

DIES IST EIN ECHTER *gomer*



Noemi Bürgisser

Mirja Bleiker

## Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

Eine qualitative Erörterung

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

## Abstract

Die Psychiatrie durchlief im 20. Jahrhundert einen starken Wandel, wobei verschiedene neue Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden. Unter anderem wurde das Angebot der Peer-Arbeit geschaffen, bzw. die „EX-IN“-Ausbildung, wobei EX-IN „Expertinnen und Experten aus Erfahrungen“ meint. In diesem Zusammenhang geht die vorliegende Bachelor-Thesis der Frage nach, wo Chancen und Grenzen der Peer-Arbeit liegen und was für Wirkungen diese hat, besonders für Betroffene.

In einem ersten Teil wird auf die Theorie und bisherige empirische Untersuchungen zur Peer-Arbeit eingegangen. In einem nächsten Schritt werden die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews präsentiert, welche mit einer Betroffenen, einer ausgebildeten Peer und einem Psychiater geführt wurden. Im letzten Teil folgt die Diskussion der Ergebnisse; einerseits im Vergleich mit dem Theorieteil und andererseits im Einbezug der Sozialen Arbeit.

Auffallend zeigt sich, dass sowohl in unseren Interviews als auch in den empirischen Untersuchungen aus der Literatur kaum negative Effekte für Betroffene genannt werden. Es fiel jedoch auf, dass die Peer-Arbeit in Bereichen eingesetzt wird, welche wesentliche Tätigkeitsbereiche von Sozialarbeitenden darstellen. Es stellt sich die Frage, inwieweit sich die Tätigkeit der Peers und der Sozialarbeitenden überschneiden und wo die Zusammenarbeit besser koordiniert werden könnte. Denn die Soziale Arbeit hat zwar in den letzten Jahren einen festen Platz im psychiatrischen Handlungsfeld eingenommen, muss sich aber dennoch als Berufsgruppe immer wieder beweisen und ist meist einer medizinischen Fachperson unterstellt. Nun sollen Peers die neuen Hoffnungsträgerinnen und Hoffnungsträger für ein Umdenken in psychiatrischen Institutionen darstellen, obschon Sozialarbeitende auffällig ähnliche Sichtweisen mitbringen. Der wesentlichste Unterschied zwischen Sozialarbeitenden und Peers zeigt sich im Erfahrungswissen, also in der Erfahrung psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung, welches für die „EX-IN“-Ausbildung vorausgesetzt wird.

# **Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen**

**Eine qualitative Erörterung aus der Betroffenenperspektive**

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

**Vorgelegt von**  
Noemi Bürgisser  
Mirja Bleiker

Bern, Mai 2020

Gutachter: Prof. Dr. Christian Vogel

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	1
<b>1.1</b>	<b>Themenwahl .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Fragestellung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.3</b>	<b>Methodenwahl.....</b>	<b>2</b>
2.	Problemanalyse .....	2
<b>2.1</b>	<b>Bedarf psychisch Erkrankter .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2</b>	<b>Aufgaben an das Hilfesystem .....</b>	<b>3</b>
<b>2.3</b>	<b>Empirische Untersuchungen .....</b>	<b>4</b>
3.	Sozialpsychiatrie.....	9
<b>3.1</b>	<b>Entstehung der Sozialpsychiatrie .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Kritik an der Psychiatrie .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Medizinisch vs. Sozial.....</b>	<b>13</b>
<b>3.4</b>	<b>Entstehung Hilfsangebote .....</b>	<b>15</b>
4.	Peer-Arbeit .....	20
<b>4.1</b>	<b>Peer-Arbeit in der Praxis.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Peer-Arbeit und Soziale Arbeit in der Psychiatrie.....</b>	<b>22</b>
5.	Empirisches Vorgehen .....	30
<b>5.1</b>	<b>Auswahl Interviewpartnerinnen und -partner.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>Datenerhebung .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Leitfaden .....</b>	<b>30</b>
<b>5.4</b>	<b>Auswertung .....</b>	<b>31</b>
<b>5.5</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>32</b>
6.	Diskussion .....	45
<b>6.1</b>	<b>Bezüge der empirischen Ergebnisse zur Theorie .....</b>	<b>45</b>
<b>6.2</b>	<b>Bezug der Peer-Arbeit zur Sozialen Arbeit.....</b>	<b>49</b>
7.	Fazit.....	53
8.	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	55
9.	Anhang .....	65
<b>9.1</b>	<b>Mögliche Unterfragestellungen; Tabelle.....</b>	<b>65</b>
<b>9.2</b>	<b>Leitfäden .....</b>	<b>66</b>

## Danksagung

Unser Dank gilt unserer Begleitperson Herrn Christian Vogel, welcher unsere Bachelor-Thesis begleitet hat und uns bei sämtlichen Fragen mit Rat und Tat sowie Unterstützung zur Seite gestanden hat.

Ein weiterer grosser Dank gilt Christine Bärenbold, Helene Brändli und Jens Beckmann, welche sich bereit erklärt haben, trotz der erschwerten Umstände unsere Fragen via Skype zu beantworten. Ohne die Offenheit dieser drei Personen wäre die Bachelor-Thesis nicht möglich gewesen. Ein besonders herzlicher Dank geht an Helene Brändli, welche uns zusätzliche Kontakte und Empfehlungen zukommen liess und uns viele Informationen zur Thematik geben konnte.

Auch bei Herrn Christian Burr möchten wir uns bedanken, dies vor allem für die relevante hochaktuelle Literatur, die er uns bereitgestellt hat.

Zudem gilt unser Dank Jakob Schnell, der uns viele Fragen zum wissenschaftlichen Arbeiten an sich beantworten konnte und uns viele konstruktive Rückmeldungen zu unserer Arbeit gegeben hat. Bei Samuel Kalbermatten wollen wir uns für seine Tipps und Empfehlungen bedanken.

Für das Titelblatt bedanken wir uns bei Herrn Martin Walter Gomez, der uns seine Zeichnung zur Verfügung gestellt hat.<sup>1</sup>

Zum Schluss geht ein grosser Dank an Elsbeth Bleiker und Hans Kalbermatten, die uns bei der Überarbeitung dieser Bachelor-Thesis geholfen haben.

Vielen herzlichen Dank euch allen!

Mirja Bleiker und Noemi Bürgisser

---

<sup>1</sup> Titellostes Bild. Abgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Künstlers.

## 1. Einleitung

### 1.1 Themenwahl

In unserer privaten, beruflichen und schulischen Laufbahn haben wir vermehrt Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gesammelt. Dabei lernten wir viele verschiedene Angebote für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung kennen, wie bspw. Psycho-, Gesprächs-, Kunst-, Musiktherapie, sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten und viele weitere. In diesem Zusammenhang wurden wir auf die Peer-Arbeit aufmerksam. Dieses Unterstützungsangebot von Personen mit Psychiatrieerfahrung, auch „Peers“ genannt, für Menschen, welche sich aktuell in einer psychiatrischen Behandlung befinden – ob ambulant, teil- oder stationär – wollen wir mit dieser Arbeit genauer erforschen. Wir wollen herausfinden, was es nach einem Psychiatrieaufenthalt braucht, damit eine Stabilisierung von Betroffenen gelingen und inwieweit die Peer-Arbeit hierzu beitragen kann, aber auch, wo die Peer-Arbeit an ihre Grenzen stösst.

### 1.2 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einer spezifischen Form der Peer-Arbeit, dem sogenannten EX-IN. EX-IN ist eine Ausbildung, welche Personen absolvieren können, die selbst Psychiatrieerfahrungen gemacht haben. Dabei steht „EX-IN“ für „Experienced Involvement“, was so viel wie „Einbezug Erfahrener“ bedeutet. Menschen, welche selbst eine psychiatrische Erkrankung erlebt haben, werden somit zu Expertinnen und Experten und können in psychosozialen und psychiatrischen Diensten Personen unterstützen, welche sich aktuell in einer psychischen Notlage befinden (EX-IN, n.d.). Oft wird auch von EX-INlern, Peers und Genesungsbegleitenden gesprochen.<sup>2</sup>

Diverse Beiträge aus der Fachliteratur beschreiben, wie die EX-IN-Ausbildung entstand, was diese beinhaltet und wo die EX-IN-Mitarbeitenden zum Einsatz kommen. Wir wollen herausfinden, inwieweit EX-IN-Mitarbeitende eine wertvolle Unterstützung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein können. Wir gehen davon aus, dass durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Fachpersonen in den Psychiatrischen Diensten in vielerlei Hinsicht ein Bezug zur Sozialen Arbeit besteht. Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, was diese Art von Peer-Arbeit aus der Perspektive von Betroffenen bewirken kann und wo die Behandlung von psychiatrischem Fachpersonal bedeutend wird. So lautet unsere

---

<sup>2</sup> Wenn in nachfolgender Arbeit von „Peers“ oder „Genesungsbegleitenden“ gesprochen wird, sind damit Menschen mit absolvierter EX-IN-Ausbildung gemeint.

Fragestellung: Was kann die Peer-Arbeit, beziehungsweise das EX-IN-Angebot, (aus der Perspektive von Betroffenen) bewirken? Wo liegen Chancen und Grenzen der Peer-Arbeit?

