kontakt mit psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten gestalten sich je nach Praxisfeld vielfältig (Brusa, 2019a, S. 7). Die Professionellen arbeiten mit den klassischen Methoden der Einzelfallhilfe, der sozialen Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit (Daiminger et al., 2015, S. 18). Dabei leisten sie Aufklärung, Beratung, Begleitung, Betreuung, Bildung und Erziehung und übernehmen Verwaltungs- und Organisationsaufgaben (ebd.). Für die Praxis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind gemäss Dettmers und Ortmann (ohne Datum) unter anderem das salutogenetische Modell nach Antonovsky und das, von Georg L. Engel in

den 70er Jahren ausformulierte, bio-psycho-soziale Modell von grosser Relevanz (S. 6). Folgend wird das bio-psycho-soziale Modell genauer erläutert.

Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell kann als eine Art Gegenentwurf zum bio-medizinischen Modell verstanden werden (Wesiack, 1996; zit. in Karlheinz Ortmann & Heiko Waller, 2005, S. 7). Der Grundgedanke des Modells besteht darin, dass sich gesundheitliche Problemlagen biologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen lassen, die untrennbar miteinander verwoben sind und sich wechselseitig beeinflussen (Ortmann & Waller, 2005, S. 7). Psychische Erkrankungen entstehen laut diesem Verständnis nie aufgrund eines einzigen Faktors sondern werden multikausal verursacht (Astrid Mattig, 2016, S. 11).

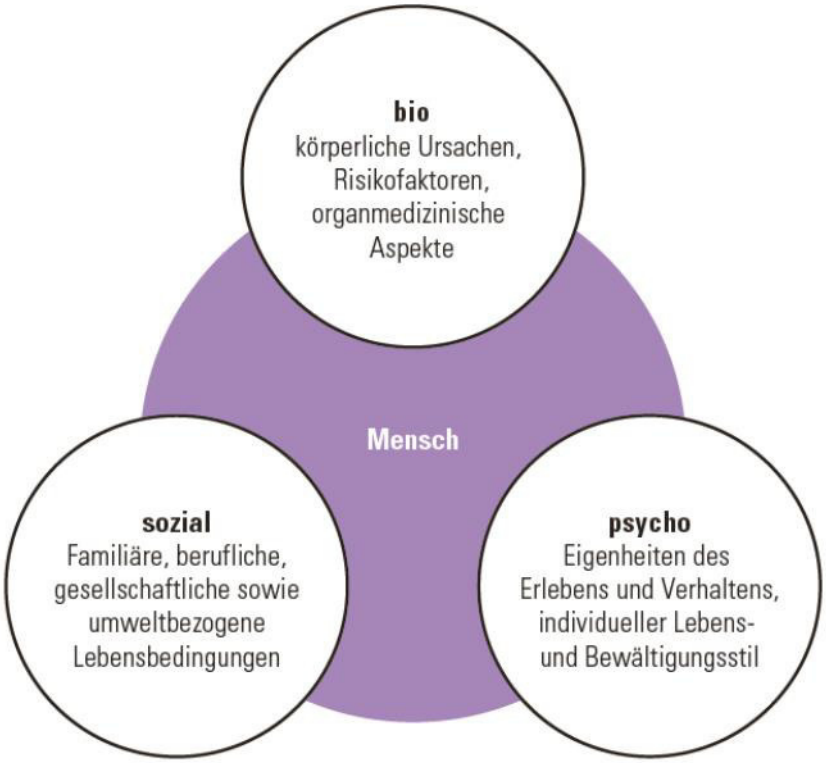

Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Modell (Psychiatrische Dienste Süd, ohne Datum)

Brusa (2019b) verdeutlicht die Funktion sozialer Aspekte für die Entstehung und Zementierung psychischer Erkrankungen folgendermassen (S. 13): Problematische Formen der Integration und der Lebensführung können die Befriedigung verschiedener sozialer Bedürfnisse erschweren, wodurch Bedürfnisspannungen entstehen. Diese Spannungen können zu physischer und psychischer Krankheit führen. Die Krankheit kann sich wiederum auf den sozialen Handlungsraum (Beziehungsnetz,

Arbeitsplatz,…) und die Integrationsbedingungen auswirken. Dadurch wird die Bedürfnisbefriedigung noch mehr gefährdet und der beschriebene Prozess verstärkt (ebd.).

Um diesem Prozess entgegenzuwirken, respektive ihn zu verhindern, muss der Fokus vermehrt auf die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit gerichtet, diese thematisiert und positiv beeinflusst werden (Brusa, 2019a, S. 4). Diese Expertise kommt insbesondere den Professionellen der Sozialen Arbeit zu (ebd.). Ihre Aufgabe besteht darin, die Wiedergewinnung von Autonomie und die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe der Betroffenen zu fördern und damit ihre gesundheitliche Situation zu verbessern (Franzkowiak, 2014, S. 117). Hierfür gilt es, neben dem nahen sozialen Umfeld der Betroffenen auch die weitere soziale Umgebung und die Öffentlichkeit miteinzubeziehen (Pauls, 2013b, S. 19). Die Professionellen müssen sich darüber informieren, welche Vorstellungen über die Erkrankung in der Gesellschaft kursieren, wo Stigmatisierung und Ausgrenzung bestehen und in welcher Form Akzeptanz und Unterstützung vorhanden sind (ebd.). Gemäss Dieter Filsinger & Hans Günther Homfeldt kommt den Professionellen der Sozialen Arbeit eine Integrationsaufgabe zu, welche aber nicht die Unterwerfung der Subjekte unter gesellschaftliche Zwecke anstrebt, sondern als Vermittlungsleistung zwischen (kranker) Person, Gemeinschaft und Gesellschaft fungieren soll (Filsinger & Homfeldt, 2001; zit. in Franzkowiak, 2014, S. 118).

2.2.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Die bio-psycho-soziale Verstehensweise von Gesundheit und Krankheit zeigt auf, dass die Problematiken, denen die Fachleute im Kontakt mit psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten begegnen, vielseitig sind und nicht ausschliesslich auf eine spezifische Art und Weise vollständig behandelt und bewältigt werden können. Gemäss Anna Lena Rademaker (2014) braucht es deshalb zwingend die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Fachbereiche im Sozial- und Gesundheitswesen (S. 7). Wolf Rainer Wendt (2015) vermerkt, dass eine isolierte einseitige Behandlung zusätzliche und ergänzende Behandlungen zur Folge hat (S. 108-109). Dies führt dazu, dass die Leistungserbringung insgesamt ineffektiv und kostspielig wird. Der Autor plädiert deshalb für Sektor- und Disziplin-übergreifendes Handeln. In diesem Zusammenhang betont er die Wichtigkeit, stationäre, teilstationäre und ambulante Hilfen aufeinander abzustimmen und Brücken zwischen den drei Bereichen zu schlagen (ebd.). Andreas Heinz (2019) führt aus, dass insbesondere die Abstimmung von stationären und ambulanten Hilfen für psychisch erkrankte Personen wichtig ist (S. 416 -417). Er betont, dass die Entlassung aus einem stationären Setting in eine unveränderte, gesundheitshemmende soziale Situation der häufigste Grund für Rückschritte und Stagnierung im Genesungsprozess darstellt. Zu den regelmässig auftretenden Problemen zählen Vereinsamung und Verarmung sowie juristische Probleme. Um dem vorzubeugen, benötigen die Betroffenen längerfristige, ambulante Hilfsangebote. Diese sollen

mittels professioneller Unterstützung vermittelt und organisiert werden (ebd.). Nach Thomas Bock und Ulrike Kluge (2019) kommt dabei den Professionellen der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zu (S. 72). Die Autoren weisen darauf hin, dass es ihre Aufgabe ist, auf den Bedarf der einzelnen Klientinnen und Klienten zugeschnittene nachsorgende Hilfsangebote zu arrangieren (ebd.).

In der interdisziplinären Zusammenarbeit darf die zentrale Rolle der Betroffenen nicht vergessen gehen. So betonen Thomas Lampert und Andreas Mielck (2008) die Wichtigkeit der partizipativen Zusammenarbeit mit den Betroffenen in der Planung und Durchführung von Massnahmen (S. 14). Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Massnahmen an den wahren Ursachen der gesundheitlichen Probleme vorbeigeplant werden, sie nur auf geringe Akzeptanz von Seiten der Betroffenen stossen und möglicherweise sogar zu einer Verstärkung der gesellschaftlichen Diskriminierung beitragen (ebd.).

2.2.5 Fazit

Aufgrund des ausgeprägten Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Erkrankung haben es Professionelle der Sozialen Arbeit in vielen Tätigkeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens mit psychisch erkrankten Menschen zu tun. Diese umfassen sowohl stationäre wie auch teilstationäre, ambulante oder aufsuchende Angebote. Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit ist es, den Fokus auf die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit zu richten, diese zu thematisieren und positiv zu beeinflussen. In Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld sowie durch den Einbezug der Gesellschaft soll die Autonomie und gesellschaftliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen und damit ihre gesundheitliche Situation verbessert werden.

Der bio-psycho-soziale Ansatz zeigt, dass es sich bei der Entstehung und Manifestierung psychischer Erkrankungen und damit zusammenhängenden Problemlagen um eine komplexe Dynamik handelt, welche nicht ausschliesslich auf eine Art und Weise behandelt und bewältigt werden kann. Um Betroffene in ihrem Genesungsprozess optimal zu unterstützen, braucht es interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung, welche nicht nur innerhalb der Institutionen, sondern auch Bereichsübergreifend stattfinden muss. Es gilt, stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote aufeinander abzustimmen und für die Klientel passende Hilfsangebote zu arrangieren. Den Professionellen der Sozialen Arbeit kommt hierbei eine wichtige Rolle zu.

2.3 Peer-Arbeit

Dieses letzte Theoriekapitel beschäftigt sich mit der folgenden Fragestellung:

Wie gestaltet sich die Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich?

Hierfür wird zunächst der Begriff der Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich definiert. Darauf folgt die Erklärung von Konzepten, welche zur Entstehung der Peer-Arbeit geführt haben und als zentrale Handlungsgrundlagen dieser fungieren. Im Anschluss wird der Ursprung der Peer-Weiterbildung sowie deren Rahmenbedingungen in der Schweiz erläutert. Der Abschluss bildet ein kurzer Einblick in Studienergebnisse zu Auswirkungen der Peer-Arbeit im englischsprachigen Raum.

2.3.1 Definition

Harrie Van Haaster und Yolan Koster definieren die Bezeichnung *Peer im Gesundheitsbereich* folgendermassen:

> «Jemand, der aktive Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen gemacht hat und der spezifische Kompetenzen erworben hat, mit dieser Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen zu leben und mit dem soziokulturellen und institutionellem Kontext in dem die Krankheit, Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam sind, umzugehen.» (Van Haaster & Koster, 2005; zit. in Utschakowski, 2007, S. 280)

Gemäss dieser Definition sind Peers im psychiatrischen Bereich Personen, welche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht und Kompetenzen im Umgang damit erworben haben. Wenn diese Personen ihr reflektiertes, persönliches Erleben zur Unterstützung von Betroffenen einsetzen und somit als Expertinnen und Experten aus Erfahrung tätig werden, wird von Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich gesprochen (Peer+, 2015, S. 4).

Die Peer-Arbeit, als professioneller Peer-Support, unterscheidet sich von dem Peer-Support im Rahmen der Selbsthilfe. Der Peer-Support im Rahmen der Selbsthilfe zeichnet sich dadurch aus, dass alle von dem Wissen und den Erfahrungen der anderen profitieren sollen (Utschakowski, 2016, S. 22-23). Beim professionellen Peer-Support steht auch der gemeinsame Erfahrungshintergrund im Zentrum. Jedoch verändert sich die Beziehung dahingehend, dass eine Seite einen Unterstützungs- und Erfahrungsbedarf hat und die andere Seite bestrebt ist, diesen zu decken (ebd.). Um als professioneller Peer beziehungsweise professionelle Peer tätig zu sein, müssen interessierte Betroffene zuerst eine Weiterbildung zum Peer absolvieren. Nach der Weiterbildung können die Peers in verschiedenen

Bereichen ihr Erfahrungswissen einbringen. So zum Beispiel als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychosozialen und psychiatrischen Diensten, als Dozentinnen und Dozenten oder als Betroffenenvertreterinnen und -vertreter in Arbeitsgruppen, in der Antistigmaarbeit oder in der Organisationsentwicklung (Pro mente sana, ohne Datum).

Die Peer-Arbeit findet ihre Wurzeln in der Recoverybewegung der 90er Jahre sowie den daraus entstandenen Psychose-seminaren in Form des Trialogs. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden zentrale Aspekte dieser beiden Ansätze erläutert.

2.3.2 Recovery

Der englische Begriff *Recovery* kann mit *Genesung* oder *Wiedererlangung von Gesundheit* übersetzt werden (Andreas Knuf, 2004). Ein einheitlicher deutschsprachiger Begriff, der die Idee des Recovery auf den Punkt bringt, ist bisher jedoch noch nicht gefunden (ebd.). Die ersten Vertreterinnen und Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, welche die Diagnose einer psychischen Erkrankung mit sich trugen und als unheilbar krank oder austherapiert galten (Knuf, 2008, S. 8). Doch trotz diesen negativen Prognosen gelang es ihnen, wieder gesund zu werden. Gemeinsam begründeten sie die Recoverybewegung, mit dem Anliegen, auf den ihrer Meinung nach demoralisierenden Pessimismus aufmerksam zu machen, den die Psychiatrie verbreitete. Sie wollten nach Bedingungen suchen, die darüber entscheiden, ob es einem psychisch erkrankten Menschen gelingt, wieder ein zufriedenes Leben zu führen. Seither verändert die Recovery-Bewegung weltweit das psychiatrische Feld und ist auch im deutschsprachigen Raum zum zentralen Anliegen einer Klientel-orientierten psychiatrischen Behandlung geworden (ebd.). Doch was bedeutet Recovery nun genau? Eine der meist zitierten Definitionen von Recovery stammt von William Anthony. Er beschreibt Recovery als

> «ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Dabei 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; zit. in Amering & Schmolke, 2012, S. 25)

Anthonys Definition benennt viele Aspekte, welche für das Verständnis von Recovery zentral sind: Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung der betroffenen Person mit sich selbst und ihrer Erkrankung (Knuf, 2004). Dieser Prozess führt dazu, dass die Person trotz ihrer psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery ist demnach mehr als die Bewältigung von Symptomen und bedeutet auch nicht die vollständige Heilung. Recovery heisst,

«den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält» (ebd.).

Beim Recoveryansatz handelt es sich um kein einheitliches Konzept, sondern um eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis (Knuf, 2008, S. 8). Simon Bradstreet (2004) fasst diese wie folgt zusammen:

Grundsätze von Recovery
Hoffnung Hoffnung ist eine Voraussetzung für Recovery. Veränderung ist nur möglich, wenn der Glaube besteht, dass ein besseres Leben möglich und auch erreichbar ist. **Bedeutung und Sinn** Für den Recoveryprozess brauchen Menschen einen Sinn. Diesen finden sie in verschiedenen Bereichen des Lebens, zum Beispiel in der Spiritualität oder in starken zwischenmenschlichen oder gemeinschaftlichen Beziehungen. **Potential zur Veränderung** Recovery beinhaltet das Potential zu gedanklicher Veränderung, von einer pessimistischen Perspektive der psychischen Erkrankung hin zu einem Verständnis von Krankheitsepisoden als Entwicklungs- und Lernerfahrungen. **Kontrolle** Recovery umfasst das subjektive Erleben einer Person, die Kontrolle über ihr Leben wieder zurückzugewinnen. **Aktive Teilnahme** Durch Recovery sollen Betroffene von passiven Empfängern von Hilfeleistungen zu aktiven Persönlichkeiten werden, welche Verantwortung für ihr Leben übernehmen. Dabei spielt die Zusammenarbeit mit Freunden, Familienmitgliedern und Professionellen eine zentrale Rolle. Weiter sind Selbstmanagement-Techniken von Nutzen, die den Betroffenen helfen, mit Symptomen ihrer Erkrankung umzugehen.

Ganzheitlicher Ansatz und soziale Einbeziehung In den Recoveryprozess sollen alle Elemente einbezogen werden, welche für die Lebensqualität der betroffenen Person wichtig sind. Diese umfassen persönliche, soziale und umweltliche Faktoren und sind dementsprechend sehr individuell.
Umwelt Der Recoveryprozess wird massgebend von äusseren Faktoren, wie zum Beispiel Stigmatisierung und Diskriminierung, Berufs – und Ausbildungsmöglichkeiten, Wohnsituation und sozialen Beziehungen beeinflusst.
Optimistischer und realistischer Ansatz Recovery ist selten ein linearer Prozess. Es gibt Zeiten, in denen der Recovery-Prozess aufgrund der Erkrankung verlangsamt wird.
Kreativer Umgang mit Risiken Vertreterinnen und Vertreter des Recoveryansatzes fordern in der Praxis einen kreativen Umgang mit Risiken, anstelle von Defizitorientierung und Risikomanagement.