### 1.3 Methodenwahl

Um das Thema differenziert und umfassend analysieren zu können, werden wir uns in einem ersten Schritt intensiv mit bestehender Literatur befassen. Ebenfalls haben wir verschiedene Unterfragestellungen formuliert, welche unserer Arbeit Struktur verleihen. Im ersten Teil (in den Kapiteln zwei bis und mit vier) widmen wir uns der Theorie. So möchten wir die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrie erläutern, bevor wir den Zusammenhang zwischen der Peer-Arbeit und der Sozialen Arbeit darstellen. Schliesslich werden wir aufzeigen, wie die Peer-Arbeit in der Praxis theoretisch zu verordnen ist. Im zweiten, empirischen Teil möchten wir die Interviews festhalten. Wir haben uns entschieden, den Fokus auf Betroffene zu legen, da es bisher nur wenig Literatur zu deren Erfahrungen gibt.

Unser Ziel war es, vier Betroffene zu befragen und deren Erfahrungen in unsere Arbeit einfließen zu lassen. Dies war uns aufgrund der aktuellen Covid-19-Situation leider nicht möglich. Eine Betroffene hat sich dennoch bereit erklärt, mit uns ein Interview via Skype zu führen. Zudem haben wir eine Peer-Ausgebildete und einen Psychiater kontaktiert, welche ebenfalls zugestimmt haben, uns Auskunft via Skype zu geben. Mit Hilfe eines Leitfadens haben wir semistrukturierte, narrative Interviews geführt. Der Leitfaden wurde offen gestaltet, damit wir während der Befragung flexibel auf Äusserungen reagieren und möglichst viel von den Erfahrungen der Befragten profitieren können. Die Interviews wurden anschliessend einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2015) unterzogen. Weitere Ausführungen zur Methode folgen in Kapitel 5.

## 2. Problemanalyse

### 2.1 Bedarf psychisch Erkrankter

Der Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete, der im Jahre 1975 veröffentlicht wurde, forderte sowohl die Regionalisierung des Psychiatrieangebots als auch die Umsetzung des Prinzips: „ambulant vor stationär“ (Eichenbrenner, 2017, S. 121).

Doch die Psychiatriereform ist erst auf halbem Weg in ihrer Umsetzung, so Bock (2013, S. 3). Auch wenn die unmenschlichen Zustände von früheren Psychiatrien der Vergangenheit angehören, gibt es noch eine Vielzahl an Grenzen bei der Umsetzung: Weiterhin gibt es eine Übermacht an grossen Institutionen, Probleme bestehen beim Angebot von Wohnraum und Arbeit, die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Problemen dauert an, Beziehungsqualität und –kontinuität leiden unter Ökonomisierung und Privatisierung psychosozialer Hilfen. Noch immer haben viele Fachleute der Psychiatrie ein medizinisch-

reduktionistisches statt ein anthropologisches Verständnis von psychischen Erkrankungen, es fehlt immer noch an Orientierung auf den sozialen Lebensraum der Betroffenen und ihrer Familien (Bock, 2011, S. 22). Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird man nur selten gerecht, da Hilfen zur Wiedereingliederung fehlen oder durch Marktmechanismen zersplittert sind. Stationäre Versorgung wird in der Praxis oftmals vorgezogen, da ambulant qualifizierte Hilfen fehlen (Bock, 2013, S. 3). Um dem Prinzip „ambulant vor stationär“ gerecht werden zu können, sei auch eine Veränderung des Finanzierungssystems in Richtung sektorübergreifender und regionalbezogener Budgets notwendig. Andernfalls drohe die zunehmende Konkurrenz und Zersplitterung von psychiatrischen Dienstleistungen; schlimmstenfalls würden Patientinnen und Patienten auf die Funktion einer Ware reduziert. Leider werde noch selten ein persönliches Budget zugesprochen, mit dem Patientinnen und Patienten die notwendigen Hilfeleistungen selber finanzieren könnten, so Bock & Kluge (2019, S. 33).

Auch noch im Jahre 2019 werden Strukturen aufrechterhalten, die eine autoritäre Begegnungsweise fördern. Arbeitsplätze für Pflegende sind im ambulanten Bereich nach wie vor eher eine Rarität. Verlangt werden neue Strukturen inklusive neuer Haltungen, die ein anderes Verständnis psychischer Erkrankungen erfordern (Bock, 2019, S. 35-36).

### 2.2 Aufgaben an das Hilfesystem

Für die Behandlung und Betreuung eines psychisch erkrankten Menschen müssen je nach dessen Krankheits- und sozialer Situation sowie seiner eigenen Willensbildung unterschiedlich strukturierte Hilfesysteme bereitstehen (Kruckenberg, 1999, S. 126). Unterschiedliche Gründe führen dazu, dass psychisch erkrankte Menschen professionelle psychiatrische Hilfen ablehnen. Sei dies, weil sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat, oder weil sie es nicht wünschen und aus ihrer Sicht keine Gründe für eine nachgehende Behandlung vorliegen. Es sollte dennoch in erreichbarer Nähe psychiatrische Dienste mit überschaubarem Hilfsangebot geben. Kruckenberg unterscheidet drei Hilfesysteme. Einerseits nennt er das „Vorfeld“ psychiatrischer Hilfen für Menschen, die stabilisiert sind, aber evtl. soziale oder sonstige gesundheitliche Probleme haben. Die Hilfe ist sozial oder sozial-medizinisch, aber auch nicht-professionelle Hilfe kann zur seelischen Stabilisierung beitragen. Dann nennt er das Hilfesystem der „angebotsorientierten Dienste“, das sich auf destabilisierte oder rückfallgefährdete Personen bezieht. Die Struktur dieses Hilfesystems bezeichnet er als psychiatrische Dienste mit abgegrenztem, einrichtungsspezifischem Angebot. Als drittes Hilfesystem wird das „gemeindeintegrierte Verbundsystem“ definiert, welches sich an desintegrierte Personen richtet: Personen, die nicht fähig sind, Hilfen aufzusuchen und zu verknüpfen. Diese Struktur ist aufsuchend, auffangend und klientenzentriert (1999, S. 126-127). Diese Hilfesysteme müssen auf kommunaler Ebene kooperieren und koordiniert werden (Kruckenberg, 1999, S. 127).



Gesellschaftliche Veränderungen führen zu Veränderungen in den Hilfesystemen und beeinflussen damit auch die Rahmenbedingungen in der Psychiatrie (Dech & Landua, 2014, S. 30). Relevant sind hierbei auch gesellschaftliche Grenzen und Erwartungshaltungen. Betroffene fanden 2014 noch wenig Behandlung ausserhalb von Institutionen. Dech & Landua formulierten das Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Über die Entlassung aus der Klinik heraus soll eine Unterstützung gewährleistet werden (2014, S. 30). Auf den allgemeinen Wandel der Psychiatrie und die Entstehung der Sozialpsychiatrie wird in Kapitel 3 näher eingegangen.

### 2.3 Empirische Untersuchungen

Bereits 1990 fragte sich Heinrich Kunze bezüglich Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten: „Wenn die nicht-krankenhausbedürftigen Patienten nicht mehr im Krankenhaus leben sollen, welche ambulanten und komplementären Hilfen (Wohnen, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit) benötigen sie und zwar wo?“ (Kunze, 1999, S. 53). Er fragte sich, ob der frühere Wohnort als Lebensmittelpunkt noch reaktivierbar sei, oder ob das Krankenhausumfeld in den Jahren zum Lebensmittelpunkt geworden sei (Kunze, 1999, S. 53). Hier sei die Politik gefordert, denn die politische Verantwortung liege bei der Stadt bzw. dem Kreis, aber leider sei das Interesse oft kaum vorhanden, dass Betroffene in ihrer Gemeinde bleiben können. Kunze plädiert auf die Pflicht, angemessene und wohnortnahe Hilfsangebote aufzubauen (Kunze, 1999, S. 54).

#### 2.3.1 Empirische Untersuchungen zur Enthospitalisierung

Bachrach (1994) hat den Begriff der „Enthospitalisierung“ als einen Prozess definiert, in dem psychiatrische Langzeitkrankenhäuser durch kleinere, weniger isolierte Dienste in den Gemeinden ersetzt werden. Folgende drei Komponenten sind damit verbunden:

1. Entlassung psychiatrischer Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten aus der Klinik.
2. Die Verhütung stationärer Neu- oder Wiederaufnahmen.
3. Die Entwicklung spezieller, alternativer gemeindepsychiatrischer Angebote.

(Zitiert nach Hoffmann, 2003, S. 17)

Empirisch wird die Enthospitalisierung auf unterschiedlichen Ebenen untersucht (Hoffmann, 2003, S. 33):

- 1) Systemebene: Hier geht es um Auswirkungen der Enthospitalisierung auf das Versorgungssystem als Ganzes oder auf einzelne Bereiche wie beispielsweise Klinik, ambulante Versorgungseinrichtungen etc.
- 2) Programmebene: Bei dieser Ebene wird die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsformen, Massnahmen, Dienste oder Einrichtungen untersucht (Evaluationsstudien).

- 3) Individuelle Ebene: Auf der dritten Ebene werden die Effekte („Outcome“) von Enthospitalisierung auf die Patientinnen und Patienten selbst, aber auch auf Angehörige und Mitarbeitende, oder auf entstehende Kosten der Behandlung untersucht. Avison & Speechley gaben mit ihrer Durchsicht und Bewertung von 33 Studien einen Überblick über Outcomestudien: Die Studien betrafen klinikentlassene psychiatrische Patientinnen und Patienten. Die Forschenden kamen zum Schluss, dass „eine Vielzahl der Studien methodisch unzulänglich sind, eine untersuchungsleitende theoretische Perspektive meistens fehlt und bei der Identifizierung derjenigen Faktoren, die eine Integration psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik begünstigen, bislang kein wesentlicher Erkenntnisfortschritt erreicht worden ist.“ (Zitiert nach Hoffmann, 2003, S. 34)

Hoffmann hat eine Studie betreffend Enthospitalisierung und Lebensqualität in Berlin durchgeführt. Unter anderem wurde die objektive Lebenssituation (Arbeit/Beschäftigung, Freizeit, Finanzen, Wohnen, Persönliche Sicherheit, Kontakte zur Familie, Soziale Kontakte, Gesundheit, Subjektive Lebensqualität) in der Klinik, aber auch die Lebensqualität in der Gemeinde nach der Entlassung (ein Jahr nach dem Entlassungstermin erneute Interviews) untersucht (2003, S. 131-144). Auf den letzten Punkt möchten wir nun genauer eingehen, da die Ergebnisse auf den Bedarf nach einem Klinikaufenthalt hindeuten.

Hoffmann hat die Zusammenhänge zwischen subjektiver Lebensqualität und einzelner Items der Nutzerzufriedenheit analysiert. Hier konnte sie aufzeigen, dass die Einschätzung der Effektivität der Behandlung bzw. Betreuung und der Angemessenheit der Medikation von hoher Relevanz für die Betroffenen ist (auch „harte“, objektivierbare Faktoren genannt). Neben den „harten“ Faktoren spielen auch „weiche“ Faktoren für Betroffene eine wesentliche Rolle, zu diesen zählen das Gefühl von allgemeiner Achtung und das Gefühl, von der Therapeutin oder dem Therapeuten verstanden zu werden. Es bleibt jedoch offen, was genau als hilfreiche Behandlung empfunden wird (Hoffmann, 2003, S. 182).

Eine besonders heikle Phase in der Betreuung von psychiatrisch Betroffenen sieht Tschanz (2014, S. 252) im Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich. Es kann zu Versorgungsunterbrüchen und sogar zu Wiedereintritten kommen. Durch eine qualitative Erhebung wollte sie herausfinden, welche Erfahrungen und Empfehlungen Betroffene bezüglich der Entlassung aus Psychiatrien geben. Die Erfahrungen fielen eher negativ aus. Oftmals fühlten sich Betroffene in der Entlassungsplanung alleingelassen. So wurde empfohlen, dass gezielte Entlassungsvorbereitungen stattfinden, wie beispielsweise das gemeinsame Entwickeln einer Tagesstruktur, die bedarfsgerechte Unterstützung durch Fachpersonen oder Peers, der Einbezug von Kindern in der Entlassungsplanung und der Einsatz von Fachpersonen für die Entstigmatisierung.

Auf empirische Untersuchungen zur Peer-Arbeit wird im nächsten Abschnitt eingegangen. Im Fokus sind Studien, welche Effekte der Peer-Arbeit auf Betroffene beschreiben, da Betroffene im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen sollen.

### 2.3.2 Aktueller Forschungsstand zur Peer-Arbeit

Bereits im Jahre 1995 konnte eine Studie aus New York aufzeigen, dass in Teams mit psychiatrienerfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zu herkömmlichen Teams wesentlich bessere Ergebnisse für Betroffene in den Bereichen Lebenszufriedenheit, Regelung der Finanzen und Lebensprobleme erzielt werden konnten (Felton et al., 1995, S. 1037-1044). Auch eine Studie aus dem Jahre 2008 konnte belegen, dass sich ein Projekt, welches von Peers geleitet wird, sich im Vergleich zum herkömmlichen Angebot in der Krisenintervention bewährt (Greenfield, Stoneking, Humphreys, Sundby & Bond, 2008, S. 135-144).

Metastudien zeigen ebenfalls, dass der Einbezug von Peers das Angebot nicht verschlechtert, sondern meistens die Qualität der Angebote sogar erhöht (Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006, S. 443-450). Mahlke, Krämer, Kilian & Becker (2015) haben eine Übersicht von Reviews und Meta-Analysen erstellt, welche sich mit Studien zur Wirksamkeit der Peer-Arbeit auseinandersetzen. Unter anderem werden darin Effekte für Betroffene, die Peer-Arbeit in Anspruch genommen haben, diskutiert.

In vier der sieben untersuchten Reviews wurde als positiver Effekt für Betroffene eine „grössere“ oder „stärkere Hoffnung“ angegeben. Die meisten nennen auch „ein grösseres soziales Netzwerk“, „soziale Inklusion“ oder „höheres soziales Funktionsniveau“ (Mahlke et al., 2015, S. 237). In einer Publikation wird von „weniger Notaufnahmen“ gesprochen, eine andere nennt dies „weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme“ und eine dritte Publikation spricht von „reduzierter Hospitalisierung“. Fünf der sieben Publikationen nennen positive Effekte wie „Recovery“, „Empowerment“, „Selbstbewusstsein“, „Selbstwirksamkeit“ und „Selbstbestimmung“. Zwei der Publikationen sprechen sogar von „Symptomreduktion“ (Mahlke et al., 2015, S. 237).

In allen Reviews wird angegeben, dass sich keine negativen Effekte für Nutzerinnen und Nutzer zeigen (Mahlke et al., 2015, S. 237). Daher empfehlen Mahlke, Krämer, Becker & Bock (2014, S. 280) die Peer-Arbeit als Beitrag zur stärkeren Recovery-Orientierung, zur Zwangsreduktion und gegen die Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung.

In anderen Studien wurde aufgezeigt, dass besonders von Peers entwickelte und angeleitet Gruppenangebote einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Selbststigmatisierung (Corrigan, Larson & Michaels, 2015, S. 148-154) und die Reduktion von Symptomen oder deren Schweregrad aufweisen (Cook, Copeland & Jonikas, 2011, S. 214).

Mahlke et al. (2016, S. 103) merken jedoch an, dass einige Studien methodologische Schwächen aufweisen: „Existing trials provided inconsistent results and commonly have

methodological shortcomings, such as poor training and role definition of peer supporters, small sample sizes, and lack of blinded outcome assessments.“

In einer ihrer eigenen Studien wurden diese Faktoren kontrolliert: Die Versuchsteilnehmenden wurden in eine Kontrollgruppe (n = 102) mit einer regulären psychiatrischen Behandlung und eine Interventionsgruppe (n = 114), welche zur regulären Behandlung während sechs Monaten zusätzlich Peer-Support erhielt, eingeteilt. Ein halbes Jahr nach der Behandlung wurden Selbstwirksamkeitserwartung, Lebensqualität, soziale Kontakte, sowie die Anzahl erneuter Hospitalisierungen untersucht. Lediglich im Bereich der Selbstwirksamkeitserwartung ergaben sich signifikant positive Effekte für die Interventionsgruppe (Mahlke et al., 2016, S. 107).

In einer neueren, qualitativen Studie von Otte et al. (2019) wurden Psychiatriemitarbeitende und Peer-Workers zum Nutzen von Peer-Support für Betroffene befragt. Häufig genannte Vorteile der Peer-Work waren eine geringere professionelle Distanz, mehr Zeit für 1:1-Betreuung, ein kontinuierliches Behandlungsangebot, sowie die Wirkung von Peer-Workern als positive Vorbilder: „(...) the PSWs gave patients hope by being living proof that recovery is possible, no matter how desperate the situation may feel currently“ (Otte et al., 2019, S. 3).

In einer Publikation von Mahlke, Schulz, Sielaff, Nixdorf & Bock (2019, S. 215-216) wird von einem ersten Wirkmodell zur Peer-Begleitung gesprochen (siehe Abbildung 1). Dieses wurde von Gillard, Gibson, Holley & Lucock (2015, S. 441) auf Basis einer vergleichenden qualitativen Fallstudie herausgegeben.

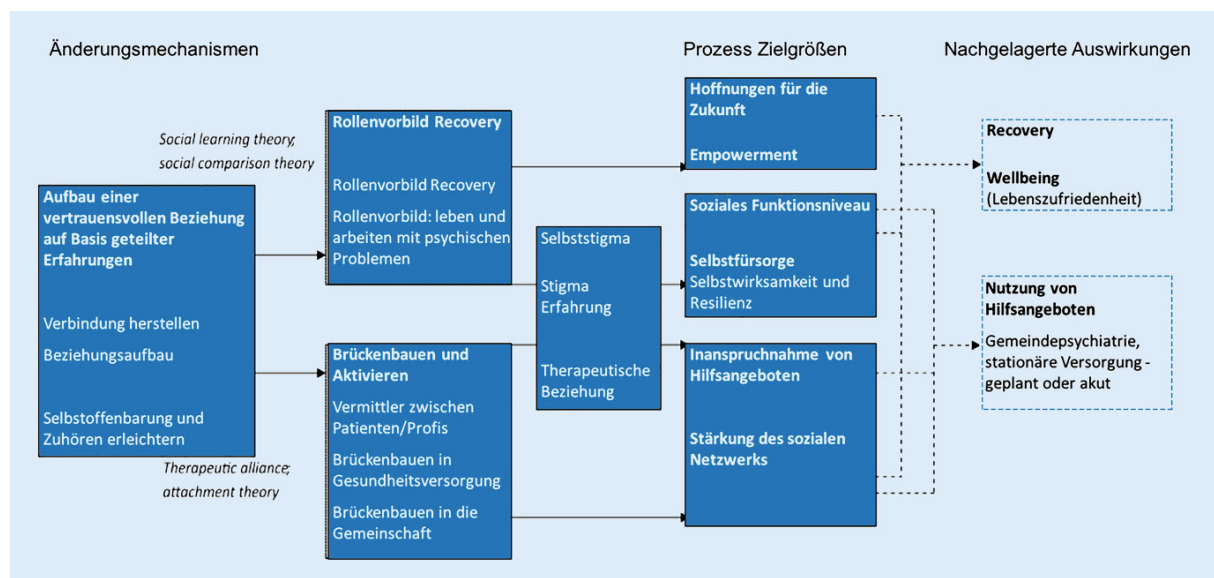


Abbildung 1. Wirkmodell der Peer-Begleitung. Nach Gillard et al., 2015, zitiert nach Mahlke et al., 2019, S. 216.