Tabelle 4: Grundsätze von Recovery (eigene Darstellung auf der Basis von Bradstreet, 2004; zit in Amering und Schmolke, 2012, S. 38-39)

2.3.3 Trialog

In Trialoggruppen treffen sich Betroffene, Angehörige und Professionelle regelmässig zu einer offenen Diskussion (Amering & Schmolke, 2012, S. 315). Diese findet auf neutralem Boden, ausserhalb therapeutischer, familiärer oder institutioneller Kontexte statt. Das Ziel der Treffen besteht darin, über die Erfahrungen und Folgen psychischer Herausforderungen und dem Umgang damit zu sprechen (ebd.). Die Idee des Trialogs findet ihren Ursprung in den Psychose-Seminaren, welche 1989 von der Psychiatrie-erfahrenen Dorothea Buck und dem Psychiater Thomas Bock initiiert wurden (Thomas Bock & Gyöngyver Sielaff, 2016, S. 25). Für Buck war dieser trialogische Austausch eine notwendige Konsequenz aus dem Umgang mit psychisch erkrankten Menschen in der Nazi-Zeit, die sie selber als Betroffene miterlebt hatte (ebd.). Die Trialog-Bewegung hat das psychotherapeutische Setting erweitert und Raum dafür geschaffen, dass fremde Erfahrene und Angehörige voneinander lernen können. Denn gerade Personen, die zwar ähnliche Erfahrungen mit sich bringen, aber nicht familiär in eine Situation verstrickt sind, erweisen sich laut Bock und Sielaff (2016) als aufmerksame Zuhörer mit viel Einfühlungsvermögen (S. 26). Der Trialog kann den Teilnehmenden helfen, die unterschiedlichen

Perspektiven bei der Betrachtung einer Situation zu berücksichtigen, psychische Erkrankungen vollumfänglicher wahrzunehmen und die sozialen Beziehungen gleichberechtigter zu gestalten (Bock & Kluge, 2019, S. 63). In Deutschland, Österreich und der Schweiz sind mittlerweile über 150 Trialoggruppen mit sehr individuellen Veranstaltungsformen aktiv (Frauke Klinge, Margret Loeser & Barbara Meskemper, 2009, S. 16). Der trialogische Austausch zwischen Erfahrenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen findet neben Seminaren auch in Behandlung, Öffentlichkeits- und Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung oder Psychiatrieplanung statt (Bock & Sielaff, 2016, S. 27).

2.3.4 EX-IN – vom Pilotprojekt zur anerkannten Peer- Weiterbildung

Die Recoverybewegung sowie die Entstehung des Trialogs bildeten die Basis für die Entwicklung der Peer-Arbeit. Gleichzeitig sind die beiden Ansätze heute zentrale Bestandteile der Peer-Weiterbildung. Die Entwicklung der Peer-Weiterbildung ist aus einem europäischen Forschungsprojekt entstanden, in dessen Rahmen Wissenschaftler, Fachkräfte und Psychiatrie-Erfahrene zwischen 2005 und 2007 Fragen alternativer Psychiatrie erforschten (EX-IN Deutschland, ohne Datum). Ziel des Projektes war es, ein Curriculum zu entwickeln, das Psychiatrie-Erfahrenen mit unterschiedlichen Hintergründen Fähigkeiten und Wissen vermittelt, um in psychiatrischen Feldern tätig zu werden. Dabei sollten die Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychiatrie-Erfahrenen in den Mittelpunkt gestellt werden. Zu diesem Zweck wurden bestehende Erfahrungen und Konzepte zu dieser Thematik in Europa ausgetauscht. Vorhandene Studien über die Auswirkungen der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen wurden verglichen sowie neue Untersuchungen durchgeführt. Auf der Basis des zusammengetragenen Wissens wurden neue Ausbildungsmethoden und Module entwickelt. Das Ergebnis der Zusammenarbeit war das EX-IN Curriculum -ein Weiterbildungslehrgang für Menschen mit Psychiatrieerfahrung (ebd.). EX-IN steht dabei für «Experienced Involvement» (Pro mente sana, ohne Datum).

In der Deutschschweiz bieten der Verein EX-IN sowie die Stiftung Pro mente sana Peer-Weiterbildungen an. Eine Weiterbildung zum Peer dauert 15 Monate und besteht aus Basis- und Aufbaumodulen (Peer+, 2016, S. 4-5). Während der Weiterbildung absolvieren die Teilnehmenden zwei Praktikas in einem psychiatrischen Dienst oder einer Bildungseinrichtung. Zentrale Themen der Weiterbildung sind: gesundheitsfördernde Haltungen, Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Trialog und Recovery. Im Mittelpunkt der Basismodule steht zudem das gemeinsame Erarbeiten von Erfahrungswissen, dem sogenanntem Wir-Wissen (ebd.).

Vom Ich - zum Wir-Wissen

Utschakowski (2016) definiert Ich-Wissen als das Bewusstsein darüber wie eine Person «ihre eigene seelische Erschütterung erklärt, wie sie diese in ihre Lebensgeschichte einordnet, welchen Sinn sie darin erkennt und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen.» (S. 87) Utschakowski (2016) schildert, dass dieses Erfahrungswissen den angehenden Peers hilft, eine gemeinsame Sprache mit den Klientinnen und Klienten zu finden und mit ihnen über Erlebnisse statt über Symptome zu sprechen, wodurch eine von Verständnis und Empathie getragene Beziehung entstehen kann (S. 21). Damit das Ich-Wissen dazu genutzt werden kann, hilfreiche Strukturen und Haltungen für andere Betroffen zu entwickeln, ist es jedoch nötig, eine Perspektive einzunehmen, die auch von anderen vollzogen und geteilt werden kann (Utschakowski, 2016, S. 87-89). Diese Perspektive wird in der Peer-Weiterbildung erarbeitet. Im Austausch mit den anderen Kursteilnehmenden erwerben die Personen reflektiertes, kollektives Wissen über gemeinsame und unterschiedliche Erfahrungen: das Wir-Wissen. Dieses umfasst nicht nur das gemeinsam Erfahrene sondern auch das gemeinsam Verstandene. Gemäss Utschakowski stellt das Wir-Wissen die Wissens- und Handlungsgrundlage von Peers dar. Es hilft den Peers in ihrer professionellen Rolle dabei, die eigenen Erfahrungen nicht zu verallgemeinern und zu vermeiden, dass unerfüllte Hoffnungen und Wünsche auf die Klientel übertragen werden (ebd.).

2.3.5 Erfahrungen mit der Peer-Arbeit

Im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum ist die Peer-Arbeit in englischsprachigen Ländern schon länger fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung und es liegen vielfältige Untersuchungsergebnisse über ihre Auswirkungen vor (Utschakowski, 2016, S. 19). Folgend werden einige dieser Studienerkenntnisse kurz umrissen. Für ausführlichere Angaben wird auf die zitierten Quellen verwiesen.

Eine Übersichtsstudie von Larry Davidson, Chyrell Bellamy, Kimberly Guy und Rebecca Miller (2005) über mehr als fünfundzwanzig Jahre Erfahrungen mit der Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich zeigt, dass der Einsatz von Peers zu einer größeren Reduzierung von Lebensproblemen und zu einer höheren Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer führt als in Vergleichsgruppen, die ohne Peers arbeiten. Die Autoren halten fest:

> «peer staff have been found to increase participants' sense of hope, control, and ability to effect changes in their lives; increase their self-care, sense of community belonging, and satisfaction with various life domains and decrease participants' level of depression and psychosis.» (S. 123)

Candelaria Mahlke, Ute Maria Kraemer und Reinhold Kilian (2015) bewerteten die wichtigsten Übersichtsstudien zur Peer-Arbeit zwischen 2010 und 2015. Die darin genannten Studien zeigen ebenfalls gesundheitliche Vorteile für die Nutzerinnen und Nutzer der Peer-Angebote auf und bestätigen damit die Studien von Davidson et al. (S. 237). Auch sind in allen bewerteten Studien keine negativen Effekte der Peer-Angebote für die Nutzerinnen und Nutzer ersichtlich (ebd.).

Gemäss Utschakowski (2016) sind solche positive Wirkweisen der Peer-Arbeit nur möglich, wenn in den entsprechenden Institutionen klare Strukturen herrschen und die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der Peers genau beschrieben sind (S. 23). Ansonsten laufen die Peers Gefahr, von ihrer Rolle als Peer abzukommen und traditionelle Aufgaben und Vorgehensweisen zu übernehmen. Utschakowski betont zudem die Wichtigkeit, immer mindestens zwei Peers in einer Institution anzustellen, damit diese sich untereinander austauschen und ihre Peeridentität stärken können. Weiter soll neben der eigentlichen Supervision im Team, eine zusätzliche Supervision für die Peers eingeführt werden (ebd.).

2.3.6 Fazit

Die Peer-Arbeit findet ihre Wurzeln in der Recovery-Bewegung und den trialogischen Psychose-Seminaren, welche nach wie vor die zentralen Handlungsgrundlagen der Peer-Arbeit darstellen. Genesung im Sinne von Recovery beschreibt einen individuellen Prozess. Damit ist nicht zwingend eine Symptomfreiheit gemeint, sondern der Weg hin zu einem zufriedeneren Leben. Diese Definition bildet die Basis für das Verständnis von *Genesung,* respektive *des Genesungsprozesses* in den nachfolgenden Kapiteln. Die Peer-Arbeit beruht auf der Idee, das Erfahrungswissen von Menschen, die eigene Recovery-Wege gegangen sind, für andere Betroffene nutzbar zu machen. Eine Voraussetzung dafür ist die Qualifizierung für diese Tätigkeit innerhalb der Peer-Weiterbildung. Nach der Weiterbildung können die Peers in verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens ihre Erfahrungsexpertise einbringen. Mit Blick auf die Geschichte der Psychiatrie wird deutlich, welch revolutionäre Bedeutung die Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung darstellt. In diesem Zusammenhang wird auf den im Literaturverzeichnis aufgeführten Bericht von Ursula Christen (2016) verwiesen. Aus Studienergebnissen zur Peer-Arbeit im englischsprachigen Raum gehen viele positive Folgen der Peer-Arbeit für die Nutzerinnen und Nutzer hervor. Welche Erfahrungen Betroffene in der Schweiz mit der Nutzung von Peer-Angeboten machen, soll im nachfolgenden Forschungsteil dokumentiert werden.

3. Forschungsmethodik

Diese Kapitel widmet sich der Beschreibung des methodischen Vorgehens der Forschung. In einem ersten Schritt wird die Herleitung der Forschungsfrage erläutert. Nach der Darlegung der Forschungsperspektive werden die einzelnen Arbeitsschritte innerhalb des Sampling, der Datenerhebung, der Datenaufbereitung sowie der Datenauswertung aufgezeigt.

3.1 Herleitung der Forschungsfrage

Das übergeordnete Ziel der Profession Soziale Arbeit ist es, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen und damit der Gesellschaft anzuheben (AvenirSocial, 2010, S. 8-13). Im vorangegangenen Theorieteil wurde ersichtlich, wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung ist, um das Wohlbefinden psychisch erkrankter Klientinnen und Klienten zu verbessern. Weiter wurde die Peer-Arbeit, als sich in der Schweiz neu etablierende Profession in der Gesundheitsversorgung vorgestellt. Wie in der Ausgangslage geschildert, gehört die Zusammenarbeit mit Peers für die meisten Professionellen der Sozialen Arbeit in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen noch nicht zur alltäglichen Arbeit. Um herauszufinden, ob die Kooperation zwischen diesen beiden Professionen in Zukunft gefördert werden soll, wollte die Autorin aufzeigen, welche Erfahrungen Betroffene mit der Nutzung von Peer-Angeboten machen. Aus diesem Anliegen ist folgende Forschungsfrage entstanden:

> *Welchen Einfluss hat die Nutzung eines ambulanten Peer-Angebots auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen?*

3.2 Forschungsperspektive

Bei der vorliegenden Forschungsarbeit handelt es sich um eine qualitative Sozialforschung. Ziel der qualitativen Sozialforschung ist es, herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten (Michaela Gläser-Zikuda, 2011, S. 109). Daraus werden Theorien konstruiert und Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen (ebd.). Gemäss Hans Günther Homfeldt (2010) eignet sich die qualitative Sozialforschung besonders, um krankheits- und gesundheitsbezogene Prozesse aus der Perspektive der Akteure zu rekonstruieren beziehungsweise zu erforschen (S. 127).

Um die Forschungsfrage zu beantworten und daraus schlussfolgernde Handlungsansätze für die Soziale Praxis abzuleiten, wurden Leitfadeninterviews mit sieben Betroffenen durchgeführt, welche regelmässig ambulante Peer-Angebote in der Zentralschweiz nutzen. Abbildung 3 zeigt den Ablauf des Forschungsprozesses. Das konkrete Vorgehen innerhalb der einzelnen Schritten wird in den nachfolgenden Unterkapiteln erläutert.

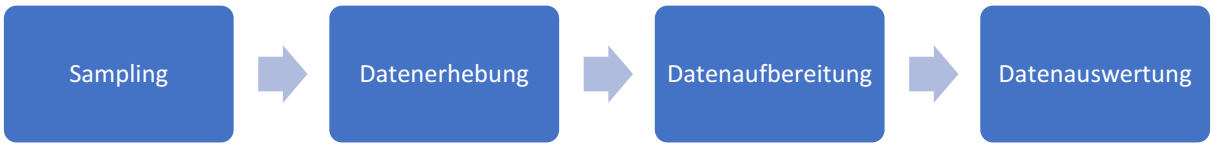

Abbildung 3: Forschungsvorgehen (eigene Darstellung auf der Basis von Husi, 2018, S. 16)

3.3 Sampling

Für diese Forschung wurde ein zielgerichtetes Sampling gewählt. Gemäss Heinz Moser (2008) werden bei einem zielgerichteten Sampling inhaltliche Kriterien entwickelt, um die Probanden auszuwählen (S. 48). Die Autorin war sich schon bei der Forschungsplanung darüber bewusst, dass sich die Suche nach Interviewpersonen nicht einfach gestalten würde. Dazu stellte sie folgende Hypothesen auf:

1) Da die Peer-Arbeit in sozialen Institutionen der Schweiz noch wenig verbreitet ist, fehlt es auch an einer breiten Masse an Personen, welche Peer-Angebote nutzen.
2) Beobachtungen und Erfahrungen der Autorin zufolge, sind viele psychisch erkrankte Personen aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung vorsichtig, wie viel sie anderen Personen von sich erzählen. Dies könnte potentiell interessierte Personen an einer Zusage für ein Interview hindern.

Aufgrund dieser Annahmen wurde der Fokus beim Sampling nicht auf ein einziges Peer-Angebot gerichtet und die inhaltlichen Kriterien vergleichsweise offen formuliert. Folgende Kriterien bildeten schlussendlich die Grundlage für das Sampling:

Kriterium	Begründung
Die Person ist älter als 18 Jahre.	Die Forschung bezieht sich auf den Erwachsenenpsychiatriebereich.
Die Person ist von einer psychischen Erkrankung betroffen.	Der Fokus der Forschung liegt auf der Sicht von Betroffenen.

Die Person nutzt ein ambulantes Peer-Angebot in der Schweiz.	In ambulanten Settings fallen viele sozialarbeiterische Tätigkeiten an, weshalb die Schnittstelle zwischen Peers und der Sozialen Arbeit besonders ausgeprägt ist.
Die Person hat das Peer-Angebot schon mindestens drei Mal besucht.	Wie Johann Meinhof (2018) im Fachpoolgespräch berichtete, werden zwei Treffen für das Joining und das Herantasten an zentrale Themen benötigt. Diese bilden die Basis für den darauffolgenden Erfahrungsaustausch.

Tabelle 5: Kriterien des Sampling (eigene Darstellung)

Interviewpersonen

Auf der Suche nach Interviewpersonen hat die Autorin in einem ersten Schritt online Recherchen zu sozialen Institutionen im Raum Luzern, Obwalden und Nidwalden durchgeführt, welche über ambulante Peer-Angebote verfügen. Dabei stiess sie auf die Spitex Luzern, Traversa Luzern sowie Selbsthilfe Luzern Obwalden Nidwalden. Die Institutionen wurden per Mail über die Idee der Forschungsarbeit informiert und nach möglichen, interessierten Klientinnen und Klienten als Interviewpersonen gefragt. Die Fachleute der betreffenden Institutionen waren sehr hilfsbereit. So wurde der Autorin der Kontakt zu drei interessierten Betroffenen vermittelt, welche das Peer-Angebot bei Traversa nutzen. Weiter konnte die Autorin die Peer-geleitete Recovery-Gruppe der Spitex Luzern besuchen und vor Ort ihr Vorhaben schildern. Dadurch konnten zwei weitere Interviewpersonen gefunden werden. Um zusätzliche Interviewpersonen zu finden, entschied sich die Autorin dazu, den geografischen Umkreis der Suche zu vergrössern. Durch Rückfragen bei den bereits kontaktierten Institutionen erhielt sie den Kontakt zu einer Peer, welche bei den psychiatrischen Diensten Interlaken arbeitet. Durch ihre Unterstützung kam der Kontakt zu den zwei letzten Interviewpersonen zustande.

Schlussendlich wurden fünf Frauen und zwei Männer im Alter zwischen einundzwanzig und siebenundsechzig Jahren befragt. Drei Personen nutzten zum Zeitpunkt der Befragung das Peer-Angebot der Traversa Luzern, zwei Personen jenes der psychiatrischen Dienste Interlaken und zwei Personen nahmen regelmässig an der Recovery-Gruppe der Spitex Luzern teil. Tabelle 6 zeigt die Samples auf. Um die Anonymität der Interviewpersonen zu gewährleisten, sind keine Angaben zu Alter, Geschlecht oder weiteren persönlichen Merkmalen vermerkt.

Institution	Anzahl Interviewpersonen
Traversa Luzern	3
Spitex Luzern	2
Psychiatrische Dienste Interlaken	2

Tabelle 6: Samples (eigene Darstellung)

Um die Forschungsergebnisse nachvollziehen zu können, werden in Tabelle 7 die von den Interviewpersonen genutzten Peer-Angebote kurz umrissen:

Traversa Luzern Seit 2018 verfügt Traversa über eine Peer-geleitete Info- und Beratungsstelle mit dem Namen PEERLE (Traversa, 2019). Die PEERLE ist ein Begegnungsort für einen Recovery-orientierten Austausch. Das Angebot besteht für Menschen mit Erfahrung in psychischer Erkrankung, ihre Angehörigen und Fachpersonen. Neben persönlicher Information und Unterstützung liegen Informationsmaterialien zu verschiedensten Themen der psychischen Gesundheit und Erkrankung auf. Das Angebot ist jeweils am Mittwochnachmittag zwischen 14:00 - 17:00Uhr geöffnet. Es ist kostenlos und kann ohne Voranmeldung genutzt werden. Nach Vereinbarung bieten die Peers auch Einzelberatungen und -begleitungen an (ebd.).
Spitex Luzern Die Spitex Luzern bietet seit Februar 2018 eine ambulante Recoverygruppe an (Spitex Stadt Luzern, ohne Datum). Die Gruppe steht Personen offen, welche sich durch den Austausch mit anderen Betroffenen einen neuen Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung erarbeiten wollen. Das Treffen findet alle vierzehn Tage jeweils am Montag zwischen 15:30 und 17:00 Uhr statt und wird von einer Psychiatrie-Pflegeperson sowie von zwei Peers geleitet. Der Einstieg in die Gruppe ist jederzeit möglich, bedingt jedoch eine Voranmeldung (ebd.).
Psychiatrische Dienste Interlaken Die psychiatrischen Dienste Interlaken bieten neben dem Peer-Angebot in der Tagesklinik auch einen ambulanten Peer-Support an (Spitalfmi, 2019b). Dieser umfasst die Begleitung und Unterstützung von Betroffenen zuhause in ihrem gewohnten Umfeld oder an einem Ort ihrer Wahl. Zum Angebot gehören auch die Hilfe bei administrativen Tätigkeiten sowie Peerbegleitung mit Hilfe von Musik. Eine Peer-Mitarbeiterin steht zudem spezifisch für Gespräche mit Psychose-Erkrankten zur Verfügung. Weiter bietet eine Peer-Mitarbeiterin am Samstagvormittag Freizeitgestaltung an und ist nach Absprache abends oder an den Wochenenden erreichbar (ebd.).