Es wird genannt, dass Peers rascher eine vertrauensvollere Beziehung mit den Betroffenen auf der Basis geteilter Erfahrung herstellen. Dies wiederum erleichtert eine Selbstoffenbarung und das Zuhören und Annehmen von Ratschlägen. Da Peers eigene Krisenerfahrungen haben, bringen sie so ein Bewusstsein für die verletzliche Position der Betroffenen mit und es

kann somit leichter ein persönlicher Bezug hergestellt werden. Somit haben Peers eine Art Vertrauensvorschuss. Leicht entsteht somit ein persönlicher Bezug. Peers stellen somit eine Brücke zur Gesellschaft und zum Hilfesystem her. Vorherige negative Erfahrungen mit dem Hilfesystem können relativiert werden. So kann beispielsweise zwischen Betroffenen und als bedrohlich erlebtem Personal vermittelt werden. Über die Peers als Rollenvorbilder (für Genesung und hinsichtlich Leben und Arbeiten mit psychischer Erkrankung) können stigmatisierende Erfahrungen relativiert werden und zusätzlich können auch Selbststigmata abgebaut werden (Gillard et al., 2015, S. 440-442). Nach Finzen (2013, S. 9) „leiden Menschen mit psychischen Störungen nach wie vor unter Vorurteilen und Schuldzuweisungen, unter Diskriminierung und Stigmatisierung.“ Debyser et al. (2019, S. 561) schreiben diesbezüglich: „As peer workers themselves prove that recovery is possible, they can increase care providers' faith in their patients' recovery possibilities.“

Auch Burr & Winter (2016, S. 130-131) berichten von überwiegend positiven Erfahrungen. Eine Patientin sagte einmal zu ihrer Peer, dass sie mit ihr gleich unter der Wasseroberfläche sprechen könne. Auch weitere Aussagen illustrieren Erfahrungen von Betroffenen: Man könne Peers eher „Glauben schenken“ als den Fachpersonen, weil sie eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben und somit wissen, wie es sich anfühlt. Es kann von einem anderen Zugang gesprochen werden, den Peers im Vergleich zu Pflegefachpersonen haben. Die „S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bezieht sich auf Studien zum Einsatz von Peers in Großbritannien und den USA, wo Peer-Beratung in vielen psychiatrischen Institutionen angeboten wird. Es werden folgende Aussagen zur Wirkung von Peer-Beratung getroffen: „Hinsichtlich verschiedener Outcomekriterien unterscheiden sich Einrichtungen mit Peerberatung nicht von denen ohne Peerberatung; Peer-Beratung führt zu einer reduzierten Behandlungsbedürftigkeit; Peerberatung führt zu einer Reduktion der Behandlungsnutzung. Peers können Kontakt zu schwer erreichbaren Patienten herstellen, diese fühlen sich durch Peers verstanden und akzeptiert“ (Achberger, 2019, S. 250). In der S3 Leitlinie steht: „Peer-Beratung kann die Erreichbarkeit und Compliance von Patienten und Angehörigen erhöhen.“ (DGPPN, 2013, S. 157)

Studien, welche im Rahmen des Modellprojektes EX-IN des Bezirks Oberbayern analysiert wurden, konnten aufzeigen, dass sich das Empowerment der Betroffenen (im Sinne von Selbstbefähigung) erhöht, wenn Peers in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten (Bezirk Oberbayern, 2015, S. 11-12).

Vom traditionellen Bild des „hilflosen Kranken“ wenden sich Betroffene ab (Repper & Carter, 2011, S. 396). Die Orientierung erfolgt am Grundsatz, dass Genesung möglich und ein positives Selbstwertgefühl von hoher Bedeutung ist (Basset, Faulkner, Repper & Stamou, 2010, S. 14).

Die Pflegedienstleitung in der psychiatrischen Klinik Bremerhaven berichtet: „Es gibt weniger Gewalt auf den Stationen. Stattdessen wird viel mehr miteinander gesprochen. Manchmal werden die Kollegen auch durch die Genesungsbegleiter gecoacht.“ (Utschakowski & Daszkowski, 2012, S. 203)

Ausgebildete Peers bringen ihr Erfahrungswissen ein: Sie sprechen die gleiche Sprache und nutzen die gleichen Umschreibungen wie ihr Klientel. Sie sind fähig zu übersetzen, zu vermitteln und Missverständnisse zu klären. Sie bringen eine andere Perspektive ein, stellen andere Fragen, entdecken blinde Flecken. Auch kennen sie persönlich Stigmatisierung, Vernachlässigung von Erfahrungen und sind dadurch sensibler für Verletzungen der persönlichen Sphäre und Identität. Kurz gesagt: Peers können durch ihr Erfahrungswissen Modell sein und Hoffnung machen (Achberger & Utschakowski, 2015, S. 14). Zum Behandlungserfolg tragen Peers bei, indem sie ein eigenes Krankheitsverständnis fördern, eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, Hoffnung entwickeln und Empowerment stärken (Achberger, 2019, S. 251). Nach Jahnke (2014, S. 42) können Peers über eigene Verletzungen wie selbstverständlich sprechen, was wiederum positive gruppenspezifische Effekte auslösen kann.

Unsere Interviews (siehe Empirisches Vorgehen ab Kapitel 5) sollen aufzeigen, inwiefern die befragten Personen dies bestätigen können, wie Peer-Support wahrgenommen wird und worin sich Chancen und Grenzen in der Wirkung von Peer-Arbeit zeigen.

Im nächsten Abschnitt wird auf die Sozialpsychiatrie und deren Rolle bei der Entstehung (ambulanter) Hilfsangebote wie der Peer-Arbeit eingegangen.

### 3. Sozialpsychiatrie

#### 3.1 Entstehung der Sozialpsychiatrie

Psychische Erkrankungen sind keine modernen Erscheinungen, bereits Hippokrates von Kos beschäftigte sich 400 vor Christus mit dem Thema „Gesundheit und Krankheit“ (Meier & Cukas, 2010, S. 11). In dieser Zeit gingen Philosophen davon aus, dass psychische Störungen durch ein Ungleichgewicht von verschiedenen Körpersäften entstehen und durch „Dialog“ oder „Heilschlaf“ behandelt werden können (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 14). Im Mittelalter sah man böse Geister als Verursacher von psychischen Auffälligkeiten, weshalb auch die Behandlungsmethoden extrem waren. Mit jeglichen Mitteln versuchte man dem Betroffenen die Dämonen auszutreiben (S. 15).

Die ersten Spitäler für psychisch Erkrankte entstanden in Europa im 15. Jahrhundert. Aber auch zu dieser Zeit sowie in den darauffolgenden Jahrhunderten wurden Menschen mit psychischen Auffälligkeiten ausgegrenzt und waren Zwangsmassnahmen ausgeliefert (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 15). So wurden Betroffene in der Zeit der Aufklärung in

verschiedenen Zucht-, Toll-, Arbeits- oder Irrenhäusern untergebracht. Dabei standen verschiedene Behandlungsmethoden wie Diäten, Ruhe, Abschirmung, geregelter Tagesablauf sowie auch Arbeit im Vordergrund. Zum einen sollte die heimatferne Unterbringung den Betroffenen zu Ruhe verhelfen, zum anderen wurden so auch die Angehörigen entlastet und sie konnten ihrem Alltag nachgehen (Walther, 2017, S. 30). Ungefähr zu dieser Zeit benutzte der deutsche Psychiater Johann Christian Reil (1759-1813) zum ersten Mal das Wort „Psychiatrie“. Der Begriff setzt sich aus zwei Wörtern aus dem Griechischen zusammen: „Seele“ (psyche) und „Arzt“ (iatros) (S. 29).

Im frühen 20. Jahrhundert vertraten verschiedene deutsche Ärzte und Psychiater die Ansicht, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung (darunter sind auch psychische Leiden zu verstehen) ein unwertes Leben führen und eine Bedrohung für die deutsche Kultur darstellen. Freuds Erkenntnisse der Psychoanalyse, welche darauf hindeuten, dass bei psychischer Beeinträchtigung die Entwicklungsgeschichte und Biografie eine Rolle spielen, fanden in Deutschland kaum Beachtung. Es wurde sogar versucht, die Schweizer Psychiatrie und ihren Vertreter, Eugen Bleuler, von der psychoanalytischen Sichtweise abzubringen (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 18-19). In der nationalsozialistischen Zeit wurde 1934 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet, welches den Nationalsozialisten demnach erlaubte, beeinträchtigte Menschen zu ermorden oder einer Zwangssterilisation zu unterziehen. Weiter wurden Betroffene mit einer psychischen Erkrankung zu Tötungs- und Forschungszwecken missbraucht, so wurde die Ermordung durch Gas erstmals in einer Klinik in Brandenburg erprobt. Nach dem Kriegsende veränderte sich in den ersten Jahren kaum etwas, wenige Täter wurden zur Rechenschaft gezogen. In Deutschland beschäftigte man sich erst im Jahr 1960 wieder mit internationalen Forschungsergebnissen (S. 19-20).

In den darauffolgenden Jahren entstanden europaweit Reformbewegungen, wonach auch deutsche Psychiater im Jahr 1971 eine Psychiatrie-Enquete verfassten, welche sie 1975 dem Parlament überreichten. Darin wurden die Missstände in den psychiatrischen Anstalten bemängelt, insbesondere die schlechte Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten im Vergleich mit somatisch erkrankten Menschen, die Defizite im Bereich der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden, wie auch der Mangel bei der Unterstützung und Hilfestellung der Klientinnen und Klienten ausserhalb von Kliniken (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 21). In der Schweiz wurde man nicht nur seitens Deutschlands beeinflusst, sondern spürte die verschiedensten Reform- und Protestbewegungen aus England, Frankreich und Italien. Insbesondere die „Basaglia-Reform“ aus Italien ermunterte die Schweiz zu einem Umdenken. Franco Basaglia, welcher als Psychiater und Neurologe tätig war, schloss Ende der 60er-Jahre die psychiatrischen Kliniken in Italien und baute anhand von kreativen Ateliers und Arbeitsgemeinschaften ein neues System auf. In den darauffolgenden Jahren besuchte Basaglia das Universitätsspital in Bern, worauf sich die Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie

von seiner Reform inspirieren liess und eine Kommission für Sozialpsychiatrie schuf, welche Tageszentren, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, psychosoziale Dienste, sowie Arbeitsplätze forderte (Scarcelli, 2018). Auch Luc Ciompi schreibt, dass die Psychiatrien in der Schweiz in den 60er-Jahren spitalzentriert waren. Zu dieser Zeit gab es einzig dünn besetzte Aussenstellen, welche als städtische psychiatrische Polikliniken organisiert waren, doch für chronisch erkrankte Menschen sorgte noch immer die Familienpflege. 1984 wurde die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) gegründet, wodurch der Zusammenhang zwischen der sozialen Umwelt und psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewonnen hat, denn die Sozialpsychiatrie wurde 1993 an einer Generalversammlung wie folgt definiert: *„Die Sozialpsychiatrie ist diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, deren Ziel es ist, Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen in ihren Wechselwirkungen mit der sozialen Umwelt zu behandeln und zu verstehen.“* (Zitiert nach Ciompi, 2010)

Mit dieser Definition wird der Doppelaspekt vom „Verstehen“ und „Behandeln“ betont, wobei sowohl praktisch-therapeutische, als auch forschungs- und theorieorientierte Zielsetzungen bedeutend sind. Ebenfalls wird von einer Behandlung in und mit dem sozialen Umfeld ausgegangen. Die Umstrukturierung zur Sozialpsychiatrie bedingt auch spezifische Infrastrukturen wie Teilzeit- & Übergangsstationen (Tageskliniken, Rehabilitationszentren, geschützte Wohn- und Arbeitsorte, quartierzentrierte Ambulatorien, Kriseninterventionsstationen). So gründete Luc Ciompi 1984 die Soteria in Bern, welche den Ansatz und die Leitgedanken der Sozialpsychiatrie vertritt (Ciompi, 2010). Weiter wurden sogenannte Gemeindepsychiatrien errichtet, welche sich von den herkömmlichen psychiatrischen Institutionen insofern abgrenzten, dass sie den Fokus auf das Quartier, den Stadtteil oder eben die Gemeinde eines psychisch erkrankten Menschen richten und ausserhalb des Klinikgeländes im Lebensraum der Betroffenen verschiedene Angebote etablieren. Das Personal setzt sich hierbei grösstenteils aus Sozialarbeitenden zusammen (Walther, 2017, S. 33).

### 3.2 Kritik an der Psychiatrie

Stefan Weinmann kritisiert die (biologische) Psychiatrie in seinem Buch „Die Vermessung der Psychiatrie“ anhand des Phänomens der Täuschung und Selbsttäuschung. Dabei weist er in einem ersten Schritt darauf hin, dass (Selbst-)Täuschung nicht nur negative Auswirkungen auf unser Leben hat, sondern bis zu einem gewissen Grad sinnvoll und alltäglich ist, da es unter anderem unser Selbstbild schützt. Da solche (Selbst-)Täuschungen zur Normalität gehören, sind sowohl einzelne Menschen wie auch Gruppen und Professionen von diesen betroffen, weshalb sie auch in der Psychiatrie entstehen. Weiter beschreibt er den stetigen Kampf um Anerkennung der Psychiatrie als medizinische Disziplin und gegen die Übernahme durch andere wissenschaftliche Fachrichtungen wie beispielsweise der Neurobiologie oder Psychologie. Weinmann betont den Unterschied zur somatischen Medizin, welche körperliche



Verletzungen erklären, diagnostizieren und behandeln kann, was teils bei (schweren) psychischen Erkrankungen trotz jahrelanger und teurer (biologischer) Forschung noch immer nicht möglich ist (Weinmann, 2019, S. 8-13).

So sind psychiatrische Forscherinnen und Forscher, Vertretende von Psychotherapieschulen und Medikamentenhersteller, sowie viele weitere Interessengruppen darum bemüht, Studienergebnisse zu publizieren, welche nach Weinmann nur halb wahre oder gar falsche Hypothesen über die Ursache und Behandlung von psychischen Krankheiten beinhalten. Denn viele Studien gehen davon aus, dass rezidivierende psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depression oder Schizophrenie ihren Ursprung im Gehirn hätten, wodurch diese Beeinträchtigungen als äussere Verletzungen angesehen werden und durch (langjährige) medikamentöse Therapie, sowie teils psychotherapeutisch behandelt werden, um mögliche Rückfälle zu verhindern. Dabei ist zu beachten, dass die Medikamente, welche bei psychischen Erkrankungen zum Einsatz kommen, weitreichend die Gehirne von Betroffenen beeinflussen, was den Blick auf psychische und / oder soziale Konflikte verzerrt. Weinmann erklärt die hohe Vulnerabilität in den Krankheitsverläufen sowie die mässige Wirksamkeit unserer psychiatrischen Therapien anhand von drei Punkten: Erstens gäbe es keine kategorial abgrenzbare psychiatrische Erkrankung, zweitens würden Menschen Rückfälle erleiden, da sie keine gute Therapie zur Verfügung hätten oder die Therapie selbst krank mache und drittens seien Medikamente zu hoch dosiert oder würden über einen zu langen Zeitraum verabreicht werden. Der Einsatz von individualpsychotherapeutischen Gesprächen sei bei sozial desintegrierten Menschen nicht hilfreich, da diese in ihrem gesamten Beziehungsgeflecht aus der Bahn geworfen seien, worauf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur begrenzten Einfluss hätten (Weinmann, 2019, S. 13-16).

Was die Wirkung der medikamentösen Behandlung ebenfalls in Frage stellt, ist der Vergleich von Jablensky et al. aus dem Jahr 1992 zwischen industrialisierten Ländern, welche Medikamente grösstenteils in die Behandlung von psychisch Beeinträchtigten integrieren mit Entwicklungsländern, welche von der Medikamentenabgabe ganz absehen oder diese nur für einen kurzen begrenzten Zeitraum in die Behandlung miteinbeziehen. Der Prozentsatz von Menschen mit nur einer einzigen psychotischer Episode lag in Aarhus (Dänemark) nach zwei Jahren bei lediglich 28.5%, in Chandigarh (Indien) betrug dieser 75%. Weiter verschwanden nach Jablensky die Symptome einer psychotischen Episode im ländlichen Chandigarh bei über der Hälfte der Betroffenen, nämlich 54%, wohingegen nur 5.7% der Menschen in Nagasaki (Japan) eine Remission erlebten (zitiert nach Weinmann, 2019, S. 17). Weinmann zeigt dabei anhand einer WHO-Studie auf, dass lediglich 2.6% der Patientinnen und Patienten in Agra (Indien) und 16.5% in Chandigarh Neuroleptika während mindestens drei Viertel des Behandlungszeitraumes erhielten, während in Honolulu (Hawaii) bei 34.5% und in Moskau (Russland) gar bei 87.8% aller Patientinnen und Patienten Antipsychotika in die Therapie

während desselben Behandlungszeitraums integriert wurden (Weinmann, 2019, S. 17-18). Diese Ergebnisse stören das biologische Krankheitsbild von psychiatrischen Fachleuten, weshalb oft versucht wird, die Ergebnisse damit zu erklären, dass es sich in den Entwicklungsländern eventuell gar nicht um die Krankheit „Schizophrenie“ handelte. Ebenfalls werden die Ergebnisse mit gesellschaftlichen Unterschieden zwischen Entwicklungs- und Industrieländern begründet; so würden Familien in Entwicklungsländern inklusiver leben und in der Gesellschaft seien weniger Stressfaktoren vorhanden. Doch keine Erklärung konnte die Ergebnisse weitreichend widerlegen, weshalb der oben beschriebene Befund aus dem kollektiven Gedächtnis der Psychiatrie verschwand (Weinmann, 2019, S. 17-18).

Weiter werden in Industrieländern psychische Erkrankungen immer früher behandelt, weshalb uns natürliche Verläufe einer Krankheit kaum mehr bekannt sind. Bringt eine Therapie nicht die gewünschte Wirkung mit sich, so wird dies meist mit der Compliance, d. h. mit der Behandlungsbereitschaft der Patientin, bzw. des Patienten begründet (Weinmann, 2019, S. 18). Die Problematik, dass Fachpersonen der Psychiatrie sowohl die Ergebnisse von Jablensky widerlegen möchten und Therapiemisserfolge mit der (unzureichenden) Therapietreue der Patientin oder des Patienten begründen, erklärt Weinmann anhand der kognitiven Strategie „self-serving bias“. Das bedeutet, dass wir Menschen Erfolge uns selbst anrechnen und die Gründe für Fehlschläge in unserer Umwelt suchen und externalisieren. Diese Strategie setzen auch forschende Psychiaterinnen und Psychiater, bzw. forschende Therapeutinnen und Therapeuten um, welche auf Forschungsgelder und Anerkennung der akademisch universitären Psychiatrie angewiesen sind, weshalb der Wandel der Psychiatrie von der Basis aus, d.h. von Betroffenen und psychiatrisch Tätigen, welche in direktem Patientenkontakt stehen, gestaltet werden muss und auch gestaltet wird (Weinmann, 2019, S. 20-21). Weinmann beschreibt in seinem Buch zentrale Paradigmen und deren Aspekte der (Selbst-)Täuschungen, wie die bereits erwähnte Annahme, dass die Ursache für (schwere) psychische Leiden das Vorliegen einer Gehirnerkrankung sei und weiter die damit verbundene Therapie mit starken Medikamenten. Dennoch seien psychische Erkrankungen trotz des vermeintlichen Erfolgs der Hirnforschung heute nicht besser diagnostizier- oder behandelbar geworden, mit einigen Ausnahmen wie der Alzheimer-Demenz oder Abhängigkeitskrankheit, wobei aber seit Jahren unumstritten ist, dass diese Gehirnerkrankungen sind (Weinmann, 2019, S. 40).