Tabelle 7: Kurzbeschrieb der genutzten Peer-Angebote (eigene Darstellung)

3.4 Datenerhebung

Kontaktaufnahme

Vor der definitiven Zusage für ein Interview fand jeweils ein Telefonat zwischen der Autorin und der Interviewperson statt. Dabei wurden das Ziel der Forschungsarbeit sowie der Ablauf des Interviews erläutert. Zudem diente das Telefongespräch dazu, gegenseitige Erwartungen und allfällige Unklarheiten zu klären.

Leitfaden

Für die Durchführung der Interviews wurde vorgängig ein Leitfaden erstellt. Kennzeichnend für den Leitfaden sind offene Fragen, welche es der befragten Person ermöglichen, frei zu antworten (Horst Otto Mayer, 2004, S. 36). Betreffend der Länge des Leitfaden orientierte sich die Autorin an den Aussagen von Andreas Jud, Miriam Rorato und Jürgen Stremlow (2008) wonach dieser aus fünf bis sieben offenen Hauptfragen besteht (S. 4). Der Leitfaden diente der Autorin als Orientierung und stellte sicher, dass nicht wesentliche Aspekte der zu erforschenden Hauptfrage vergessen gingen. Während den Interviews mussten die Interviewpersonen die im Leitfaden formulierten Fragen nicht zwingend nach der zuvor festgelegten Reihenfolge beantworten. Um flexibel auf die Interviewpersonen eingehen und noch nicht angesprochene Informationen einholen zu können, hat die Autorin sich im Vorfeld Nachfragen zu den Hauptfragen überlegt. Diese sind in Form von Stichworten unter den Hauptfragen notiert. Der Leitfaden ist im Anhang ersichtlich.

Interviewdurchführung

Beim Leitfaden handelte es sich um persönliche Fragen, welche die interviewten Personen aufforderte viel über ihre Geschichte und ihre persönlichen Erfahrungen und Gefühle zu erzählen. Der Autorin war es deshalb ein Anliegen, die Interviews an einem ruhigen und geschützten Ort durchzuführen. Die Personen konnten entscheiden, ob sie das Interview an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, bei sich zuhause oder an einem selbst vorgeschlagenen, ruhigen Ort durchführen wollten. Schlussendlich wurden alle Interviews entweder in einem Sitzungszimmer der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit oder bei den Interviewpersonen zuhause durchgeführt. Der Zeitraum der Durchführung war zwischen Januar und April 2019.

Tondokumentation

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Die Aufnahme diente einem späteren Zweithören und bildete die Grundlage für die anschliessende Transkription.

3.5 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der Daten erfolgte mittels Transkription der Tondokumentationen. Entgegen häufig gelesener Ratschläge, nur so viel und so genau zu transkribieren, wie von der Fragestellung tatsächlich notwendig erscheint (Uwe Flick, 1991, S. 162), wurde jeweils die gesamte Aufnahme transkribiert. Dieses Vorgehen ermöglichte es der Autorin, nochmals bewusst in das dokumentierte Gespräch einzutauchen und das Wesen und zusammenhängende Aussagen der befragten Person vertiefter zu erfassen.

3.6 Datenauswertung

Die Autorin hat die Daten der Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2012) ausgewertet. Diese wird in Abbildung 4 aufgezeigt und in dem darauffolgenden Abschnitt genauer erläutert.

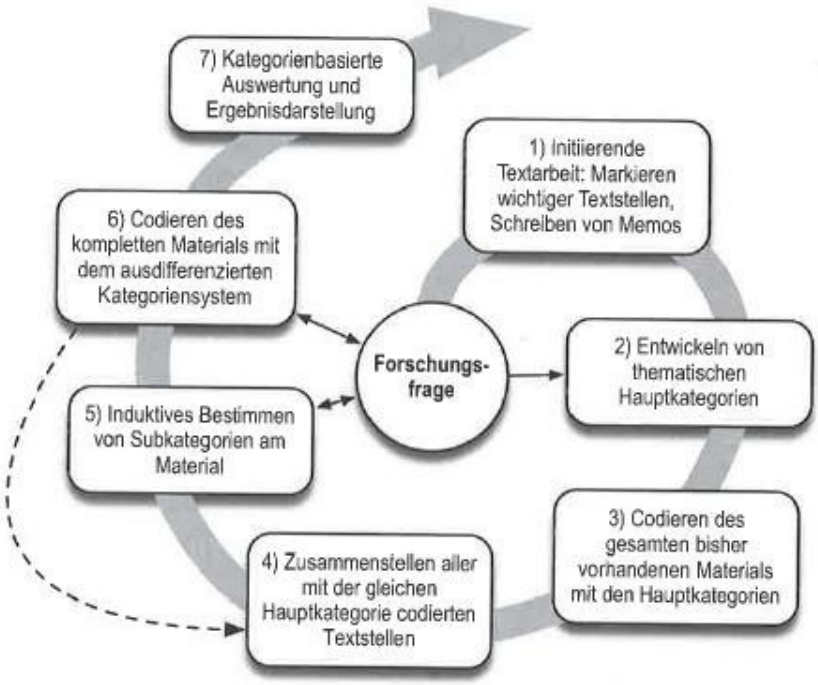

Abbildung 4: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012, S. 78)

1) In der ersten Phase der Datenauswertung wurden die einzelnen Transkripte sorgfältig gelesen und wichtige Textstellen und prägnante Aussagen der Interviewpersonen markiert. Die markierten Textstellen wurden in einer Tabelle festgehalten und in der rechten Spalte von der Autorin paraphrasiert. Das heisst, ausschmückende Wendungen innerhalb der Textstellen wurden gestrichen

und die Aussagen in einem Kurztext zusammengefasst. Um persönliche Zitate der Interviewpersonen für die weitere Arbeit verwenden zu können, wurden diese in der linken Spalte der Tabelle beibehalten.

2) In einem nächsten Schritt bildete die Autorin vier Hauptkategorien, welche sich an den Themenkomplexen des Leitfadens sowie der Forschungsfrage orientierten. Die Hauptkategorien wurden somit deduktiv bestimmt (Kuckartz, 2012, S. 79-80).

3-4) In der dritten und vierten Phase wurden die in der Tabelle gesammelten Daten den vier Hauptkategorien zugeordnet. Als Unterstützung dafür diente ein Kodierleitfaden, welcher die Autorin auf der Basis von Kuckartz (2012) erstellt hatte (S. 85). Dieser ist im Anhang ersichtlich.

5-6) Nachdem die Aussagen den Hauptkategorien zugeordnet waren, gruppierte die Autorin ähnliche Aussagen innerhalb einer Hauptkategorie wiederum in Subkategorien zusammen und formulierte dazu passende Begriffe. Die Subkategorien wurden demnach induktiv bestimmt. Auch für die Subkategorien wurde ein Kodierleitfaden erstellt, welcher ebenfalls im Anhang angefügt ist. Beim Zuordnen der Aussagen zu den Subkategorien kam es teilweise zu Überschneidungen. Das heisst, einige Aussagen konnten mehreren Kategorien zugeordnet werden. Der Autorin wurde dadurch die Komplexität der Thematik bewusst.

7) Die, den Haupt- und Subkategorien zugeordneten Interviewdaten bildeten die Basis für die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse. Abbildung 5 gibt einen Überblick über die festgelegten Kategorien. Danach werden in Kapitel 4 die Forschungsergebnisse dargelegt.

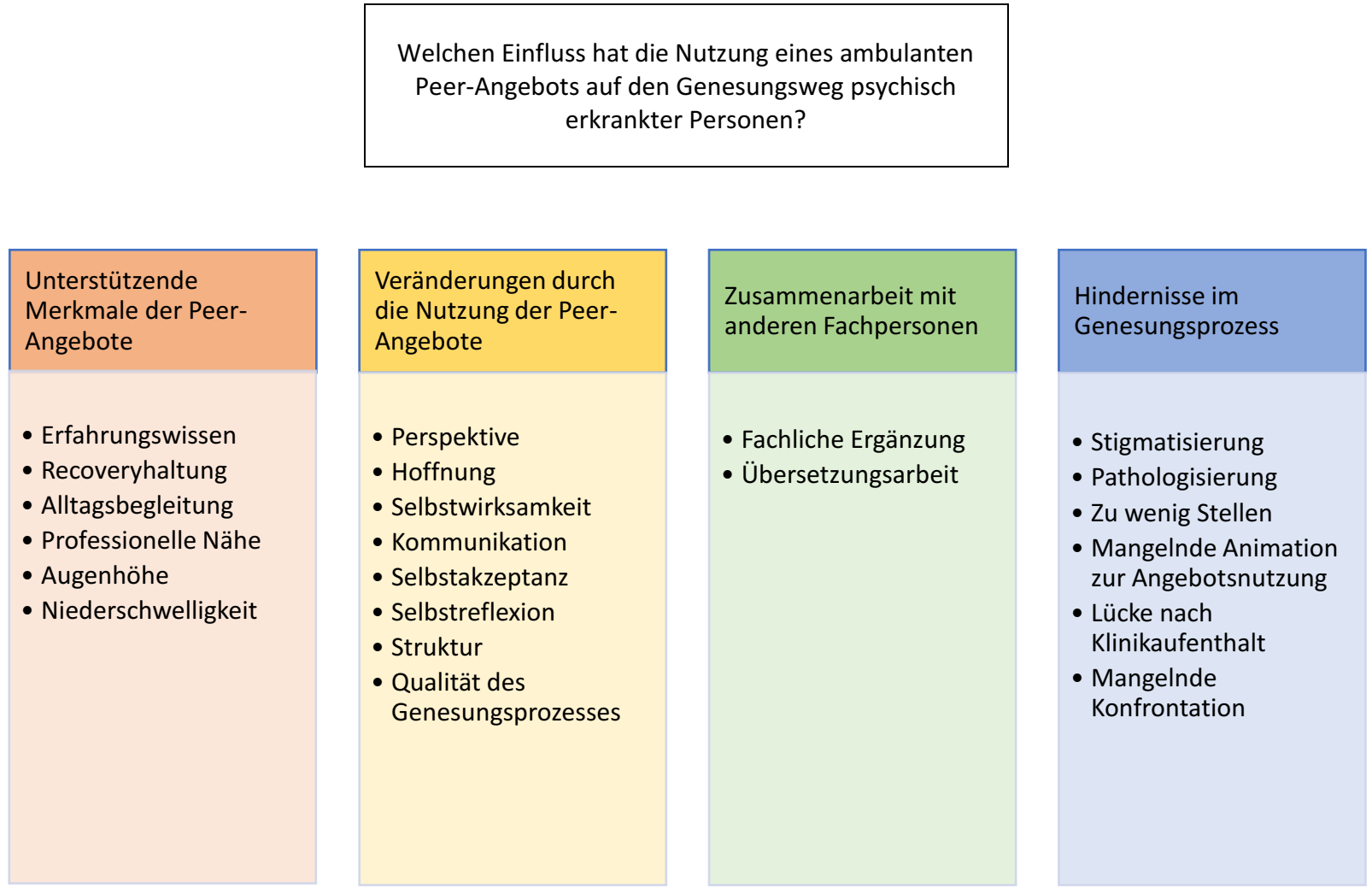

Abbildung 5: Kategorienübersicht (eigene Darstellung)

4. Forschungsergebnisse

Dieses Kapitel widmet sich der Darstellung der Forschungsergebnisse. Dabei werden die Resultate aus allen sieben durchgeführten Interviews zusammengetragen. Jedes der nachfolgenden Unterkapitel thematisiert eine, der in Abbildung 5 angeführten Hauptkategorien. Zu Beginn der Unterkapitel werden die jeweilige Hauptkategorie sowie die dazugehörenden Subkategorien in einer Tabelle aufgezeigt. Da die befragten Personen nicht alle die gleichen Peer-Angebote nutzen, haben sie die, als Kategorien bestimmten Begriffe, in den Interviews teilweise unterschiedlich aufgegriffen. Bei Beispielen, welche sich ausschliesslich auf eine bestimmte Form des Peer-Angebots (Einzel- oder Gruppenangebot) beziehen, ist dies vermerkt. Wörtliche Zitate sind ebenfalls als solche markiert.

4.1 Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote

Die Hauptkategorie «Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote» beschreibt typische Merkmale der Peer-Angebote, welche die befragten Personen als massgebende Unterstützung im Genesungsprozess ansehen. Dabei handelt es sich um angebotsbezogene Faktoren.

Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote
• Erfahrungswissen • Recoveryhaltung • Alltagsbegleitung • Professionelle Nähe • Augenhöhe • Niederschwelligkeit

Tabelle 8: Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote (eigene Darstellung)

Erfahrungswissen

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass das Erfahrungswissen der Peers als das zentrale unterstützende Merkmal der Peer-Angebote im Genesungsprozess angesehen wird. Sechs von sieben Personen erzählten, dass sie sich von den Peers verstanden fühlen, weil diese ähnliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen durchlebt haben, wie sie selbst. Ein Beispiel dafür liefert folgendes Zitat einer Interviewperson: *«Ich habe den Eindruck, dass Peers einfach jene sind, die wissen, wovon sie sprechen, weil sie das selbst auch durchgemacht haben. Ich fühle mich einfach besser verstanden.»* (Interview 3, Z. 57-59) Das Gefühl, vom Gegenüber verstanden zu werden, bringt gleich mehrere positive Folgen mit

sich. Zum einen trauen sich die Klientinnen und Klienten laut den Aussagen von fünf befragten Personen eher, sich in der Beratung zu öffnen und ihre Geschichte zu erzählen. Dabei fühlen sie sich nicht bewertet und der Druck fällt weg, etwas vorspielen oder verheimlichen zu müssen. Eine Person erwähnte dazu explizit, dass sie erst richtig offen über ihre Situation sprechen konnte, als sie in der Peer-Beratung auf eine Peer traf, die ähnliche Erfahrungen gemacht hatte, wie sie selbst. Weiter erzählten sechs der Personen, dass ihnen das Erfahrungswissen der Peers hilft, um in der Beratung Rat oder Unterstützung für die Bewältigung konkreter Situationen zu erhalten. Die Thematik des Erfahrungswissens ist sehr breit und umfasst viele Aspekte, welche in die nachfolgend beschriebenen Haupt- und Subkategorien einfliessen.

Recoveryhaltung

Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass die Auseinandersetzung mit Recovery eine massgebende Unterstützung im Genesungsprozess darstellt. Vier der befragten Personen erzählten, dass die Recovery-orientierte Haltung der Peers in den Angeboten stark spürbar ist. Es wurde betont, dass die Aufhebung der Pathologisierung und das Wissen darüber, dass jeder Mensch immer sowohl gesunde wie auch kranke Anteile in sich trägt, Kraft gibt, um weiterzumachen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die befragten Personen unterschiedliches Wissen über Recovery in die Peer-Angebote mitbrachten. Einige der Probanden haben sich schon vor der Nutzung des Peer-Angebots mit Recovery befasst. Andere sind durch den Kontakt zu den Peers das erste Mal mit Recovery in Kontakt gekommen.

Alltagsbegleitung

Aus den Interviews geht hervor, dass viele Betroffene aufgrund der psychischen Erkrankung in alltäglichen Situationen stark eingeschränkt sind, diese gänzlich vermeiden oder sie nur unter starkem Druck durchstehen. Dabei wurden unter anderem folgende Beispiele genannt: Erledigen des Haushalts, kochen, Kontakt zu verschiedenen Ämtern, ausfüllen von Formularen, an die frische Luft und unter Leute gehen, benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln und Auto fahren. Vier der befragten Personen äusserten das Bedürfnis nach einer vertrauensvollen, neutralen Begleitperson in solchen Momenten. Das heisst, die Person sollte niemand aus dem Familien- und Freundeskreis sein, die Lage nicht bewerten und nur das Beste für die betroffene Person wollen. Zwei der Personen, welche ein Peer-Angebot in einer bestimmten Region nutzen, berichteten, dass die Peers ihnen bei Aufgaben im Haushalt helfen oder sie bei Bedarf zu stressvollen Terminen oder Freizeitaktivitäten begleiten. Gemäss ihren Aussagen rückt dabei die Krankheit in den Hintergrund. Im Fokus liegt das Erledigen einer Aufgabe, zu der die Person zu diesem Zeitpunkt alleine nicht imstande wäre. Eine interviewte Person sagte dazu: *«Es geht*

nicht um deine Diagnose oder um deinen medizinischen Status, sondern du bist einfach ein Mensch. Und du würdest jetzt gerne mit diesem Peer etwas erledigen, weil du es alleine nicht kannst.» (Interview 6, Z. 280-283) Laut den Aussagen der beiden Interviewpersonen hilft die vertraute und stützende Begleitung der Peers in solchen praktischen Situationen dabei, Schritte zurück in die Gesellschaft und ins gesunde Leben zu machen.