### 3.3 Medizinisch vs. Sozial

Die „Wir“- und „Sie“-Schemata in der Psychiatrie, welche Weinmann beschreibt, zeigen auf, wo die Schwierigkeiten bezüglich der Unterscheidung von medizinischer vs. sozialer Behandlung zu sehen sind. Die Psychiatrie versteht sich als medizinische Disziplin und gleicht in ihrer Arbeitsweise, ihren Aufgaben, Ritualen und diagnostischen Ordnungssystemen (wie den Klassifikationssystemen ICD-11 und DSM) der somatischen Medizin erheblich

(Weinmann, 2019, S. 27). Er beschreibt weiter, dass die Kategorisierung der psychischen Erkrankungen in Diagnosen und Verschreibung der dazugehörigen Therapie ebenfalls aus der somatischen Medizin stammt. So versucht das psychiatrische Fachpersonal, Symptome in vorgegebenen Einheiten zu verorten, um anhand dessen Betroffene zu therapieren. Damit legitimiert die Psychiatrie biologische oder psychotherapeutische Interventionen (S. 29). Weinmann beschreibt einen reproduzierenden Mechanismus, dass Auffälligkeiten von den Betroffenen sowie deren Angehörigen bereits vor dem Kontakt mit einer Ärztin oder einem Arzt als eine psychische Erkrankung wahrgenommen und bewertet werden. So präsentieren sich Betroffene bereits dementsprechend vor dem psychiatrischen Fachpersonal, was die Einordnung in eine Krankheits“einheit“ vereinfacht (Weinmann, 2019, S. 30).

Ebenfalls unterscheidet die psychiatrische Fachdisziplin von der somatischen Medizin, dass in der letzteren die Pathologie immer dieselbe ist. Es spielt keine Rolle, ob ein Knochenbruch in der Wohnung der Patientin, des Patienten, im Spital oder in der Wüste diagnostiziert wird, es bleibt ein Knochenbruch. Psychische Erkrankungen hingegen existieren nur durch das soziale Umfeld der Betroffenen, da psychische Leiden wie beispielsweise „Depression“ oder „Wahn“ sozial konstruiert sind und wenn Verhaltensauffälligkeiten niemand wahrnehmen kann, diese auch nicht existieren. Diese Unterscheidung in der Pathologie zwischen somatischer und psychiatrischer Medizin veranschaulicht, weshalb es bei psychisch erkrankten Menschen bedeutend ist, dass man sich für die Behandlung auf die Betroffenen sowie ihr soziales Umfeld einlässt (Weinmann, 2019, S. 31).

Im Unterschied zur biologisch zentrierten Ansicht auf psychische Erkrankungen in der traditionellen Psychiatrie sieht die Sozialpsychiatrie in einem psychisch erkrankten Menschen eine biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und sozialen Bedingungen. So ist die Erkrankung aus dieser Sichtweise nie von der jeweiligen psychosozialen Situation losgelöst. Diese kann als Mitauslöser, wie auch als Konsequenz der Erkrankung betrachtet werden. So muss die soziale Dimension als therapie relevant anerkannt werden (Walther, 2017, S. 32-33). International ist das Konzept eines integrativen, d. h. eines bio-psycho-sozialen Modells des Menschen und seiner Erkrankungen im psychiatrischen Kontext bekannt (Sommerfeld & Hierlemann, 2004, S. 326). Aus sozialarbeiterischer Sicht ist hier zudem zu erwähnen, dass dieses Modell ergänzt werden und von einem „bio-psycho-sozial-kulturellen Modell“ gesprochen werden müsste, da die Differenzierung von Gesellschaften und die zunehmende Multikulturalität eine grosse Rolle in der Praxis der Sozialen Arbeit spielen (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 10).

Als eine spezifische soziale Unterstützungsmöglichkeit in der Psychiatrie in (psycho-)sozialen Problemlagen gilt die Soziale Arbeit, welche sich zwischen wertgeschätzter Hilfe und untergeordneter Hilfsfunktion bewegt. Trotz Anerkennung und Wertschätzung bildet sie keinen eigenständigen und zum medizinisch-therapeutischen Zuständigkeitsfeld komplementären

Funktionsbereich. Sie soll innerhalb des Einrichtens einer psychiatrischen Versorgungskette bei Bedarf unterstützend wirken, sodass eine betroffene Person nach dem Klinikaufenthalt versorgt ist. Die soziale Dimension bleibt also beim psychiatrischen Fachpersonal (Therapeutin oder Therapeut bzw. Medizinerin oder Mediziner als umfassende Expertin oder Experte), das im Kontext von Anamnese, Diagnose und Indikationsstellung alle Problemfaktoren (auch soziale) erfassen kann. Somit wird die Soziale Arbeit auf eine Hilfsfunktion reduziert. In anderen Worten: „Ein wesentlicher Teil der sozialarbeiterischen Kompetenz wird fremdbestimmt, was einer Entwertung ihrer Expertise gleichkommt, die auf der anderen Seite hoch geschätzt wird“ (Sommerfeld, Hollenstein & Krebs, 2008, S. 9). Dies sei eine Folge der noch nicht vollständig ausgebauten sozialen Dimension und der fehlenden interprofessionellen Prozesse und Strukturen der Zusammenarbeit (Sommerfeld, Hollenstein & Krebs, 2008, S. 9).

### 3.4 Entstehung Hilfsangebote

Der Wandel der Psychiatrie durch die Erweiterung in sozialpsychiatrische Ansätze begünstigte die Entstehung von verschiedenen ambulanten Hilfsangeboten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Anbei stellen wir einerseits die Selbsthilfeorganisation „Pro Mente Sana“ vor, welche eine der grössten Institutionen der Schweiz verkörpert, die sich für psychisch erkrankte Menschen einsetzt. Weiter stellen wir eine ausgewählte Kampagne der Gesundheitsförderung Schweiz vor, welche von allen deutschschweizerischen Kantonen sowie auch von Pro Mente Sana unterstützt wird: „Wie geht's dir?“. Damit möchten wir veranschaulichen, wie sich die Kantone sowie die gesamte Schweiz für ambulante Hilfsangebote insbesondere im Bereich der Peer-Arbeit einsetzen und diese auch umsetzen.

#### 3.4.1 Pro Mente Sana

Pro Mente Sana setzt sich seit 1978 für psychisch beeinträchtigte Menschen in der Schweiz ein. Sie bietet direkte Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene an, beispielsweise kostenlose telefonische Beratung bei psychosozialen oder rechtlichen Fragen. Ihr Angebot erweiterte die Stiftung ab 2015 mit psychosozialer e-Beratung durch Peers und Fachpersonen. Mit Informationsbroschüren engagiert sie sich in der Öffentlichkeitsarbeit (Pro Mente Sana, n.d.).

Ausserdem sind von Pro Mente Sana zwischen 2007 bis 2009 Peers durch das Weiterbildungscurriculum „EX-IN“ qualifiziert worden (Pro Mente Sana, n.d.).

Jürg Gassmann hält in einer kurzen Arbeit die Geschichte der Stiftung „Pro Mente Sana“ von ihren Anfängen im Jahr 1978 bis ins Jahr 2010 ausführlich fest. Dabei blickt die Stiftung auf eine steinige und langwierige Entwicklung zurück. Paul Plattner gilt als Hauptgründer der Organisation. Wie sein Sohn Thomas Plattner schreibt, unterstützte sein Vater die Sichtweise der „Médecine de la Personne“ sowie der Balint-Gruppen und bemängelte die gesellschaftliche

Ausgrenzung von psychisch beeinträchtigten Menschen (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 4). Die „Médécine de la Personne“ („Medizin der Person“) geht auf Dr. Paul Tournier zurück, welcher die Problematik bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen darin sah, dass die Krankheiten eindimensional – nämlich organisch – betrachtet wurden und nie der Mensch als Ganzes im Vordergrund stand (Rüedi-Bettex, n.d.). Die Balint-Gruppen gehen auf die nach Michael Balint benannte Methode zurück. Dementsprechend erzählt in einer Gruppensitzung eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer von einer Patientin oder einem Patienten. Danach findet eine freie Diskussion statt, in der die Beziehung zwischen der Fachperson und der Patientin oder dem Patienten fokussiert wird (zitiert nach Schweizerische Balint Gesellschaft, n.d.).

Zu Beginn erhielt Pro Mente Sana am meisten Unterstützung von kirchlichen Kreisen, welche die Idee der Gründung der Stiftung sowie das Thema psychische Gesundheit und Erkrankung in ihrer Zeitschrift publik machten (Gassmann, 2011, S. 5). Niederer schreibt, dass die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie keinen Bedarf sah, auf psychiatrischem Gebiet etwas Neues zu errichten, weshalb sie die Einladung von Plattner zur Mitwirkung abgelehnt habe. Thomas Plattner erwähnt, dass die sozialpsychiatrische Ansicht den Vorstellungen seines Vaters betreffend Unterstützung und Hilfsangebote für psychisch erkrankte Menschen am ehesten entsprachen (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 6).