In den Interviews mit zwei Personen, welche die Peer-Angebote in einer anderen Region nutzen, stellte sich heraus, dass sie sich eine Alltagsbegleitung durch Peers wünschen, diese an ihrem Ort aber nicht vorhanden ist. Eine Interviewperson schilderte zwar, dass es schweizweit viele selbständige Peers gibt, welche Einzelbegleitungen von Betroffenen anbieten. Da aber diese private Begleitung nicht über Krankenkassen abgerechnet werden könne, seien sie und weitere Personen, die sie kenne, finanziell nicht in der Lage, dieses Angebot zu nutzen (Interview 2, Z. 95-98).

Professionelle Nähe

In den Interviews wurde deutlich, dass die Beziehung zu den Peers eine zentrale Rolle in der Genesungsbegleitung spielt. Sechs der befragten Personen erwähnten, dass die Peers eine professionelle Rolle einnehmen, welche sich jedoch von jener der anderen Fachpersonen unterscheidet. Der Vergleich zu einer guten Kollegin oder einem guten Kollegen wurde gemacht, wobei betont wurde, dass trotzdem klare Grenzen bezüglich Nähe und Distanz bestehen und die Rollen klar verteilt sind. Die Geschichte und das Anliegen der Klientin oder des Klienten stehen im Zentrum der Peer-Angebote. Bei persönlichen Fragen an die Peers werden diese jedoch beantwortet. Vier der Interviews ist zu entnehmen, dass die Klientinnen und Klienten eher bereit sind, von sich zu erzählen, wenn sie persönliche Dinge vom Gegenüber erfahren. Eine Interviewperson sagte dazu: *«Ich will einfach etwas wissen. Diese Ebenen zu jemandem finden. Wenn ich von jemandem nur den Namen kenne, dann schaltet es bei mir schon ab.»* (Interview 6, Z. 114-115)

Augenhöhe

Vier der interviewten Personen erwähnten, dass die Peer-Begleitung auf Augenhöhe stattfindet. Gemäss der Personen merkt man das unter anderem daran, dass auch die Peers von den Klientinnen und Klienten lernen können. Dadurch entstehe eine sogenannte *«Win/Win-Situation»* (Interview 7, Z. 231), welche von den befragten Personen sehr geschätzt wird. Zwei der Probanden betonten, dass es ihren Genesungsprozess unterstützt, wenn sie im Gegenüber etwas bewirken und allenfalls auch helfen können. Laut ihrer Aussagen können sie damit einen Schritt aus der Krankenrolle raus machen und persönliche Ressourcen (wieder)entdecken.

Niederschwelligkeit

Die Niederschwelligkeit der Peer-Angebote wurde von drei Probanden als unterstützender Faktor für den Genesungsprozess genannt. Laut den Aussagen der Personen stellt es eine Entlastung dar, in Krisenmomenten oder vor anstehenden stressauslösenden Situationen, kurzfristig die Peerberatung aufsuchen zu können. Eine Person erwähnte zudem, dass sie ausser einem jährlichen Termin beim Psychiater nicht mehr in therapeutischer Behandlung ist. Die Möglichkeit, bei konkreten Anliegen trotzdem spontan die Peer-Beratung aufsuchen zu können, beschrieb sie als sehr hilfreich (Interview 4, Z. 114-118).

4.2 Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote

Dieses Teilkapitel umfasst in den Interviews genannte Veränderungen im Genesungsprozess, zu welchen die Nutzung der Peer-Angebote massgebend beigetragen hat. Dabei handelt es sich um personenbezogene Faktoren.

Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote
• Perspektive • Hoffnung • Selbstwirksamkeit • Kommunikation • Selbstakzeptanz • Selbstreflexion • Struktur • Qualität des Genesungsprozesses

Tabelle 9: Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote (eigene Darstellung)

Perspektive

In allen Interviews wurde ersichtlich, dass die Nutzung der Peer-Angebote den Betroffenen hilft, die eigene Situation aus einer anderen, positiveren Perspektive zu betrachten. Zum einen führten fünf Personen aus, dass bereits das Hören der Geschichten von Peers dazu beiträgt, dass sie die eigene Situation anders wahrnehmen. Durch die Erkenntnis, dass es noch andere Personen gibt, die Ähnliches durchlebt haben und ihren eigenen Recoveryweg gegangen sind, merken die Betroffenen, dass sie mit ihrer Erkrankung nicht alleine sind und sich für ihre Situation nicht schämen müssen. Drei der Interviews

ist zu entnehmen, dass die Einsicht in die Erfahrungen der Peers auch dazu führen kann, dass die Betroffenen persönliche, bisher als «krank» deklarierte Anteile plötzlich als normal oder sogar positiv ansehen. In diesem Zusammenhang erzählte eine Interviewperson: *«Dadurch, dass sie (die Peer) mir erzählte, was bei ihr in diesem Alter los war… das macht alles normaler. Es ist nicht nur theoretisch.»* (Interview 6, Z. 106-107)

Aus fünf der Interviews geht ausserdem hervor, dass die Peers gerade in schwierigen Momenten mentale Unterstützung bieten, um nicht in der eigenen, eingeschränkten Sichtweise steckenzubleiben. Der Austausch mit den Peers hilft den betreffenden Personen, weiter zu denken und nach vorhandenen Ressourcen und Lösungen zu suchen. In diesem Zusammenhang wurde von zwei Personen angeführt, dass die Peer-Beratung oft lustige Momente und Gespräche beinhalte. Der Humor bringe Leichtigkeit in die Schwere, was den Genesungsweg massgeblich unterstütze. Eine Interviewperson sagte dazu: *«Wenn ich denke, wie viel wir mit den Peers schon gelacht haben (…) Ich schätze sehr, dass ich heute über das, was ich erlebt habe, auch lachen kann. Das hilft mir beim Gesundwerden.»* (Interview 7, Z. 329-332)

Hoffnung

Es kristallisierte sich heraus, dass der oben genannte Perspektivenwechsel bei vielen Betroffenen zu mehr Hoffnung in Bezug auf ihre Zukunft führt. So erzählten vier Personen, dass die Nutzung der Peer-Angebote zu erneuter Zuversicht und Vertrauen in eigene Träume und Projekte geführt hat. Eine Interviewperson schilderte, dass der Kontakt zu einer Peer *«Begeisterung»* in ihr ausgelöst hat, weil sie durch deren Recoverygeschichte erfahren hat, was trotz der scheinbar *«ausweglosen Situation»* alles möglich ist (Interview 2, Z. 33-34).

Selbstwirksamkeit

Vier Interviewpersonen schilderten, dass die veränderte Sicht auf die eigene Situation und die Zukunft ihre Selbstwirksamkeit positiv beeinflusst. So erzählten die betreffenden Personen, dass sie durch diesen Perspektivenwechsel dazu motiviert wurden, Dinge in die Tat umzusetzen, die sie schon lange tun wollten. Eine Interviewperson sagte dazu: *«(…) das hat mir dann so einen Schub gegeben, dass ich nachher, als ich wieder aus einer depressiven Phase raus war, die (…) Ausbildung gemacht habe.»* (Interview 1, Z. 17-19)

Eine Interviewperson erwähnte den Aspekt der Selbstwirksamkeit noch in einem weiteren Kontext. Sie berichtete, dass die Peer-Beratung die Eigeninitiative innerhalb des therapeutischen Settings fördert: *«Peers helfen, umdenken zu lernen. Dass man als Patient nicht warten muss, bis man gefragt wird.*

Sondern dass wir aus uns rauskommen. Sie motivieren uns, dem Therapeuten Dinge zu sagen.» (Interview 7, Z. 378-380)

Kommunikation

Die Thematik der Kommunikation kam in mehreren Interviews zur Sprache. Vier der Probanden schilderten, dass sie das Erfahrungswissen der Peers insbesondere in der Kommunikation der psychischen Erkrankung gegenüber Mitmenschen als sehr hilfreich empfinden und dementsprechend auch Rat einholen. So erklärte eine interviewte Person: *«Peers haben mehr Kompetenzen in diesem Bereich. Was will man von sich veröffentlichen? Will man dazu stehen? Mit dem mussten sie sich schon stark auseinandersetzen.»* (Interview 4, Z. 137-139) Wie den Aussagen zu entnehmen ist, führt die Unterstützung der Peers in diesem Bereich dazu, dass die Personen offener und ehrlicher kommunizieren und eher zu sich und der eigenen Geschichte stehen. Drei der Personen führten an, dass sich diese veränderte Haltung positiv auf Partnerschaft, Familie und Freundeskreis auswirkt. Es geht jedoch auch hervor, dass die offene und selbstsichere Kommunikation für viele Betroffenen ein langwieriger Prozess darstellt, welcher nicht von einem Tag auf den anderen in allen sozialen Settings umgesetzt werden kann. So erwähnten drei der befragten Personen, dass sie die Empfehlungen, welche sie in der Peer-Beratung erhalten hatten, momentan vor allem in ausgewählten und ihnen vertrauten Beziehungen anwendeten. In der Gesellschaft zu sich und der eigenen Geschichte zu stehen, macht ihnen hingegen noch Mühe. Zu gross ist die Angst vor gesellschaftlichem Unverständnis und Abneigung.

Selbstakzeptanz

Vier Interviewpersonen kamen auf das Thema der Selbstakzeptanz zu sprechen. Aus den Aussagen geht hervor, dass die Selbstakzeptanz der betroffenen Personen aufgrund der psychischen Erkrankung über die vergangenen Jahre stark geschwächt wurde. Wie die Personen berichteten, hilft der Kontakt zu den Peers ihnen, sich selbst wieder mehr zu akzeptieren und wertzuschätzen. Dabei hilft es den Betroffenen bereits, die Geschichten und Erfahrungen der Peers zu hören und dabei zu merken, dass es nicht abnormal ist, psychisch zu erkranken. Zwei der Probanden schilderten ausserdem, dass die Peers in der Beratung und Begleitung konkrete Ansätze und Übungen mitgeben, welche ihnen dabei helfen, die eigene Selbstakzeptanz zu stärken.

Selbstreflexion

Aus den Interviews geht hervor, dass die Nutzung der Peer-Angebote die Selbstreflexion fördert. Zum einen wurde von vier Personen erzählt, dass die Peers in der Einzelberatung und -begleitung durch persönliche Inputs zum Denken anregen. Bezüglich der Teilnahme an einer Recoverygruppe schilderte eine Person, dass das Einbringen von lebensnahen Themen durch andere Betroffene zur Selbstreflexion bewegt. Mit lebensnahen Themen sind Begriffe gemeint, die alle Menschen betreffen und sich nicht auf *psychisch gesund* oder *psychisch erkrankt* begrenzen. Als Beispiel wurde von der Interviewperson das Thema «*Abgrenzung»* genannt. (Interview 5, Z. 128)

Struktur

Vier von sieben Personen erzählten in den Interviews, dass die Peer-Begleitung eine Struktur bietet, welche ihren Genesungsprozess massgebend unterstützt. Die Art der Struktur wurde unterschiedlich beschrieben. Zwei Personen gaben an, dass sie durch die regelmässige freiwillige Teilnahme an einer Recoverygruppe ihre Wochen- und Tagesabläufe aktiver gestalteten. Zwei weitere Probanden führten aus, dass die Peers ihnen in der Einzelbegleitung helfen, die Woche zu planen und Dinge zu erledigen, zu denen sie aufgrund der psychischen Erkrankung alleine nicht imstande sind.

Qualität des Genesungsprozesses

In den sieben Interviews wurden verschiedene Aussagen über den Einfluss der Peer-Angebote auf die Qualität des Genesungsprozesses gemacht. Zwei Personen schilderten, dass der Halt und das Vertrauen, welche die Peers ihnen vermitteln, ein Fundament für den weiteren Genesungsprozess darstellt. Eine Person sagte zudem, dass die Unterstützung durch die Peers ihren Genesungsweg stark beschleunigt hat. So erzählte sie: *«Ohne Peers würden zwei Jahre Fortschritt fehlen. Und wenn ich denke: Vor zwei Jahren, dort will ich wirklich nicht mehr sein.»* (Interview 7, Z.185-186)

Zwei der Probanden führten an, dass der Einfluss eines Peer-Angebots auf den Genesungsweg zu einem grossen Teil von der Haltung der Klientin oder des Klienten abhängt. Eine Person sagte dazu: *«Also Peers sind nicht Wundervollbringer (…) es ist wichtig, dass es Peers gibt (…) aber im Grunde genommen muss ich mich selbst stärken und an mir selbst arbeiten. Ich kann noch so zum Psychologen gehen, zum Peer gehen und weiss nicht… bibäschelen, aber wenn ich an mir selbst nicht arbeite, dann bringt das alles nichts.»* (Interview 3, Z. 229-233)

4.3 Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen

Dieses Unterkapitel greift in den Interviews thematisierte Aspekte auf, welche die Wichtigkeit der Zusammenarbeit zwischen Peers und anderen Fachleuten für den Genesungsweg von Betroffenen verdeutlicht.

Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen
• Fachliche Ergänzung • Übersetzungsarbeit

Tabelle 10: Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen (eigene Darstellung)

Fachliche Ergänzung

Fünf Interviewpersonen erwähnten explizit, dass es für eine optimale Unterstützung während des Genesungsprozesses sowohl Peers als auch andere Fachleute braucht. Dabei wurde als Beispiel Bezug zu der Rolle von Psychiaterinnen und Psychiatern genommen. Während die Peers für das Vermitteln von Erfahrungswissen und die Beratung und Begleitung in praktischen Situationen zuständig sind, sehen die Interviewpersonen die Aufgabe von Psychiaterinnen und Psychiatern in der fachlichen Beratung und medizinischen Begleitung. Eine Person äusserte sich dazu wie folgt: *«Es sind zwei unterschiedliche Jobs mit unterschiedlichen Angeboten, die einander ergänzen.»* (Interview 6, Z. 274-275) Weiter wurde gesagt: *«Es braucht beides. Definitiv (…) Peers unterstützen die Therapeuten und die Therapeuten unterstützen die Peers.»* (Interview 7, Z. 211-212) Wie wichtig alle Fachpersonen für den Genesungsprozess sind, zeigt sich in folgender Aussage einer Person: *«Ich sage immer, sie (Peer und Psychiaterin) sind so ein bisschen mein Schutzschild, mein Rucksack, den ich habe.»* (Interview 6, Z. 155-156)

Übersetzungsarbeit.

Drei der befragten Personen sehen es als eine zentrale Aufgabe der Peers an, zwischen den anderen Fachpersonen und den Klientinnen und Klienten zu vermitteln und Übersetzungsarbeit zu leisten. Dies trägt gemäss ihrer Aussagen dazu bei, dass eher zurückhaltende Klientinnen und Klienten sich auch gegenüber anderen Fachpersonen mehr öffnen. So sagte eine Person:

> *«Sie (die Peers) schlagen halt wirklich diese Brücke, die es gebraucht hat, zwischen den Fachärzten und den Patienten. So viele wollen sich einfach den Ärzten nicht öffnen. Weil sie das Gefühl haben,*

die verstehen nicht, was abgeht und die haben das ja nur gelernt und es kann auch nicht verstanden werden. (…) Deshalb ist es wichtig, dass die Peers versuchen, das nochmals anders rüberzubringen. Ich finde es wichtig, dass die dort immer dabei sind. In der Klinik, auf den Stationen, an den Sitzungen.» (Interview 1, Z. 143-148)

4.4 Hindernisse im Genesungsprozess

Die Hauptkategorie «Hindernisse im Genesungsprozess» beschreibt in den Interviews genannte Aspekte, welche den Genesungsprozess von Betroffenen behindern. Diese Hauptkategorie umfasst zum einen Hindernisse, welche die befragten Personen innerhalb der Peer-Angebote sehen. Andererseits werden gesellschaftliche Hindernisse genannt, welche einen massgebenden Einfluss auf die Peer-Angebote haben und sich somit negativ auf den Genesungsweg von Nutzerinnen und Nutzern der Peer-Angebote auswirken.

Hindernisse im Genesungsprozess
• Stigmatisierung • Pathologisierung • Zu wenig Stellen • Mangelnde Animation zur Angebotsnutzung • Lücke nach Klinikaufenthalt • Mangelnde Konfrontation

Tabelle 11: Hindernisse im Genesungsprozess (eigene Darstellung)

Stigmatisierung

Als zentraler hinderlicher Faktor für den Genesungsprozess wurde die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft genannt. Diese wird von allen befragten Personen als sehr stark wahrgenommen. Ein Grund dafür sehen sie darin, dass noch zu viel Halbwissen respektive falsches Wissen über psychische Erkrankungen kursiert. Eine weitere Übereinstimmung der Interviewpersonen zeigt, dass die Stigmatisierung einen grossen Einfluss auf die Nutzung der Peer-Angebote hat. Zum einen sind vier Personen der Ansicht, dass die Stigmatisierung die Verbreitung der Peer-Arbeit in sozialen Institutionen behindert (siehe auch Subkategorie *zu wenig Stellen).* Weiter schilderte eine Person, dass teilweise auch unter Klientinnen und Klienten Vorurteile gegenüber Peers bestehen. Das führt laut ihrer Aussage dazu, dass diese die Peer-Angebote nicht nutzen, weil sie nicht zu jemandem in die Beratung gehen wollen, der *«selbst einen Dachschaden hat oder gehabt hat.»* (Interview 3, Z. 207) Wie unter der

Subkategorie *Kommunikation* beschrieben, werden Betroffene durch die Stigmatisierung zudem gehemmt, in der Peer-Begleitung erarbeitete Techniken in der Gesellschaft anzuwenden.

Alle Interviewpersonen äusserten den Wunsch, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit geleistet wird um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Eine Person sagte dazu:

> *«Man sollte mit diesen Sachen viel mehr an die Öffentlichkeit gehen. Dass das (psychische Erkrankungen) heute Bestandteil ist vom Leben, dass es zum Leben gehört. Ich glaube, wenn die Leute das eher akzeptieren, dann kann man damit auch anders umgehen.»* (Interview 5, Z. 225-228)

Eine weitere Person formulierte das Anliegen, dass mehr öffentliche Anlässe in diesem Zusammenhang organisiert werden sollen. Als Vorzeigebeispiel nannte sie den von der Pro menta sana und Traversa durchgeführten Anlass zum Tag der Psychischen Gesundheit im Oktober 2018 im Neubad Luzern.

Pathologisierung

In den Interviews wurde unter anderem die Pathologisierung als Hindernis für den Genesungsprozess aufgeführt. Aussagen von zwei Betroffenen zufolge, ist diese in psychiatrischen Institutionen immer noch stark spürbar. Dadurch entstehe jedoch ein Paradoxon: Einerseits spreche man von Gesundheit und Recovery, gleichzeitig läge der Fokus immerzu auf der Krankheit und der Diagnose. Eine Person sagte dazu:

> *«Also Psychiatrie ist für mich immer: Ja, aber jetzt kommen wir wieder zurück aufs Thema oder… auf die Krankheit. Das ist wieder so der Titel. Und da muss ich sagen, irgendwie will man die Leute nicht aus diesem Ding bringen.»* (Interview 5, Z. 214-216)

Wie die beiden Probanden berichteten, ist diese Diskrepanz teilweise auch in der Peer-Arbeit (als Rad in der psychiatrischen Versorgung) spürbar. So war eine Interviewperson der Ansicht, dass in der von ihr besuchten Recoverygruppe der Fokus noch zu stark auf den psychischen Erkrankungen liegt, anstatt sich auf personelle Ressourcen und Möglichkeiten zu konzentrieren. Dazu lieferte sie folgendes Statement: *«Wichtig ist, dass die Leute wahrgenommen werden. Und nicht die Krankheit wieder in den Vordergrund kommt. Und zu sagen, ja weil du jetzt dieses Krankheitsbild hast, kannst du nicht anders.»* (Interview 5, Z. 209-211)

Zu wenig Stellen

Wie drei der Interviewpersonen erzählten, ist die Nachfrage nach dem Peer-Angebot besonders bei Einzelbegleitungen von Seiten der Klientinnen und Klienten gross. Gleichzeitig gibt es laut den drei Personen zu wenig angestellte Peers. So wurde erwähnt, dass in einer Institution zwei Peers angestellt

sind. Diese würden, zusätzlich zu den Einzelterminen, auch den Notfalldienst übernehmen. Dadurch käme es manchmal zu Terminkollisionen, was dazu führe, dass Einzeltermine kurzfristig abgesagt werden müssten. Gemäss der Aussage einer Interviewperson ist eine solche Absage sehr belastend, insbesondere dann, wenn der letzte Termin schon einige Zeit zurückliegt. In diesem Zusammenhang sagte sie: *«Es ist wirklich schwierig, wenn du auf diesen Termin wartest und wartest.»* (Interview 6, Z. 291-292) Weiter führt sie an: *«Also es gibt zu wenig Peers (…) Es braucht mehr feste Stellenangebote.»* (Interview 6, Z. 295-299)

In den Interviews wurde ersichtlich, dass die Unterstützung durch Peers in einigen sozialen Institutionen der Schweiz noch gänzlich unbekannt ist, während in anderen Bertrieben das Wissen darüber zwar vorhanden ist, bisher jedoch noch keine Peers angestellt sind. Gemäss den Aussagen von fünf Probanden führt dies dazu, dass viele erkrankte Personen nichts von der Möglichkeit der Peer-Begleitung wissen oder keinen Zugang dazu haben. Die fünf Personen äusserten die Wichtigkeit, dies zu ändern. So sagte eine Person: *«Mein grösster Wunsch ist, dass viel mehr geschaut wird, dass so ein Modell Peer wieder zurückfindet in diese Kliniken, Sozialdienste, die ja alle miteinander arbeiten. Das dort viel klarer wird, was ein Peer ist und dass man das nutzen kann.»* (Interview 7, Z. 341-343) Weiter wurde folgendes Statement geliefert:

> *«Peer, das muss dringend raus. Das sollen die Leute kennen. Es sind viele hoffnungslose Leute hinter Fenstern, die vielleicht vor genau dem gleichen Chaos sitzen wie ich. Und dann wissen sie, oh nein, ich schaffe es doch jetzt nicht zum Sozialdienst in die Budgetberatung. Weisst du, da muss man x Stellen anrufen, nicht nur eine. Und wenn man psychisch krank ist, kann man manchmal nicht einmal seine Rechnungen bezahlen. (…) Hier oben kannst du es, aber es geht nicht. (…) Und das ist nicht, weil man faul ist. Es gibt immer Faule, das ist logisch. Aber sprechen wir jetzt einmal von der Mehrheit. Die ist für mich einfach nach wie vor die, die wollen.»* (Interview 7, Z. 348-355)

Mangelnde Animation zur Angebotsnutzung

Wie zwei der Interviews zu entnehmen ist, wird auch innerhalb der Institutionen noch zu wenig über die Möglichkeit zur Peer-Beratung oder der Teilnahme an Recoverygruppen informiert. Laut den beiden Interviewpersonen werden dadurch viele psychisch erkrankte Personen um eine wichtige Unterstützung im Genesungsprozess gebracht. Es wird gefordert, dass die Professionellen die Klientel vermehrt auf Peer-Angebote aufmerksam machen und diese dazu animieren, daran teilzunehmen.

Lücke nach Klinikaufenthalt

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass nach dem stationären Klinikaufenthalt eine Begleitung fehlt, welche die Klientinnen und Klienten in der Wiedereingliederung zuhause unterstützt. Wie den Aussagen von drei befragten Personen zu entnehmen ist, führt diese Angebotslücke zu einer Behinderung des Genesungsprozesses und zu Rückfällen in alte, störende Muster. Zwei der interviewten Personen erwähnten, dass sie sich nach ihrem stationären Klinikaufenthalt eine regelmässige Begleitung in Form eines Peer-Supports gewünscht hätten. Sie betonen die Wichtigkeit, ein solches Angebot für zukünftige Klientinnen und Klienten einzuführen. Eine Person sagte in diesem Zusammenhang:

> *«Als ich aus der Klinik gekommen bin, ist es mir ein paar Wochen sehr gut gegangen. Aber dann, an irgendeinem Punkt, bin ich wieder immer mehr in die alten Muster zurückgefallen (…) Da wäre es gut, wenn es so ein Peer-Angebot geben würde. Die mit einem dranbleiben an diesen Themen (…) weil in der Klinik ist man halt schon so ein bisschen in dieser Bubble drin.»* (Interview 2, Z. 86-91)

Mangelnde Konfrontation

Alle Interviewpersonen sind sich bewusst, dass die aktive Konfrontation mit der eigenen Situation und damit verbundenen Herausforderungen ein zentraler Schritt im Genesungsprozess darstellt. Zwei Interviews ist zu entnehmen, dass in den Gruppenangeboten eine solche aktive Konfrontation von Seiten der Peers vermisst wird. Es werden mehr fordernde Fragen gewünscht, welche punktuell etwas aufrütteln und die Dinge nicht schön reden. So sagte eine Interviewperson: *«Ich habe manchmal das Gefühl, man verlässt diese Grenze nicht gern. Es ist eine Grundhaltung vom Menschen natürlich, dass er das nicht macht. Aber eigentlich ist das der Weg, über diese Grenze rauszugehen. Um Lösungen finden zu können.»* (Interview 5, Z. 273-276) Bei den Interviewpersonen, welche ausschliesslich Einzelangebote durch Peers nutzen, kam das Thema der Konfrontation nicht zur Sprache. Um zu erfahren, ob die Klientel sich auch in diesem Setting mehr Konfrontation von Seiten der Peers wünscht, müssten deshalb weitere Nachforschungen erstellt werden.

5. Diskussion der Ergebnisse

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung der Forschungsfrage:

> Welchen Einfluss hat die Nutzung eines ambulanten Peer-Angebots auf den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen?

Anhand der Interviews konnte umfangreiches Datenmaterial zur Beantwortung der Forschungsfrage gesammelt werden. Der Fokus lag auf den persönlichen Erfahrungen der Betroffenen mit den von ihnen genutzten Peer-Angeboten. Mit sieben Personen wurde die Anzahl der Probanden dabei tief gehalten. Insofern stellt die Autorin mit den Forschungsergebnissen, der in diesem Kapitel folgenden Diskussion sowie der Beantwortung der Praxisfrage in Kapitel 6 keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden in diesem Kapitel die Forschungsergebnisse mit der in Kapitel 2 erläuterten Theorie in Verbindung gebracht. In einigen Fällen wird zudem weitere Literatur hinzugezogen. Auch finden in diesem Kapitel Interpretationen und Gedanken der Autorin ihren Platz.

5.1 Erfahrungswissen als zentrale Expertise der Peers

Bereits der, für Peer synonym verwendete Titel *Expertin oder Experte aus Erfahrung* macht deutlich, dass Peer-Angebote sich insbesondere durch das Erfahrungswissen der Peers auszeichnen. Gemäss Utschakowski (2016) ist es den Peers dadurch eher möglich, eine gemeinsame Sprache mit den Klientinnen und Klienten zu finden. Auf der Grundlage der gemeinsamen Erfahrung wird über Erlebnisse statt über Symptome gesprochen, wodurch eine von Verständnis und Empathie getragene Beziehung entstehen kann (vgl. Kapitel 2.3.4). Die Forschungsergebnisse bestätigen diese Aussage. So erzählten vier der befragten Personen, dass sie sich von den Peers verstanden fühlen, weil diese ähnliche Erfahrungen teilen wie sie. Den Aussagen der befragten Personen zufolge, führt dieses Gefühl des Verstandenwerdens eher zu Vertrauen und Offenheit gegenüber den Peers. Weiter ist den Forschungsergebnissen zu entnehmen, dass das Erfahrungswissen der Peers viele positive Effekte im Genesungsprozess der Klientel hervorruft. So zum Beispiel mehr Hoffnung im Hinblick auf die Zukunft, die Förderung der Selbstwirksamkeit und der Selbstakzeptanz sowie eine ehrlichere Kommunikation gegenüber Mitmenschen. Mit Blick auf das bio-psycho-soziale Modell kommt die Autorin zum Schluss, dass die Peers sowohl auf der biologischen, wie auch auf der psychischen und der sozialen Ebene Unterstützung im Genesungsprozess leisten können.

5.2 Besonderheit der Peer-Klientel-Beziehung

Die Aussagen, welche unter den Kategorien *professionelle Nähe* und *Augenhöhe* gemacht wurden, scheinen sich auf den ersten Blick zu widersprechen. Einerseits schilderten die Interviewpersonen, dass die Rollen zwischen den Peers und den Klientinnen und Klienten klar verteilt sind. Andererseits wurde erwähnt, dass auch die Peers von den Erfahrungen der Klientinnen und Klienten lernen, wodurch eine Win/Win-Situation entsteht. Bei genauerer Auseinandersetzung mit der Thematik wird deutlich, dass die beiden Angaben sich nicht gegenseitig ausschliessen. Im Gegenteil: Sie zeigen auf, dass es für eine, als so hilfreich empfundene Nähe keine Hierarchie braucht, sondern geklärte Rollen. Eine klare Rolle meint hierbei nicht *unverrückbar,* wie es in einem Arzt-Patienten-Verhältnis normalerweise der Fall ist, wenn der Arzt oder die Ärztin den kranken Patienten oder die kranke Patientin behandelt. Vielmehr könnt *klar* mit *fassbar* und gemeinsam *verrückbar* übersetzt werden. Das heisst, Peer wie auch Klient oder Klientin werden sich ihrer eingenommenen Rollen, kommunizierend bewusst und können aus dieser Beziehung gemeinsam, wie auch jeder für sich, profitieren. Die Autorin kommt zum Schluss, dass es sich bei der Peer-Klientel Beziehung um eine Mischung aus professioneller Distanz und zugleich kollegialer Nähe handelt, welche in sich eine einzigartige Basis für einen gesundheitsunterstützenden Prozess darstellt.

Die gerade geschilderte Peer-Klientel-Beziehung steht in engem Zusammenhang mit der Recoveryorientierung. Laut Bradstreet (2004) ist die aktive Teilnahme vonseiten der Betroffenen ein zentrales Element von Recovery. Das heisst, die Betroffenen sind keine passiven Empfänger von Hilfeleistungen, sondern sie übernehmen (unter anderem in Zusammenarbeit mit den Fachleuten) aktive Verantwortung für ihren Genesungsprozess (vgl. Kapitel 2.3.2). Eine solche Zusammenarbeit zwischen Klient oder Klientin und Peer setzt eine Beziehung auf Augenhöhe voraus. Weiter bedeutet Gesundung im Sinne von Recovery keine absolute Symptomfreiheit, sondern ein Weg hin zu einem zufriedeneren Leben (vgl. Kapitel 2.3.2). Ein Mensch ist somit nicht entweder krank oder gesund, sondern befindet sich immer in einem individuellen Prozess der Gesundung. Demzufolge wäre die Annahme auch falsch, dass der kranke Klient, respektive die kranke Klientin sich von dem oder der gesunden Peer *therapieren* lässt. Vielmehr zeigen die Forschungsergebnisse auf, dass die Peers durch das Teilen ihres Erfahrungswissens die Klientel auf dem Weg hin zu einem zufriedeneren Leben unterstützen.

5.3 Umgang mit vorherrschenden Normen beeinflusst die Selbstakzeptanz

Wie Maercker (2018) ausführt, hängen die Definitionen psychischer Erkrankungen unter anderem von den vorherrschenden Normentypen der Gesellschaft ab (vgl. Kapitel 2.1.4). Viele Betroffene messen sich an diesen Normen und fühlen sich im Vergleich zu scheinbar „gesunden" Mitmenschen als anders und alleine in ihrer Situation. Dieser Eindruck kann zu starken Minderwertigkeitsgefühlen und Selbststigmatisierung führen. Gemäss Amering und Schmolke (2012) stellt die Selbststigmatisierung ein zentraler hinderlicher Faktor für den Genesungsprozess psychisch erkrankter Menschen dar und ist mithin die grösste Herausforderung, der sich Betroffene stellen müssen (vgl. Kapitel 2.1.5). Wie die Forschungsergebnisse aufzeigen, führt der Kontakt zu den Peers dazu, dass Betroffene einen anderen Blick auf die vorherrschenden Normen und ihre eigene Person in Korrelation dazu erhalten. Durch die geteilten Erfahrungen mit den Peers merken sie, dass sie mit ihrer Situation nicht alleine sind und deshalb auch nicht so „abnormal" wie sie immer das Gefühl hatten. Diese Veränderung der Perspektive kann zur Förderung der Selbstakzeptanz und damit zur Minimierung der Selbststigmatisierung bei den Betroffenen führen.

5.4 Hoffnung als Motor für Selbstwirksamkeit

Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass die Veränderung der Perspektive mehr Hoffnung auf Gesundung mit sich bringt. In diesem Zusammenhang wird nochmals die Aussage einer Interviewperson aufgegriffen, dass die Nutzung des Peer-Angebots Begeisterung in ihr ausgelöst hat, weil sie dadurch merkte, was trotz der scheinbar ausweglosen Situation alles möglich ist. Nach Bradstreet (2004) ist Hoffnung ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob ein Genesungsprozess in Gang kommt (vgl. Kapitel 2.3.2). An dieser Stelle sei zudem auf ein Zitat von Patricia Deegan verwiesen, die ausführt, dass «jemand erst dann handelt, wenn er Hoffnung auf Veränderung sieht, andernfalls bleibt er passiv und fügt sich seinem Schicksal.» (Deegan, 1996; zit. in Utschakowski, 2016, S. 40) Hoffnung ist demzufolge eine Voraussetzung für die Entstehung von Selbstwirksamkeit. Die Forschungsergebnisse bestätigen diese Erkenntnis. So berichteten vier Personen, dass die Nutzung des Peer-Angebots sie dazu motiviert hat, aktiv zu werden und Dinge in ihrem Leben anzupacken, die sie schon länger tun wollten. Hier lässt sich ein Zusammenhang zu den Studienresultaten von Davidson et al. (2005) finden, die aufzeigen, dass die Nutzung eines Peer-Angebots zu mehr Hoffnung und der Fähigkeit, Veränderungen im eigenen Leben zu bewirken, führt (vgl. Kapitel 2.3.5).

Andreas Knuf (2001) verdeutlicht, weshalb die Förderung der Selbstwirksamkeit für den Genesungsweg psychisch erkrankter Personen so wichtig ist (S. 32-33). Er schildert, dass psychisch erkrankte Menschen oft von der Erfahrung geprägt sind, keinen oder kaum einen Einfluss darauf zu haben, was in ihrem Leben mit ihnen geschieht. Die Ungewissheit darüber, wie eine Therapie abläuft, ob sie danach wieder

krank werden, ob sich Freunde zurückziehen und ob ihnen ein beruflicher Wiedereinstieg gelingt, ist stark. Dieses dauerhafte Gefühl, die Geschehnisse durch das eigene Verhalten nicht beeinflussen zu können, führt bei den Betroffenen zu einem Defizit an Motivation und Antrieb, was längerfristig in Passivität und resignativem Rückzug mündet (ebd.). In der Auseinandersetzung mit Knufs Aussagen wird deutlich, dass die Verminderung der Selbstwirksamkeit die psychische Erkrankung verstärkt, wohingegen die Förderung der Selbstwirksamkeit den Gesundungsprozess einer Person positiv unterstützt. Diese Einsicht bestätigt die Definition der NGP (2004), wonach das Gefühl der Selbstwirksamkeit ein zentraler Aspekt psychischer Gesundheit darstellt (vgl Kapitel 2.1.1).

5.5 Alltagbegleitung als Unterstützung aus der Abwärtsspirale

Wie Sass et al. (1996) in ihrer Definition psychischer Erkrankungen festhalten, sind viele Betroffene aufgrund der psychischen Erkrankung im Alltag stark eingeschränkt (vgl. Kapitel 2.1.3). Die Aussagen der Interviewpersonen bestätigen diese Feststellung. Ihren Erzählungen ist zu entnehmen, dass diese Einschränkungen zu einer Abwärtsspirale bezüglich des Genesungsprozesses führen: Aufgrund der Erkrankung vermeiden die Betroffenen konkrete Situationen gänzlich oder stehen sie nur unter intensivem Druck oder Angstgefühlen durch. Beide Gegebenheiten verstärken die Selbstabwertung und zementieren damit die psychische Erkrankung. Dadurch wird wiederum die Einschränkung im Alltag verstärkt. Das Risiko dieser Negativspirale wird auch von Brusa (2019b) dokumentiert (siehe Kapitel 2.2.3). Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Peers in genau solchen Fällen Abhilfe leisten können. So wurde deutlich, dass die Alltagsbegleitung durch Peers den Betroffenen hilft, stressvolle und belastende Situationen gemeinsam und aktiv zu bewältigen und damit einen Schritt aus der geschilderten Abwärtsspirale zu machen.