Eine weitere Hürde stellte die Finanzierung der Pro Mente Sana dar. Niederer und Plattner unterstreichen beide die Wichtigkeit von einzelnen Personen, welche sich für finanzielle Unterstützung einsetzten. So erfuhr die Stiftung einerseits durch die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft (SSG) und andererseits durch die Stiftung „Forum Psycho-Sociale“ Unterstützung (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 7).

Wesentlich für die Finanzierung war auch die Anerkennung der Pro Mente Sana als beitragsberechtigter Organisation der damaligen privaten Invalidenversicherung. Die Stiftung „Forum Psycho-Sociale“ sowie die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft fungierten als Stifterinnen von Pro Mente Sana (Gassmann, 2011, S. 7-8).

Folgende Aufgaben wurden bei der Gründung in den Stiftungsstatuten festgehalten: So soll sich Pro Mente Sana in der Öffentlichkeitsarbeit engagieren, die Interessen und Rechte von psychisch beeinträchtigten Menschen wahrnehmen und sich für diese einsetzen, Kontakt mit bestehenden Organisationen für psychisch erkrankte Personen pflegen und die Tätigkeiten koordinieren, die Errichtung von Institutionen fördern, welche die Integration von psychisch beeinträchtigten Menschen unterstützen und die Beratung solcher Institutionen. Weiter wurde in den Stiftungsstatuten festgehalten, dass die Stiftung die psychiatrische und psychologische Grundausbildung von Sozialarbeitenden, Heimleitenden etc. fördern soll und die Beziehungen sowie Zusammenarbeit mit anderen sozialen, medizinischen und pädagogischen Organisationen wie auch die internationalen Beziehungen pflegen soll (zitiert nach Gassmann,

2011, S. 8-9). Niederer schreibt, dass an der Gründungsveranstaltung, welche anfangs des Jahres 1978 stattfand, überraschend viele Teilnehmende anwesend waren; in der Pause fand sogar eine Pressekonferenz statt (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 10).

Insgesamt weckte die Gründung von Pro Mente Sana viele neue Hoffnungen. So zeigte ein Zeitungsartikel aus dem Jahr 1978 auf, welche vielfältigen Aufgaben die Stiftung erreichen soll und wo die Kritik an den psychiatrischen Institutionen zu sehen ist. Die Frage nach den Massnahmen für die Integration von psychisch erkrankten Menschen und deren Zeitpunkt beschäftigte auch den Nationalrat noch im selben Jahr, wonach die Nationalräte Brosi und Tanner zur Erkenntnis gelangten, dass Massnahmen möglichst früh, am besten bereits bei Behandlungsbeginn einsetzen sollen (Gassmann, 2011, S. 11).

Die älteren Jahresberichte aus den 80-Jahren halten fest, dass es für die Stiftung bedeutend war und ist, in allen drei Sprachregionen der Schweiz aktiv zu sein. So hat Pro Mente Sana zu dieser Zeit die ersten Bemühungen getätigt, sowohl im Tessin wie auch in der Westschweiz je ein Regionalsekretariat zu errichten. In den Berichten wird auch das Radioprojekt ausgeführt, welches die Stiftung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt hat. In der Radiosendung „Wie weiter?“ stellten Betroffene ihre Lebensgeschichte mit ihren persönlichen Problemen und einem bestimmten Hilfsbedürfnis dar. Damit wollte Pro Mente Sana die Hauptprobleme bei der Integration aufzeigen und diese schrittweise lösen (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 13-14).

Aus den Jahresberichten der 90er-Jahren ist zu entnehmen, dass zu dieser Zeit eine Reorganisation der Stiftung erfolgte, was zu einer klareren Fokussierung von Pro Mente Sana auf die Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen führte. So konnte die Stiftung 1992 den Verein „Nordlicht“ in Zürich eröffnen, welcher als Begegnungsort für Menschen mit Psychiatrieerfahrungen dient. Pro Mente Sana setzte sich auch für verschiedene Volksabstimmungen erfolgreich ein und baute ihren Informationsbereich personell aus, um die Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken (zitiert nach Gassmann, 2011, S. 20-26).

Ebenfalls ist es Pro Mente Sana zu einem grossen Teil zu verdanken, dass die Recovery-Idee in der Schweiz bekannt wurde. Sie veröffentlichte im Jahr 2006 eine DVD, auf der acht Frauen und Männer ihre Genesungsgeschichte erzählen (Gassmann, 2011, S. 32).

Pro Mente Sana setzt sie sich bis heute dafür ein, dass jeder Mensch in der Schweiz ein würdiges und erfüllendes Leben bei guter Gesundheit führen kann, wofür es nach der Stiftung eine Basis an materieller Grundversorgung, für jede und jeden eine sinnstiftende Aufgabe und die Einbindung von jedem Gesellschaftsmitglied in einen Kreis von Mitmenschen, wo sie oder er sich wohlfühlt, benötigt (Pro Mente Sana, 2018).

Trotz herausfordernden Anfangszeiten und verschiedenen Meilensteinen in der Entwicklung hat sich Pro Mente Sana zu einer nicht mehr wegzudenkenden und einflussreichen Institution entwickelt, mit Nähe zu psychisch kranken Menschen.

### 3.4.2 Kampagne: „Wie geht's dir?“

Zur Förderung der psychischen Gesundheit unterstützt und finanziert die Gesundheitsförderung Schweiz die Kampagne „Wie geht's dir?“ über drei Jahre hinweg, nämlich zwischen 2018 und 2021 (Gesundheitsförderung Schweiz, n.d.).

Anlässlich des Internationalen Tages der psychischen Gesundheit wurde die obengenannte Kampagne im Oktober 2018 lanciert. Dabei schreibt die Gesundheitsförderung Schweiz, dass die letzte schweizerische Gesundheitsuntersuchung aufzeigte, dass in der Schweiz fast jede sechste Person von psychischen Erkrankungen betroffen ist. Zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren verfasste die Gesundheitsförderung Schweiz den Bericht „Psychische Gesundheit in der Schweiz“, auf welchen folgend näher eingegangen wird, da er den konkreten Handlungsbedarf im Bereich der psychischen Gesundheit darstellt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Nach diesem erwähnten Bericht gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und am stärksten einschränkenden Krankheiten überhaupt, welche einerseits verschiedene Lebensbereiche von Betroffenen beeinflussen und andererseits hohe volkswirtschaftliche Kosten verursachen; Schätzungen gehen hierbei von jährlichen Kosten von über sieben Milliarden Franken aus (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, S. 5). Zur psychischen Gesundheit gehört nach WHO nicht nur die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung, vielmehr besitzt ein psychisch gesunder Mensch ein stabiles Selbstwertgefühl, eine gefestigte Identität bezüglich ihrer oder seinen unterschiedlichen Rollen in der Gesellschaft sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle. Dabei ist zu erwähnen, dass die damit einhergehenden Emotionen wie Zuversicht, Optimismus und Ausgeglichenheit nicht zu jeder Zeit im Gleichgewicht sein müssen. Eine psychische Erkrankung ist vielmehr ein Prozess als ein Zustand (zitiert nach Bürli et al., 2015, S. 12).

Weiter führen Bürli et al. das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen aus, welches für die psychische Gesundheit bedeutend ist. Es handelt sich hierbei um innere und äussere Einflussfaktoren im physischen, psychischen und sozialen Bereich, welche insbesondere bei kritischen Lebensereignissen eine grosse Rolle spielen (Bürli et al., 2015, S. 14). Ebenfalls werden die Akteurinnen und Akteure sowie ihre Verantwortlichkeiten genannt. So soll der Bund mit gesetzlichen Grundlagen die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen sowie die Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen fördern. Kantone und Gemeinden schaffen spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen für Betroffene, das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) stellt einen Zusammenschluss von verschiedenen Institutionen dar, welche sich für die psychische Gesundheit in der Schweiz einsetzen und verschiedene Fachverbände werden themenspezifisch bezüglich der psychischen Gesundheit aktiv (Bürli et al, 2015, S. 28, 34-35).

Als ein weitreichendes Problem stellt nach Pro Mente Sana und den Kantonen der Arbeitsstress dar, viele Betroffene würden demnach „schweigen und leiden“ und hätten Schwierigkeiten, über ihr psychisches Tief zu sprechen, da sie Angst haben, als nicht leistungsfähig und schwach abgestempelt zu werden. Die Kampagne „Wie geht's dir?“ soll zu einem offenen Umgang mit psychischem Leidensdruck verhelfen und Betroffene niederschwellig über das Internet erreichen. In einer digitalen Mitteilung wird davon gesprochen, dass Menschen, welche aufgrund ihrer Arbeit in einem psychischen Tief stecken, einerseits das Bedürfnis verspüren, über ihre Lage zu sprechen und sich andererseits vor den Reaktionen fürchten. Die Kampagne stellt eine Neuauflage der im Jahr 2014 lancierten Kampagne „Wie geht's dir?“ dar und will die Gesellschaft vermehrt für psychische Leiden sensibilisieren. Über psychische Belastungen zu reden soll demnach selbstverständlicher werden, wodurch raschere Hilfe ermöglicht werden kann. Zusätzlich verhilft diese Kampagne der Entstigmatisierung und stellt auf ihrer Website konkrete Gesprächstipps und Handlungsmöglichkeiten vor (Gesundheitsförderung Schweiz, n.d.).