5.6 Förderung der Handhabbarkeit

Gemäss Antonovsky ist der Genesungsprozess einer Person abhängig von ihrem Kohärenzsinn, bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Kapitel 2.1.6). In der Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen wird besonders der Einfluss der Peer-Angebote auf die Handhabbarkeit der Nutzerinnen und Nutzer erkennbar. Lorenz (2004) beschreibt die Handhabbarkeit als die Überzeugung und das Vertrauen eines Menschen, dass Probleme bewältigt werden können. Weiter schreibt er, dass die Handhabbarkeit neben persönlichen Ressourcen auch von den Ressourcen abhängt, welche von der Umwelt zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kapitel 2.1.6). Die Autorin kommt zum Schluss, dass die Peers eine soziale Ressource darstellen, welche die Handhabbarkeit von Betroffenen fördert. Zum einen zeigt der Erfahrungsaustausch mit den Peers den Betroffenen, dass es möglich ist, Herausforderungen, welche aufgrund der psychischen Erkrankung

bestehen, zu bewältigen und Pläne zu verwirklichen. Die Peers nehmen somit eine Art Vorbildfunktion ein. Zum anderen hilft die Alltagsbegleitung durch Peers den Betroffenen, Dinge zu bewältigen, zu denen sie aus eigener Kraft in diesem Moment nicht in der Lage wären.

5.7 Einfluss auf soziale Beziehungen

Laut der NGP (2004) ist psychische Gesundheit umso eher gewährleistet, je besser die Menschen mit den Herausforderungen des Lebens zu Recht kommen, ohne sie zu leugnen oder zu tabuisieren (vgl. Kapitel 2.1.1). Hier lässt sich ein Zusammenhang zu den Forschungsergebnissen erkennen. So ist der Subkategorie *Kommunikation* zu entnehmen, dass der Kontakt zu den Peers bei manchen Betroffenen zu einem offeneren und ehrlicheren Umgang mit der psychischen Erkrankung gegenüber Mitmenschen führt. Mehrere Interviewpersonen erzählten, dass sich diese ehrliche Kommunikation positiv auf ihre sozialen Beziehungen ausgewirkt hat. In der Auseinandersetzung mit der Literatur wird deutlich, dass diese Veränderung eine bedeutende Unterstützung im Genesungsprozess darstellt. So weist Ortmann (2015) darauf hin, dass geringe oder belastende soziale Beziehungen zur Förderung psychischer Erkrankungen beitragen, wohingegen funktionierende soziale Netzwerke die psychische Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.1). Auch im bio-psycho-sozialen Modell wird ersichtlich, inwiefern soziale Beziehungen die psychische Gesundheit, respektive die Entstehung und Manifestierung psychischer Erkrankungen beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.3).

5.8 Bedeutung der Zusammenarbeit

Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass es für eine optimale Unterstützung im Genesungsprozess sowohl Peers als auch weitere Fachpersonen braucht. Jede Fachrichtung ist dabei für wichtige Funktionen zuständig, welche ausschliesslich von ihr übernommen werden kann. Gemäss den Interviewpersonen kommt den Peers eine Übersetzerrolle zwischen der Klientel und anderen Fachpersonen zu. Da sie Einsichten in die Situation der Klientel wie auch des Fachpersonals haben, können die Peers bei Unklarheiten und Unsicherheiten zwischen den beiden Parten vermitteln. Peers bringen demzufolge eine Form des trialogischen Austauschs in die Institutionen (vgl. Kapitel 2.3.3).

In den Interviews schilderte eine Person, dass Peers keine «Wunderheiler» sind. Ihre Erzählungen zeigen auf, dass der Genesungsprozess der Klientel nicht nur von dem Fachpersonal, sondern zu einem grossen Anteil von der Einstellung der betroffenen Person, von ihrer Motivation und Bereitschaft für Veränderung abhängt. Hierzu lässt sich die Definition der operativen Geschlossenheit nach Niklas Luhmann beiziehen. Gemäss Luhmann bildet, irritiert, informiert und motiviert ein System (in diesem Fall die Klientin oder der Klient) sich stets selbst, wonach streng genommen von aussen nicht in das

System (die Klientin oder den Klienten) interveniert werden kann (Hafen, 2014, S. 74). Aus diesem Grund können Fachpersonen (und darunter auch Peers) die erwünschten Veränderungen in den zu verändernden Systemen (den Klientinnen und Klienten) nie direkt erreichen. Gemäss Hafen müssen sich Fachpersonen deshalb darauf beschränken, Kommunikationssysteme beispielsweise in Form von Beratungsgesprächen oder Therapien in der Umwelt der Klientel zu initiieren und zu hoffen, dass diese die Kommunikationen als Anlass zur Veränderung nehmen (ebd.).

In Abbildung 6 werden die bisherigen Erkenntnisse veranschaulicht. Da der Fokus der Forschung auf den Peer-Angeboten liegt, werden diese ausführlicher dargestellt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die persönlichen Merkmale der Betroffenen sowie die Merkmale anderer Fachangebote weiter ausgeführt werden könnten. Auch werden familiäre und weitere soziale Netzwerke, welche ebenfalls eine massgebende Rolle im Genesungsprozess spielen, im Modell nicht berücksichtigt.

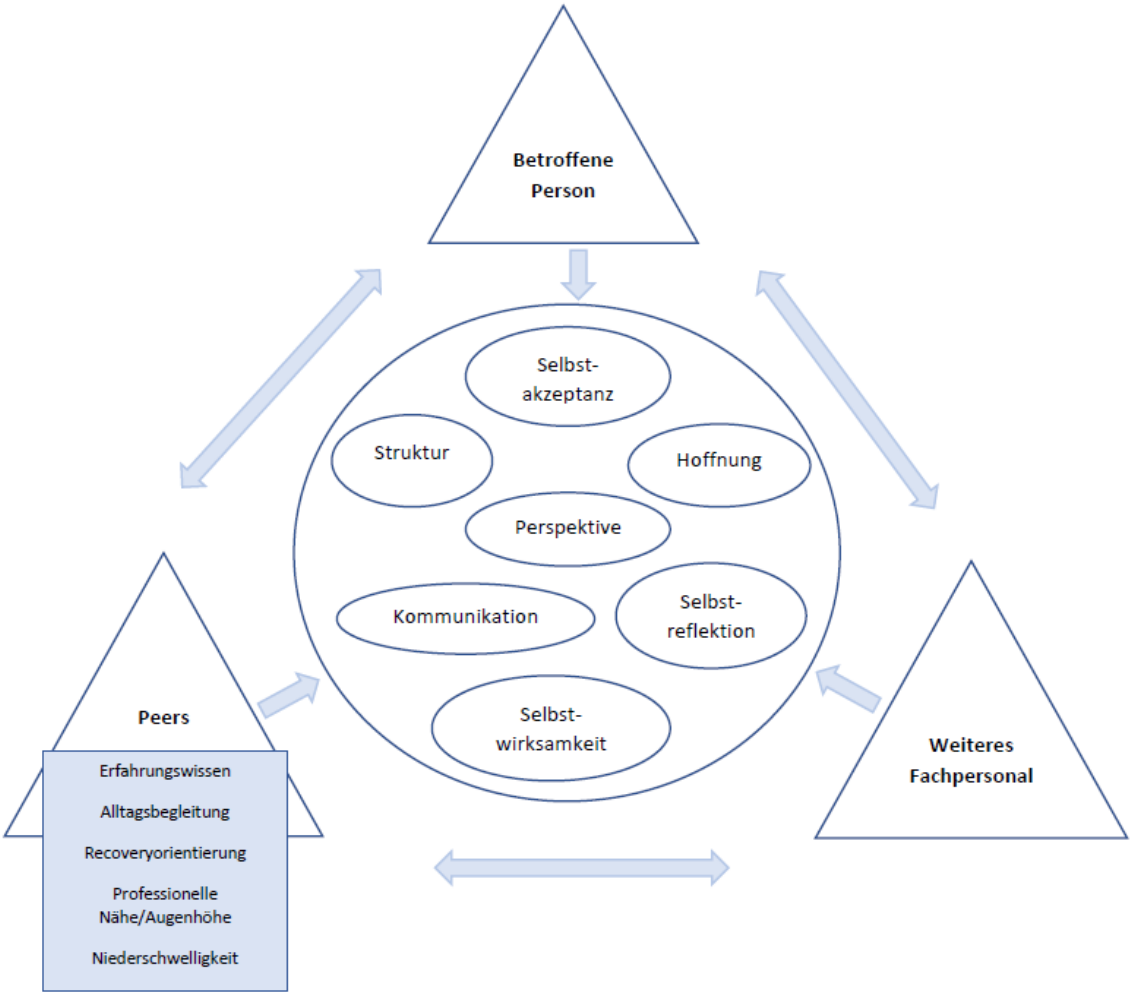

Abbildung 6: Veränderungen im Genesungsprozess (eigene Darstellung)

5.9 Einfluss der Stigmatisierung auf die Peer-Angebote

In Kapitel 2.1.5 wurde die Stigmatisierung als gravierende Folge psychischer Erkrankungen genannt. Wie den Forschungsergebnissen zu entnehmen ist, sind alle befragten Personen davon betroffen. Zudem wurde erkennbar, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sich auf die Anerkennung der Peer-Arbeit als eigenständiges Berufsfeld auswirkt. Dies zeigt sich insbesondere dadurch, dass selbständig arbeitende Peers ihre Tätigkeit laut aktuellem Krankenkassengesetz nicht über die Krankenkasse abrechnen lassen können. Das führt dazu, dass viele Betroffene finanziell nicht in der Lage sind, die Peer-Angebote zu nutzen und somit von einer massgebenden Unterstützung im Genesungsprozess abgehalten werden. Denn wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, können Peers, insbesondere aufgrund ihres Erfahrungswissens grosse Hilfe leisten. Selbständig arbeitende Peers hätten zudem die Kapazität, individuelle Alltagsbegleitungen zu übernehmen und wären niederschwellig erreichbar -alles Eigenschaften, welche gemäss den Forschungsergebnissen eine zentrale Unterstützung im Genesungsprozess spielen.

5.10 Recoveryhaltung versus Pathologisierung

Auffällig ist, dass in den Interviews einige Personen die Recoveryhaltung der Peers als unterstützender Faktor nannten, während andere Probanden die spürbare Pathologisierung als Hindernis im Genesungsprozess anführten. Ein Grund für diese gegensätzlichen Wahrnehmungen sieht die Autorin darin, dass die beiden Aspekte im Zusammenhang mit verschiedenen Peer-Angeboten genannt wurden. So wurde die Recoveryhaltung in Verbindung mit Einzelangeboten angeführt, wohingegen die Thematik der Pathologisierung im Rahmen der Gruppenangebote erwähnt wurde. Während in den Einzelangeboten die Kommunikation mehrheitlich zwischen Peer und Klient oder Klientin stattfindet, wird die Kommunikation in der Gruppe von mehreren Personen und somit auch verschiedenen Meinungen und Gefühlen beeinflusst. Die Peers nehmen dabei eine moderierende Rolle ein. Hieraus lässt sich die Vermutung anführen, dass die Gruppendynamik bestimmt, welche Haltung (ob eher Recoveryorientierung oder Pathologisierung) in einem Gruppenangebot vorherrscht. Die Recoveryorientierung fordert ein klares Umdenken. Für viele Betroffene, welche aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte teilweise jahrzehntelang mit der strikten Pathologisierung konfrontiert wurden, stellt dieser Haltungswechsel ein langer Prozess dar. Dieser Prozess ist sehr individuell und somit von Person zu Person verschieden. Die Vermutung liegt nahe, dass dies auch der Grund ist, weshalb gemäss den Interviewpersonen in den Gruppen zu wenig Konfrontation von Seiten der Peers zu spüren ist. So könnte es für manche Teilnehmenden eine Überforderung darstellen, in einer Gruppe mit ständig wechselnden Mitgliedern zu stark mit gewissen Themen und Fragen konfrontiert zu werden.

Weiter ist anzumerken, dass die Peer-Arbeit immer noch eine Minorität in der, über viele Jahre hinweg pathologisch geprägten, psychiatrischen Versorgung darstellt. Zwar ist die Recoveryorientierung zum zentralen Anliegen vieler Institutionen geworden, doch die praktische Umsetzung in allen Bereichen stellt einen langwierigen Prozess dar. Ein Grund dafür sieht die Autorin in der Schwierigkeit, den Gesundheitsbegriff ohne pathogenetischen Bezug zu definieren (vgl. Kapitel 2.1.1). Eine weitere Ursache ist laut Utschakowski (2016) der Druck zum Defizitblick und zur Pathologierung vonseiten der Geldgeber, da andernfalls eine Kostenübernahme gefährdet ist (S. 39). Um ihre Selbsterhaltung zu gewährleisten, sehen sich Institutionen im Gesundheitssystem deshalb gezwungen, diesen ökonomischen Gesichtspunkten Folge zu leisten (Hafen, 2014, S. 100).

5.11 Fazit

Anhand der Verbindung der Forschungsergebnisse mit der Literatur wurde verdeutlicht, dass die Nutzung der erforschten Peer-Angebote eine massgebende Unterstützung im Genesungsprozess der befragten Personen darstellt. Gleichzeitig wurden keine Faktoren ersichtlich, die bei den Betroffenen zu einer Verschlechterung oder einem Rückfall im Genesungsprozess geführt haben. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Studienergebnissen von Mahlke et al. (2015) (vgl. Kapitel 2.3.5). Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik wurde jedoch erkennbar, dass die positiven Auswirkungen der Peer-Angebote insbesondere durch die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und pathologisch geprägte Versorgungsstrukturen gehemmt werden. Um den positiven Einfluss der Peer-Angebote auf den Genesungsweg von Klientinnen und Klienten zu optimieren, müssen diese Herausforderungen in Zukunft angegangen und bewältigt werden. Welche Rolle die Professionellen der Sozialen Arbeit in diesem Prozess einnehmen können, wird in dem nachfolgenden Kapitel thematisiert.

6. Berufliche Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel richtet sich an alle Professionellen der Sozialen Arbeit, welche in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Personen tätig sind. Auf der Grundlage der Darlegung und Diskussion der Forschungsergebnisse sowie durch das Hinzuziehen weiterer Literatur soll folgende Frage beantwortet werden:

> Inwiefern können psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit von der Implementierung von Peer-Angeboten in soziale Institutionen profitieren?

Die Darlegung und Diskussion der Forschungsergebnisse haben aufgezeigt, dass die Nutzung eines Peer-Angebots massgebend zur Förderung, Stärkung und Beschleunigung des Genesungsprozesses psychisch erkrankter Menschen beiträgt. Es wurde ersichtlich, dass Peers, auf der Basis ihres Erfahrungswissens, konkrete Unterstützung in unterschiedlichen, individuellen Situationen bieten können. Diese Unterstützung fördert die soziale Teilhabe und gelingende Lebensführung von Betroffenen – Aspekte, auf welche die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit abzielt (vgl. Kapitel 2.2.2). Weiter ist anzumerken, dass aus den vorgelegten Forschungsergebnissen und der anschliessenden Diskussion keine «Risiken und Nebenwirkungen» der Angebote hervorgingen, welche zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Insofern wird deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Peers, in der Begleitung psychisch erkrankter Menschen notwendig ist. In den folgenden Abschnitten werden mögliche Handlungsansätze diesbezüglich aufgezeigt und es wird erläutert, welche Voraussetzungen dabei erfüllt sein sollten, um den Genesungsweg der Klientel optimal zu unterstützen.

6.1 Art des Peer-Angebots

Im Forschungsprozess wurden unterschiedliche ambulante Peer-Angebote thematisiert: Zum einen Einzelangebote in Form von Beratung und Alltagsbegleitung durch Peers und zum zweiten von Peers geleitete Recoverygruppen. Den vorangegangenen Kapiteln ist zu entnehmen, dass alle drei Angebote den Genesungsprozess der Betroffenen positiv beeinflussen.

Durch die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen kommt die Autorin zum Schluss, dass Peer-Angebote sich nicht auf eine Angebotsart beschränken lassen. Je nachdem, ob eine Person den Austausch in einem persönlichen Gespräch sucht, praktische Unterstützung in konkreten Situationen benötigt oder durch gemeinsame und unterschiedliche Meinungen in einer Gruppe Anregungen findet, kann die Art des passenden Angebots variieren. Dementsprechend braucht es verschiedene Peer-

Angebote. Die Autorin stellt damit nicht den Anspruch, in jede soziale Institution alle drei Peer-Angebote zu implementieren. Jedoch kommt in den Forschungsergebnissen zum Ausdruck, dass, um eine individuelle Unterstützung im Genesungsprozess zu gewährleisten, die drei Angebote in jeder Region der Schweiz vorhanden und für die Betroffenen niederschwellig erreichbar sein müssen. Bei der Anstellung von Peers sollte sich eine Institution die Frage stellen, welches Ziel sie damit verfolgt und durch welches Peer-Angebot (respektive durch welche Peer-Angebote) sich dieses am besten erreichen lässt. Gemäss Lampert und Mielck (2008) sollten die Meinungen und Wünsche der Klientel in diese Entscheidung miteinbezogen werden (vgl. Kapitel 2.2.4). Weiter sollten die Professionell Tätigen sich über bestehende Peer-Angebote ausserhalb der Institution informieren, die Klientel auf die Möglichkeit der Nutzung dieser Angebote aufmerksam machen und ihnen einen niederschwelligen Zugang dazu ermöglichen.

6.2 Schnittstellenmanagement

Heinz (2019) weist darauf hin, dass die Entlassung aus einem stationären Setting in eine unveränderte, gesundheitshemmende soziale Situation der häufigste Grund für Rückschritte und Stagnierung im Genesungsprozess psychisch erkrankter Personen darstellt. Um dem entgegenzuwirken, fordert der Autor weitere Massnahmen, um stationäre und ambulante Hilfen aufeinander abzustimmen. (vgl. Kapitel 2.2.4). Diese Aussagen wurden in den Interviews bestätigt. Es kam deutlich zum Ausdruck, dass nach dem stationären Klinikaufenthalt ein ambulantes Angebot fehlt, welches die Betroffenen auf dem Weg zurück in ihr gewohntes Umfeld und in ihrem Alltag begleitet. Zwei Personen äusserten explizit den Wunsch nach einem Peer-Angebot, welches Betroffene in dieser Zeit des Übergangs regelmässig nutzen können. Wie Bock und Kluge (2019) ausführen, sind an dieser Stelle die Professionellen der Sozialen Arbeit gefordert. Es ist ihre Aufgabe, sich für die Organisation und Förderung solcher Brückenangebote durch Peers stark zu machen und den Klientinnen und Klienten einen niederschwelligen Zugang dazu zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.2.4).

6.3 Klarheit über Aufgaben- und Kompetenzbereiche

Bei der Implementierung von Peer-Angeboten geht es nicht darum, bereits vorhandene Angebote zu ersetzen, sondern darum, diese zu ergänzen. Für eine optimale Unterstützung während des Genesungsprozesses braucht es verschiedene Fachpersonen. Diese Erkenntnis kam in den Aussagen der Interviewpersonen deutlich zum Ausdruck und wird in der Literatur bestätigt (vgl. Kapitel 2.2). Utschakowski (2016) weist auf die Wichtigkeit hin, die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der Peers genau zu beschreiben (vgl. Kapitel 2.3.5). Die Autorin schliesst sich diesem Standpunkt an. Auf der Grundlage eines Modells, wie dem in Kapitel 5.8, könnten die Aufgabenbereiche der Peers sowie aller,

am Genesungsprozess der Klientel beteiligten Professionen aufgezeichnet werden. Die Autorin sieht darin eine Chance für die einzelnen Fachpersonen, sich der Wichtigkeit der eigenen und der anderen professionellen Rollen erneut bewusst zu werden. Einerseits werden dadurch klare Aufgabenverteilungen zwischen den Professionen aufgezeigt. Andererseits wird ersichtlich, an welchen Stellen sich die Kompetenzen der Fachbereiche überschneiden und welche gemeinsame Haltung im Team erforderlich ist, damit jede Profession ihre Aufgaben sinngemäss umsetzen kann. So zeigte sich in der Diskussion der Forschungsergebnisse, dass eine konsequente Recovery-orientierte Haltung innerhalb einer Institution die Voraussetzung dafür ist, dass Klientinnen und Klienten vollumfänglich von der Nutzung eines Peer-Angebots profitieren können. Um auf der Grundlage von Recovery zu arbeiten, braucht es neben Weiterbildungen des Teams, Anpassungen von Leitbild und Dienstleistungen. Zudem erachtet die Autorin es als wichtig, Recovery in regelmässigen Abständen an Teamsitzungen, Intervision und Supervision zu thematisieren und Erfolgs- oder Misserfolgserlebnisse sowie Verbesserungsmöglichkeiten diesbezüglich zu diskutieren.

6.4 Anzahl der Peers

Utschakowski (2016) empfiehlt, immer mindestens zwei Peers in einer Institution anzustellen, damit diese sich über ihre Arbeit austauschen und in ihrer Peeridentität stärken können (vgl. Kapitel 2.3.5). Wie die Forschungsergebnisse aufzeigen, sind zwei Peers pro Institution bei einer grossen Angebotsnachfrage immer noch zu wenig. Wenn die Nachfrage für ein Peer-Angebot von Seiten der Klientel steigt, empfiehlt es sich deshalb, weitere Peers anzustellen. Ansonsten kann es dazu kommen, dass die Betroffenen die Peer-Angebote nicht in regelmässigen Abständen nutzen können. Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen in ihrem Genesungsprozess stagnieren oder wieder in alte gesundheitseinschränkende Muster zurückfallen.

6.5 Massnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Die Autorin sieht in der Anstellung von Peers eine wichtige Massnahme, um der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegen zu wirken. Damit wird ein Zeichen gesetzt, dass Menschen trotz (oder gerade wegen) der Erfahrung mit psychischen Erkrankungen im sozialen Bereich tätig sein können. Mehr noch: Die Darlegung und Diskussion der Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Peers durch ihr Erfahrungswissen eine wichtige und zukünftig unverzichtbare Rolle in der Beratung und Begleitung psychisch erkrankter Personen einnehmen. An dieser Stelle ist anzufügen, dass neben Peers auch andere Fachpersonen über Erfahrungen mit psychischen Krisen respektive Erkrankungen verfügen. Diese werden jedoch häufig aus Angst vor Stigmatisierung oder davor, die professionelle Rolle nicht

mehr einnehmen zu können, verschwiegen. Wie die vorangegangen Kapitel aufzeigen, stellt dieses Erfahrungswissen, sofern es professionell reflektiert wird, eine wertvolle Unterstützung im Genesungsprozess der Klientel dar. Die Anstellung von Peers könnte dazu führen, dass andere Fachpersonen dazu ermutigt werden, vorhandene Erfahrungen mit psychischen Herausforderungen im Team zu kommunizieren und diese zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten einzusetzen (Utschakowski, 2016, S. 21).

Die Interviewpersonen forderten mehr Öffentlichkeitsarbeit, um der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken. Als Beispiel dafür wurde der von der Pro mente sana und Traversa durchgeführte Anlass zum Tag der psychischen Gesundheit im Oktober 2018 genannt. An diesem Anlass wurde der Dokumentarfilm «Crazywise» vorgeführt, in dem anhand persönlicher Erfahrungen portraitierter Menschen gezeigt wird, wie eine psychologische Krise in eine positive Erfahrung umgewandelt werden kann (neubad, 2018). Danach fand eine trialogische Podiumsdiskussion zwischen einer Fachärztin, einer Peer und einer Sozialpädagogin statt (ebd.). Der Tag der psychischen Gesundheit wird von vielen Organisationen genutzt, um mit Informationsständen, Vorträgen und Kampagnen über psychische Erkrankungen zu informieren, Solidarität mit psychisch erkrankten Personen und ihren Angehörigen zum Ausdruck zu bringen und auf die Förderung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung aufmerksam zu machen (NPG, 2018). Die Autorin kommt zum Schluss, dass es über das ganze Jahr hinweg regelmässig öffentliche Anlässe zum Thema der psychischen Gesundheit braucht. Dabei ist es wichtig, mit Betroffenen zusammen zu arbeiten und sie zu Wort kommen zu lassen. Wie fühlen sie sich? Was sind ihre Ansichten, Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen? Ein grosses Potential hierbei sieht die Autorin in der Durchführung trialogischer Treffen. Wie in Kapitel 2.3.3 ersichtlich, kann der Austausch in Trialoggruppen den Teilnehmenden helfen, psychische Erkrankungen vollumfänglicher wahrzunehmen und dabei gegenseitige Vorurteile abzubauen. In der Schweiz bestehen bereits eine Vielzahl trialogischer Seminare. Es gilt, diese weiter auszubauen und die Öffentlichkeit auf die Möglichkeit zur Teilnahme aufmerksam zu machen. Für weitere Anregungen zur Durchführung öffentlicher Anlässe verweist die Autorin auf den, im Literaturverzeichnis vermerkten Link des Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG, 2018).

6.6 Fazit

In diesem Kapitel wurde erläutert, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit zur optimalen Nutzung von Peer-Angeboten und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Betroffenen beitragen können. Tabelle 12 gibt einen abschliessenden Überblick über die thematisierten Handlungsansätze.

- Informierung der Klientel über bestehende Peer-Angebote in der Region und Ermöglichung eines niederschwelligen Zugangs dazu
- Ausbau und Förderung verschiedener Peer-Angebote (Einzelberatung und -begleitung, Recoverygruppen und trialogischer Austausch)
- Fokus auf den Anliegen und Wünschen der Klientel
- Ausrichtung der Anzahl der beschäftigten Peers an die Angebotsnachfrage der Klientel
- Konsequente Ausrichtung der Institutionen an Recovery
- Klare Auftragsformulierung für die Peers
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen der Gesundheitsversorgung
- Ausbau ambulanter Peer-Angebote als Brückenangebote nach stationären Aufenthalten
- Fokussierung des gemeinsamen Ziels in der interdisziplinären Zusammenarbeit: Das Wohlbefinden der Klientin, respektive des Klienten anzuheben.
- Öffentliches Auftreten und Engagement für die Anerkennung der Peer-Arbeit als wichtiges, eigenständiges Berufsfeld in der Gesundheitsversorgung
- Regelmässige Durchführung öffentlicher Anlässe mit dem Ziel der Förderung der psychischen Gesundheit und der Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen

Zudem erachtet die Autorin folgenden Punkt als wichtig:

- Förderung weiterer Forschung im Bereich der Peer-Arbeit

Im abschliessenden Kapitel 7 soll dieser Faktor konkretisiert werden.

Tabelle 12: Handlungsansätze für die Optimierung von Peer-Angeboten und die Förderung der psychischen Gesundheit von Betroffenen (eigene Darstellung)

7. Ausblick und persönliches Fazit

Wie in Kapitel 5 erläutert, stellt die Autorin mit dieser Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es besteht weiterer Forschungsbedarf über die Auswirkungen der Peer-Arbeit auf den Genesungsweg von Betroffenen. Die Autorin erachtet es als wichtig, in zukünftigen Forschungsarbeiten vertiefter auf einzelne Peer-Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich einzugehen und ihre wesentlichen gesundheitsfördernden Merkmale wie auch Entwicklungspotentiale herauszuarbeiten. Auch gilt es, die Auswirkungen der Angebote auf den Genesungsweg in Bezug auf zeitliche Aspekte (Dauer und Regelmässigkeit der Angebotsnutzung) zu erforschen. Ein besonderer Forschungsbedarf sieht die Autorin zudem in der Erfahrung mit Peer geleiteten Gruppenangeboten und dem Einfluss der Gruppendynamik auf den Genesungsweg der einzelnen Mitglieder. Dieser wichtigen Thematik konnte in der vorliegenden Arbeit aus zeitlichen Gründen zu wenig nachgegangen werden. Weiter wäre es spannend, in dieser Arbeit gewonnene Erkenntnisse als Basis für weitere Forschungen zu verwenden. So könnten sich Forschungen spezifisch mit dem Einfluss der Nutzung eines Peer-Angebots auf die Selbstwirksamkeit von Betroffenen befassen. Oder es könnte konkret der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Nutzung eines Peer-Angebots das soziale Netzwerk der Betroffenen beeinflusst.

Die Autorin war überwältigt von dem grossen Interesse und Engagement, welches ihr während dem Forschungsprozess von Betroffenen und Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich entgegengekommen ist. Mehrere Probanden meldeten sich nach der Durchführung der Interviews, um nachzufragen, wie es mit der Arbeit laufe und um Zustellung der fertiggestellten Arbeit zu bitten. Der Wunsch der Personen, ihre Erfahrungen zu teilen und damit Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und in der Gesellschaft zu bewirken, welche nicht nur ihnen, sondern auch anderen Betroffenen zugute kommt, wurde deutlich. Der Forschungsprozess hat die Autorin darin bestärkt, in zukünftigen Arbeiten und in der Praxis den Fokus vermehrt auf die Perspektive und Anliegen der Klientel zu richten. Ihr wurde wiederum bewusst, dass jede Person Experte respektive Expertin ihrer persönlichen Geschichte und ihres Lebens ist. Die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit ist es, in Zusammenarbeit mit anderen Professionen die Klientel darin zu unterstützen, diese Expertenrolle (wieder) selbstbestimmt wahrnehmen zu können.

Literaturverzeichnis

Amering, Michaela & Schmolke, Margit (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit.* Köln: Psychiatrie Verlag.

Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen.* Bern: Autor.

Brusa, Elke (2019a). *Einführung in die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Funktionen, Aufgaben und Arbeitsfelder der sozialen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Modul 308 - Soziale Arbeit und psychische Gesundheit.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Brusa, Elke (2019b). *Einführung in die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Modul 308 - Soziale Arbeit und psychische Gesundheit.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Bock, Thomas & Sielaff, Gyöngyver (2016). Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog und Peerarbeit. In Jörg Utschakowski, Gyöngyver Sielaff, Thomas Bock & Andréa Winter (Hg.), *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie* (S. 25-34). Köln: Psychiatrie Verlag.

Bock, Thomas & Kluge, Ulrike (2019). Der sich und anderen helfende Mensch. In Klaus Dörner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz & Frank Wendt (Hg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (25. Aufl.) (S. 32-90). Köln: Psychiatrie Verlag.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik.* Bern: Autor.

Christen, Ursula (2016). Eine kulturhistorische Sicht. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen von Exorzismus bis Psychopharmaka. *Schwerpunkt,* 12/2016, 14-15.

Daiminger, Christine, Hammerschmidt, Peter & Sagebiel, Juliane (Hg.). (2015). *Gesundheit und Soziale Arbeit.* Frankfurt: AG SPAK.

Daiminger, Christine (2015). Salutogenese als Analyseinstrument und Handlungsorientierung für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. In Christine Daiminger, Peter Hammerschmidt & Juliane Sagebiel (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 55-74). Frankfurt: AG SPAK.

Davidson, Larry, Bellamy, Chyrell, Guy, Kimberly & Miller, Rebecca (2012). Peer support among persons with severe mental ilnesses : a review of evidence and experience. *World Psychiatrie.* 11/2012, 123-128.

Dettmers, Stephan & Ortmann, Karlheinz (ohne Datum). *Arbeitsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.* Gefunden unter https://www.apollon-hochschule.de/fileadmin/content/dms/user_upload/PDF/ZKs_Probelektionen_neu/Probelektion_gesundheitsbezogene_soziale_Arbeit_GESOH01_0518N01.pdf

Esser, Hartmut (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen.* Frankfurt/Main: Campus Verlag.

EX-IN Deutschland (ohne Datum). *Geschichte. Startschuss für die EX-IN Bewegung.* Gefunden unter https://ex-in-deutschland.info/der-verein/die-geschichte

Flick, Uwe (1991). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In Uwe Flick, Ernst Kardoff, Heiner Keupp, Lutz Rosenstiel & Stephan Wolff, *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 147-173). München: Beltz-Psychologie Verlag.

Franzkowiak, Peter (2014). Gesundheit. In Günter J. Friesenhahn, Daniela Braun & Rainer Ningel (Hrsg.), *Handlungsräume Sozialer Arbeit. Ein Lern- und Lesebuch* (S.116-125). Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Gläser-Zikuda, Michaela (2011). Qualitative Auswertungsverfahren. In Heinz Reinders, Hartmut Ditton, Cornelia Gräsel, Burkhard Gniewosz (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung* (S.109-119). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hafen, Martin (2014). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese.* Heidelberg: Carl-Auer.

Heinz, Andreas (2019). Der sich und andere versuchende Mensch (Abhängigkeit). In Klaus Dörner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz & Frank Wendt (Hg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (25. Aufl.) (361-424). Köln: Psychiatrie Verlag.

Homfeldt, Hans Günther (2010). Gesundheit. Theoretische Fundierung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. In Karin Bock & Ingrid Miethe (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 125-131). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag.

Husi, Gregor (2009). *Kapitel in Bachelorarbeiten. Modul 372 - Bachelorkolloquium.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Husi, Gregor (2018). *Kurze Einführung in die Forschung. Modul 372 – Bachelorkolloquium.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern -Soziale Arbeit.

Joseph, Stephen (2019). *Patients or clients ?* Gefunden unter https://www.psychologytoday.com/us/blog/what-doesnt-kill-us/201308/patients-or-clients

Jud, Andreas, Rorato, Miriam & Stremlow, Jürgen (2008). *Einführung in die Leitfaden-Interviews. Modul 04 Organisationen und Praxisfelder der Sozialen Arbeit.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Kälble, Karl (2015). Gesundheitsbezüge in der Sozialen Arbeit und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Interdisziplinäre Konstellationen und Probleme. In Christine Daiminger, Peter Hammerschmidt & Juliane Sagebiel (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 93-112). Frankfurt: AG SPAK.

Klinge, Frauke, Loeser, Margret & Meskemper, Barbara (2009). *Expertinnen und Experten in eigener Sache. Psychose-Seminar und Selbsthilfe.* Gefunden unter http://selbsthilfe-kontakte.de/data/Fachpublikationen/2009/DAGSHG-Jahrbuch-09-Klinge-ua.pdf

Knuf, Andreas (2001). Steine aus dem Weg räumen. Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In Andreas Knuf & Ulrich Seibert, *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S. 32-44). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Knuf, Andreas (2004). *Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept.* Gefunden unter https://www.andreas-knuf.de/psychiatrie/recovery/

Knuf, Andreas (2008). Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. *Kerbe,* 1/2008, S. 8-11.

Kuckartz, Udo (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Lampert, Thomas & Mielck, Andreas (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit: Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *GGW- Das Gesundheitsforum,* 8(2), 7-16.

Langenscheidt (2002). *Taschenwörterbuch Englisch.* Berlin & München: Autor.

Lorenz, Rüdiger (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

Maercker, Andreas (2018a). Modelle der Klinischen Psychologie. In Franz Petermann, Andreas Maercker, Wolfgang Lutz & Ulrich Stangier, *Klinische Psychologie – Grundlagen* (2., überarbeitete Aufl.) (S.14-31). Göttingen: Hogrefe.

Maercker, Andreas (2018b). Vom Symptom zur Diagnose: Allgemeine Grundlagen und Beispiele. In Franz Petermann, Andreas Maercker, Wolfgang Lutz & Ulrich Stangier, *Klinische Psychologie – Grundlagen* (2., überarbeitete Aufl.) (S.118-133). Göttingen: Hogrefe.

Mahlke, Candelaria, Kraemer, Ute Maria, Kilian, Reinhold (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde,*4/2015, 235-239.

Mattig, Astrid (2016). Eine psychologische Sicht. Was verstehen Fachpersonen der Psychologie und Psychiatrie allgemein unter einer psychischen Störung? *Sozial Aktuell,* 12/2016. 10-11.

Mayer, Horst Otto (2004). *Interview und schriftliche Befragung* (2. Aufl.). München: Oldenburg.

Moser, Heinz (2008). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung* (4. Aufl.). Zürich: Lambertus und Pestalozzianum.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz [NGP]. (2004). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit [BAG]. Gefunden unter https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/BAG_Strategieentwurf_psyGes_2004.pdf

Netzwerk psychische Gesundheit Schweiz [NPG]. (2018). *10.10.: Internationaler Tag der psychischen Gesundheit.* Gefunden unter https://www.npg-rsp.ch/de/projekte/1010-internationaler-tag-der-psychischen-gesundheit.html

Neubad (2018). *Crazywise. Tag der psychischen Gesundheit.* Gefunden unter https://neubad.org/event/mittwoch-10-oktober-2018/crazywise-tag-der-psychischen-gesundheit

Ortmann, Karlheinz (2015). «Hard to reach» - wenn Armut krank macht. Soziale Ungleichheit und Soziale Arbeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit,* 3/2015, 6-9.

Ortmann, Karlheinz & Waller, Heiko (2005). Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In Hans Günther Homfeldt, Roland Merten & Jörgen Schulze-Krüdener, *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundigung der Praxisfelder* (S. 2-17).Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Pauls, Helmut (2013a). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Pauls, Helmut (2013b). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung,* 1(1), 15-31. Gefunden unter http://www.resonanzen-journal.org

Pauls, Helmut & Mühlum, Albert (2015). «Klinische Kompetenzen». Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 1(1),* 6-9.

Peer+ (2016). *Qualitätskriterien und Richtlinien der Peer-Arbeit. Ein Positionspapier des Vereins Peer+.* Gefunden unter https://www.peerplus.ch/Joomla/images/peerplus/Dokumente/Positionspapier-Peer_QualittRichtlinien_Peer-Arbeit_Version1.2.pdf

Peer+ (2018). *Peer-Arbeit.* Gefunden unter https://www.peerplus.ch/Joomla/peer-arbeit

Pro mente sana (ohne Datum). *Peer-Arbeit.* Gefunden unter https://www.promentesana.ch/de/wissen/peer-arbeit.html

Psychiatrische Dienste Süd (ohne Datum). *Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell.* Gefunden unter https://www.psych.ch/informationen/bio-psycho-soziales-krankheitsmodell/

Psy-Gesundheit (2019). *Über Psy-Gesundheit sprechen.* Gefunden unter https://www.santepsy.ch/de/

Rademaker, Anna-Lena (2014). Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung -eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit?. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung,* 10(3), 7-9.

Sages & Avenir Social (Hrsg.). (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.* Bern: Autor.

Schiffer, Eckhard (2013). *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese – Schatzsuche statt Fehlerfahndung.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Schlipfenbacher, Carina & Jacobi, Frank (2013). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum,* 22(82), 1-6.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016.* Neuchâtel: Autor.

Spitäler Frutigen, Meiringen, Interlaken [Spitalfmi]. (2019a). *Anti-Stigma-Kampagne.* Gefunden unter https://www.spitalfmi.ch/psychiatrie/anti-stigma-kampagne/

Spitäler Frutigen, Meiringen, Interlaken [Spitalfmi]. (2019b). *Genesungbegleitung/Peers.* Gefunden unter https://www.spitalfmi.ch/psychiatrie/genesungsbegleitung-peers/

Spitex Stadt Luzern (ohne Datum). *Die persönliche Genesung selber steuern. Ambulante Recovery Gruppe. Spitex Stadt Luzern.* Gefunden unter https://www.spitex-luzern.ch/fileadmin/user_upload/dreifachflyer_arg_web.pdf

Traversa (2019). *Peer-Arbeit.* Gefunden unter https://www.traversa.ch/traversa/peer-arbeit/

Uni Hamburg (ohne Datum). *Institution.* Gefunden unter https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/l52/l5210.htm

Utschakowski, Jörg (2007). Experten durch Erfahrung. Neue Wege der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen. In Andreas Knuf, Margret Osterfeld & Ulrich Seibert, *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit* (5., überarbeitete Aufl.) (S. 272-300). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, Jörg (2016). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Herausforderungen. In: Utschakowski, Jörg, Sielaff Gyöngyver, Bock, Thomas & Winter, Andréa (Hg.), *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie* (S.16-24). Köln: Psychiatrie Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2015). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung.* Freiburg im Breisgau: Lambertus.

ANHANG

Leitfadeninterview Peer-Arbeit

1)Können Sie mir erzählen, wie Sie zum Peer-Angebot gekommen sind?

(evt. Krankheitsgeschichte, was für ein Angebot, durch wen, seit wann)

2) Können Sie mir erzählen, wie eine Peer-Beratung (Treffen) ungefähr abläuft?

(wie oft, Ablauf Beratung/Treffen, Teilnehmer/Innen, thematische Inhalte, Regeln)

3) Inwiefern hat sich Ihre Situation/ Ihr Leben durch das Peer-Angebot verändert?

(Sicht auf die Situation, Umgang mit sich selbst, Umgang mit anderen Personen, Aktivitäten, äusserliche Veränderungen, Sicht in die Zukunft/Vergangenheit)

4) Welche Rolle nimmt der/die leitende Peer in Ihrem Leben ein?

(Hoffnung, Struktur, Hilfe, Freundschaft, Vorbild)

5) Wie unterscheidet sich das Peer-Angebot von anderen therapeutischen Angeboten, die Sie bisher genutzt haben?

(Nähe/Distanz, Vertrauen, gegenseitiger Austausch, andere Wertung der Situation)

6) Was würden Sie an dem Peer-Angebot ändern?

(Zeit, Ort, Regelmässigkeit, Preis, Thematik, Herangehensweise, Gruppenkonstellation, persönlicher vs. Email- oder Telefonkontakt)

7) Könnten Sie sich vorstellen, die Peer-Ausbildung zu machen? Warum/ warum nicht?

8) Wir kommen langsam zum Ende des Interviews. Haben wir über alles gesprochen, das Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig ist oder gibt es noch etwas, das Sie sagen möchten?

Kodierleitfaden Hauptkategorien

Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote
Beschreibt typische Merkmale der Peer-Angebote, welche den Genesungsprozess der befragten Personen massgebend beeinflusst
Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote
Umfasst in den Interviews genannte Veränderungen im Genesungsprozess -die durch die Nutzung der Peer-Angebote zustande gekommen sind -oder zu denen die Nutzung der Peer-Angebote beigetragen hat
Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen
Aspekte, welche die Zusammenarbeit zwischen den Peers und anderen Fachpersonen thematisieren
Hindernisse im Genesungsprozess
Zeigt in den Interviews genannte Aspekte auf, welche den Genesungsprozess von Betroffenen behindert -Hindernisse, welche die befragten Personen innerhalb der Peer-Angebote sehen -gesellschaftliche Hindernisse, welche einen massgebenden Einfluss auf die Peer-Angebote haben und sich somit negativ auf den Genesungsweg von Nutzerinnen und Nutzern der Peer-Angebote auswirken

Kodierleitfaden Subkategorien

Unterstützende Merkmale der Peer-Angebote		
Subkategorien	**Definition**	**Ankerbeispiele**
Erfahrungswissen	Umfasst !allgemeine! Aussagen, welche im Zusammenhang mit dem Erfahrungswissen der Peers gemacht werden. Konkrete Beispiele zum Erfahrungswissen werden spezifischeren Unterkategorien zugeordnet.	«Weil sie einfach mitreden können. Weil sie wissen, wie es ist, wenn es einem Scheisse geht. Weil sie sich wirklich reinfühlen können» (3) «Also Peers sind einfach jene, die wissen, von was sie sprechen, weil sie das selbst auch durchgemacht haben. Ich fühle mich einfach besser verstanden.» (3)
Recoveryhaltung	Umfasst Aussagen, welche zur Recoveryorientierung innerhalb des Angebots gemacht werden. Stichworte dazu	«man hat ja auch während der Krankheit, der Psychose, wenn man komplett neben den Schuhen ist… in einer Fantasiewelt lebt, hat man gesunde Anteile. Und auch wenn man gesund ist, wenn man funktioniert, wenn man normal ist, hat man kranke Anteile» (3) «es ist normal dass man Rück- und Vorwärtswege macht. Man kann Rückschläge erleben, man kann sogar wieder in der Psychiatrie landen. Aber es bringt einem immer wieder einen Schritt weiter und ich denke, jede Krise kann auch eine Chance sein. Es bringt einem auch weiter» (3)
Alltagsbegleitung	Umfasst Aussagen, welche zur Alltagsbegleitung durch Peers gemacht werden	«Und mit dem Alltag. Nein ohne Peer könnte ich meinen Alltag nie so bewältigen.» (7) «Es geht nicht um deine Diagnose oder deinen medizinischen Statut, sondern du bist einfach ein

		Mensch. Und du würdest jetzt gerne mit diesem Peer etwas erledigen, weil du es alleine nicht kannst (6)
Professionelle Nähe	Beschreibt die Beziehung zwischen den Peers und den Klientinnen und Klienten allgemein	«Ich will einfach etwas wissen. Diese Ebenen zu jemandem finden. Wenn ich von jemandem nur den Namen kenne, dann schaltet es bei mir schon ab» (6) «also beim Peer… weiss man, dass der auch… das erlebt hat. Und ehm. Dann ist es irgendwie kollegialer. Völlig anders.» (4)
Augenhöhe	Umfasst Aussagen, welche konkret die gleiche Augenhöhe von Peer und Klient/In benennen	«Gleiche Augenhöhe, das hört man immer wieder. Es ist ein Miteinander und, was ich auch immer wieder höre, dass Peers auch von uns wieder lernen. Sie sind ja auch auf dem Weg» (1)
Niederschwelligkeit	Benennt Aspekte des niederschwelligen Zugangs zu den Peer-Angeboten.	«es ist einfach eine Möglichkeit, um Rat zu holen … Unterstützung zu holen… in einer Situation. Also eine niederschwellige. Also Therapie mache ich ja eigentlich nicht mehr. Also zum Psychiater nur noch einmal im Jahr für das Medikament gehe ich da vorbei. Und deshalb bin ich da noch froh, dass ich trotzdem noch zwischendurch zu jemandem gehen kann.» (4)

Veränderungen durch die Nutzung der Peer-Angebote		
Subkategorien	**Definition**	**Ankerbeispiele**
Perspektive	Beschreibt Aspekte, welche den Betroffenen eine andere (positivere) Perspektive auf ihre Erkrankung/Situation vermittelt.	«Dadurch dass sie mir erzählte, was bei ihr in diesem Alter los war… das macht alles normaler. Es ist nicht nur theoretisch.» (6)

		«sie sieht die Dinge noch aus einer anderen Sicht. Wenn man so in einem Zeug drin ist, sieht man nur die eigene Sicht und nichts drumherum.» (6) «Wenn ich denke, wie viel wir mit den Peers schon gelacht haben (…) ich schätze das sehr, dass ich heute über das, was ich erlebt habe, auch lachen kann. Das hilft mir beim Gesundwerden» (7)
Hoffnung	Nennt Aspekte, die den Betroffenen Mut im Hinblick auf ihre Zukunft machen.	«und ja das hat mir einfach gleich ziemlich Hoffnung gemacht. Weil sie halt wirklich von ihrer Geschichte erzählt hat, wie sie eine lange Geschichte aber jetzt zu dem steht und jetzt aus dem raus gekommen ist» (1) «Begeisterung, dass es eben möglich ist, auch in dieser ausweglosen Situation» (2)
Selbstwirksamkeit	Zeigt auf, inwiefern die befragten Personen durch die Nutzung der Peer-Angebote zu stärkerer Selbstinitiative animiert werden.	««Und ich so, hey wow die hat die … Ausbildung gemacht, so eine erkrankte Person, das hat mir dann so einen Schub gegeben, dass ich dann nachher auch, als ich wieder aus einer depressiven Phase raus war, die … Ausbildung gemacht habe.» (1)
Kommunikation	Schildert, inwiefern die Betroffenen durch die Peers andere Kommunikationsweisen erlernt haben und welchen Einfluss diese auf die sozialen Kontakte der Betroffenen haben.	«Peers haben wie mehr Kompetenzen in diesem Bereich, mit diesem Problem umzugehen. Sie haben sich auch schon stark mit dem befasst. Also, was will man von sich veröffentlichen, will man dazu stehen oder… mit dem müssen sie sich schon stark auseinandersetzen» (4) «mit diesen Gruppen, Peer und Recovery habe ich gelernt, Mut zur Offenheit, offen darüber zu sprechen, mich so zu zeigen, wie ich bin. Es hat

		lange gedauert, bis ich meinem Partner alles erzählen konnte. Seither hat sich ein Knoten gelöst. Dadurch hat sich einiges schon ein bisschen verharmlost» (1) «Ich habe immer noch Mühe damit. Das zu kommunizieren, ja… Also bei fremden Personen oder Leute, mit denen ich persönlich nicht viel zu tun habe, ja… Ich bräuchte noch einmal eine Peer-Beratung für das.» (4)
Selbstakzeptanz	Umfasst Aussagen, welche im Zusammenhang mit dem Einfluss der Peer-Angebote auf die Selbstakzeptanz gemacht wurden.	«zu seinen Schwächen stehen, sich so zeigen, wie man ist. Eine Maske zu tragen, tut nicht gut. Da war das sicher eine Hilfe ja.» (1) «Und jetzt durch die Peers habe ich gemerkt, dass ich eben, ja dass es viele Leute gibt, die ähnliches durchleben und dass man sich dafür nicht schämen muss.» (2)
Selbstreflexion	Umfasst Aussagen, die beschreiben, wie Peer-Angebote zur Reflektion anregen	«Mein Ding, Abgrenzung zum Beispiel. Das war so etwas, wo ich einfach sagen musste, ja Abgrenzung ist so das A und O im Leben…. Sich abgrenzen können von gewissen Sachen.» (5) «Und sie hat mir Fragen gestellt, über die ich sonst nicht nachgedacht hätte.» (6)
Struktur	Thematisiert den Einfluss der Peer-Angebote auf die Tages-, und Wochenstruktur der Betroffenen.	«Für mich ist es immer noch eine Struktur. Ich arbeite am Nachmittag ehm und am Morgen muss ich immer ein wenig schauen, dass ich Termine habe, dass ich aufstehe und rauskomme.» (1)
Qualität des Genesungsprozesses	Umfasst allgemeine Aussagen zur Qualität des Genesungsprozesses	«es entlastet unglaublich und gibt dem Patienten natürlich auch mehr Boden für den Genesungsweg. Es beschleunigt. Also beschleunigt

		in Anführungs- und Schlusszeichen, es gibt Aufwind.» (7) «im Grunde genommen muss ich mich selbst stärken, und an mir selbst arbeiten. Ich kann noch so zum Psychologen gehen, zum Peer gehen und weiss nicht… bibäschelen, aber wenn ich an mir selbst nicht arbeite, dann bringt das alles nichts» (3)

Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen		
Subkategorien	**Definition**	**Ankerbeispiele**
Fachliche Ergänzung	Aussagen, welche die Wichtigkeit der verschiedenen Fachpersonen im Genesungsprozess betonen	«Es sind zwei unterschiedliche Jobs mit unterschiedlichen Angeboten, die einander ergänzen.» (6)
Übersetzungsarbeit	Aussagen, welche die Rolle der Peers als Übersetzer zwischen Fachpersonen und Klientel beschreiben	«deshalb ist es wichtig, dass die Peers versuchen, das nochmals anders rüberzubringen» (1)

Hindernisse im Genesungsprozess		
Subkategorien	**Definition**	**Ankerbeispiele**
Stigmatisierung	Umfasst Aspekte der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft.	«Ja, es gibt halt viele Vorurteile… wenn man das so öffentlich sagt» (4)

		«Es gibt auch Vorurteile gegenüber von Peers… Also, Nein ich möchte nicht zu jemandem gehen, der selbst einen Dachschaden hat… oder gehabt hat.» (3)
Pathologisierung	Beschreibt Aspekte der Pathologisierung innerhalb der Institutionen, welche die Peer-Angebote beeinflussen.	«Also Psychiatrie ist für mich immer: Ja, aber jetzt kommen wir wieder zurück aufs Thema oder… auf die Krankheit. Das ist wieder so der Titel. Und da muss ich sagen, irgendwie will man die Leute nicht aus diesem Ding bringen.» (5)
Zu wenig Stellen	Beschreibt, inwiefern die Stellenknappheit der Peers sich auf den Genesungsweg von Betroffenen auswirkt.	«Es ist wirklich schwierig, wenn du auf diesen Termin wartest und wartest» (6) «Peers, das muss dringend raus. Das sollen die Leute kennen…» (7)
Mangelnde Animation zur Angebotsnutzung	Umfasst Aussagen, die darauf hindeuten, dass Fachleute die Klientinnen und Klienten noch mehr auf die Nutzung der Peer-Angebots aufmerksam machen sollen	«Und deshalb denke ich, muss man den Leuten schon mal so ein bisschen einen Tschut in den Arsch geben, damit sie die Angebote ausprobieren kommen» (1)
Lücke nach Klinikaufenthalt	Umfasst Aussagen, welche im Zusammenhang mit dem Übergang von einem stationären Aufenthalt zurück in den Alltag gemacht werden. Wichtig auch: wie diese Situationen den Genesungsweg beeinflussen	«als ich aus der Klinik gekommen bin, da ist es mir ein paar Wochen sehr gut gegangen. Aber dann an irgendeinem Punkt bin ich immer mehr wieder in die alten Muster zurückgefallen.» (2) «Aber vielleicht könnten Peers noch so etwas übernehmen. So eine Auffangarbeit für nachher. Dass die dann zu den Leuten nach Hause gehen oder mit ihnen abmachen, um spazieren zu gehen» (1)
Mangelnde Konfrontation	Umfasst Aussagen, welche darauf hindeuten, dass es noch mehr aktive (fordernde) Konfrontation von Seiten der Peers braucht, um den Genesungsprozess zu unterstützen	«ich glaube, genau solche Punkte muss man heute können… in diese Punkte reinzugehen… punktuell etwas aufrütteln können, und nicht schön reden» (5)