Bereits auf der Startseite von der Kampagne „Wie geht's dir?“ erscheint dieselbe Frage und man kann zwischen drei Antworten auswählen – es geht einem nicht so gut, es geht einem selbst gut, macht sich aber Sorgen um eine Drittperson oder es geht einem gut und es soll in Zukunft so bleiben. Je nachdem wie man die Frage beantwortet, erscheinen weitere spezifische Auswahlmöglichkeiten, beispielsweise um welchen Lebensbereich es sich handelt. Je nach Antwort bietet die Website wichtige Informationen dazu, wie man Gespräche herbeiführt, was wichtig zu beachten ist oder auch, wie man selbst für die Stabilität der eigenen psychischen Gesundheit sorgen kann. Neben diesen konkreten Hilfestellungen werden verschiedene Publikationen über die psychische Gesundheit veröffentlicht um die Gesellschaft auf psychische Belastungen zu sensibilisieren. Sie bietet zudem Anregungen für die psychische Gesundheit und liefert wichtige Adressen und Kontakte am Wohnort, wenn jemand spezifische Unterstützung sucht. Weiter stellt sie Broschüren und Unterrichtsmaterial kostenlos zur Verfügung (Wie geht's dir?, n.d.).

Mit Hilfe dieser Kampagne können Betroffene in verschiedenen Lebensphasen erreicht werden und zusätzlich unterstützt sie die Entstigmatisierung und Sensibilisierung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft.

Im nächsten Kapitel wird das Konzept der Peer-Arbeit und deren Handlungsfelder näher beschrieben. Die Peer-Arbeit wird in ein Verhältnis mit der Sozialen Arbeit gesetzt und es werden für das Konzept relevante Begriffe definiert.



## 4. Peer-Arbeit

### 4.1 Peer-Arbeit in der Praxis

Nach Debyser et al. (2019, S. 560) werden Peers in der psychiatrischen Versorgung immer häufiger gebraucht. Auch Burr & Winter (2016, S. 123) berichten von einer Verbreitung der Peer-Arbeit im europäischen Raum, also auch in der Schweiz. Peer-Arbeit wurde in den letzten Jahren immer bekannter. Im Jahre 2010 hat die EX-IN-Weiterbildung in Bern gestartet. 2010 wurde ein lokales Recoverygruppen-Projekt mit dem Berner Pflegepreis ausgezeichnet. In der Laudatio stand: „Das Projekt beschreibt, wie im akutpsychiatrischen Alltag vom Pathogenese zum Salutogenesemodell gewechselt werden kann“ und dass „die Anstellung einer Betroffenen als Expertin [...] die Voraussetzung für den Abbau des Gefälles zwischen Betroffenen und Professionellen“ schafft (zitiert nach Burr & Winter, 2016, S. 123-124). „Gefragt ist nicht was krank macht, sondern wie es Menschen schaffen, gesund zu bleiben trotz unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen“ (Keupp, 2007, S. 6). So entsteht eine Abkehr der Pathogenese und es entwickelt sich ein neues Verständnis: Aus eigenen und auch aus Erfahrungen anderer kann man etwas lernen. Ich kann etwas tun, um gesund zu bleiben (Achberger, 2019, S. 246).

#### 4.1.1 Ausbildung

In der EX-IN-Ausbildung sollen die angehenden Expertinnen und Experten aus Erfahrung lernen, ihre Erlebnisse zu reflektieren und sich darauf aufbauend ein Expertenwissen aneignen. Die Ausbildung beinhaltet Folgendes:

- Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden
- Trialog
- Recovery und Recovery-orientiertes Assessment
- unabhängige Fürsprache
- Selbstforschung
- Beraten und Begleiten
- Krisenintervention
- Lernen und Lehren

Die Ausbildung erstreckt sich dabei über 42 Tage, nach denen man das Weiterbildungszertifikat „Experienced Involvement“ erlangen kann und kostet CHF 12'000.- (EX-IN, n. d.).

„EX-IN“ leitet sich, wie bereits erwähnt, aus „Experienced Involvement“, also „Expertinnen und Experten durch Erfahrung“ ab und basiert auf den Ansätzen der Recoverybewegung (siehe Kapitel 4.3.1). In Deutschland wurde die Bewegung durch den Bremer Träger F.O.K.U.S seit

2005 bundesweit bekannt. Dadurch, dass ein Mensch eigene Erfahrung mit psychischen Krisen und ihrer Bewältigung gemacht hat, hat sie oder er ein erweitertes Verständnis von psychischen Störungen. Zudem hat dieser Mensch eigenes Wissen über genesungsfördernde Faktoren und der Entwicklung eigener Methoden gesammelt. Dieses Wissen soll durch diese "Expertinnen und Experten durch Erfahrung" weitergegeben werden und bringt somit unterstützende Haltungen, Methoden und Strukturen in die bestehende Versorgung ein (Heim, Heissler, Prins & Zechert, 2019, S. 799). Beispielsweise wird in der EX-IN-Ausbildung die Sicht auf die eigene Erkrankung verändert.

### 4.1.2 Arbeitsfeld/Aufgabe

In der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene in Bern (UKPP) gibt es mittlerweile bereits zwei Recoverygruppen, die von Peers geleitet werden. Ausserdem gibt es eine Elterngruppe und Sprechstunden für Einzelpersonen, welche von Peers angeboten werden. Auch im ambulanten Bereich der UKPP werden Gruppen (vier von Peers geleitete Gruppen) und Einzelberatungen angeboten (Burr & Winter, 2016, S. 126-129).

Im Jahre 2019 ist der erste Artikel der 2017 von der Pflegeforschung der Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) initiierten nationalen Umfrage zu Peer-Arbeit erschienen. Dieser zeigt auf, dass ungefähr 125 Peer-Mitarbeitende mit einer EX-IN-Qualifizierung in der Schweiz arbeiten. Die Arbeit als Peer empfinden sie als sinnstiftend und bewerten diese mit einer hohen Zufriedenheit. Die meisten Peers arbeiten im 1:1-Kontakt mit den Klientinnen und Klienten oder betätigen sich in der Weiterbildung. Peers arbeiten mehrheitlich im Bereich der Erziehung, selten in Politik oder Forschung (Burr et al., 2019, S. 212-214).

The results of our survey suggest that the peer workforce in the German-speaking region of Switzerland has developed considerably in the last 10 years, and the well-established peer training programme prepares the participants for their work in the mental health field. Nevertheless, political commitment should be increased to develop legal requirements and stipulations. This would contribute further to establishing PSW ["peer support work"] in Switzerland and to increasing the employment of PSSs ["peer support specialists"] not only in mental health services, but also in education, politics, and research. Moreover, regulations and policies addressing the obtainment and reduction in IV pensions should be flexible enough to assist PSSs, as well as other workers, in their return to work. Additionally, in the German-speaking region of Europe, larger, more advanced, and re-occurring surveys should be conducted to better understand the development and actual situation of the PSW workforce. (Burr et al., 2019, S. 220)

## Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

### 4.1.3 Zusammenarbeit mit dem professionellen Team

Um die Erfahrungen zur Peer-Arbeit in der Schweiz zu erfassen, wurden Fachpersonen und Peers zur Zusammenarbeit befragt. Die befragten Peers erläuterten, dass die Fachleute der Peer-Arbeit zu Beginn recht skeptisch gegenüberstanden, weshalb es Zeit brauchte, bis die Zusammenarbeit funktionierte. Nach einer gewissen Zeit normalisierte sich die Zusammenarbeit meistens und die Peer-Arbeit etablierte sich im Behandlungskonzept. Die befragten Fachpersonen gaben an, dass Peers heutzutage einen festen Platz im Team hätten. Peer-Arbeit werde respektiert und wertgeschätzt. Peers würden gleich behandelt wie alle anderen im Team (Burr & Winter, 2016, S. 130-131). Auch Fachpersonen berichteten über viele positive Erfahrungen mit Peers. Schwierig sei es jedoch, wenn Peers grundsätzliche, sehr allgemeine Kritik an der Psychiatrie äusserten. Auch wenn Peers während der Arbeit in eine Krise gerieten, könne das problematisch sein. Dabei sei vor allem unklar, welche Rolle die Fachpersonen einnehmen sollten. Peers gaben an, dass das Pflegefachpersonal ihre Lösungsvorschläge nicht immer annehme. Gestört haben sich Peers auch an teilweise unterschwelligem, fast herablassendem Verhalten seitens des Pflegefachpersonals (Burr & Winter, 2016, S. 132).

In einer empirischen Untersuchung im Jahre 2009 von Moran sowie in einer Studie von Walker & Bryant im Jahre 2013 wird angemerkt, dass sich die Forderung nach „gleicher Augenhöhe“ zwischen Peers und Fachkräften in der Praxis oftmals schwierig gestaltet. Der Übergang von Patientin oder Patient zu Peer sei durch die Konfrontation mit teilweise indirekten, aber auch direkten diskriminierenden Äusserungen erschwert (zitiert nach Bezirk Oberbayern, 2015, S. 14). Einerseits haben Peers das Gefühl, ein Teil des Teams zu sein, aber andererseits den Eindruck, einen geringeren Status als die professionell ausgebildeten Mitarbeitenden einzunehmen (Mowbray, zitiert nach Bezirk Oberbayern, 2015, S. 14). Das traditionelle Rollenverständnis von Helferinnen, Helfern und Hilfsbedürftigen erschwert den Aufbau einer Berufsrolle als Peer (Jahnke, 2014, S. 37). Da Peers oftmals einen ressourcen- und stärkenorientierten Blick haben, können Fachkräfte angemessenere Lösungsideen finden und einen anderen Blickwinkel einnehmen (Amering, 2009, S. 59). Peers und Fachkräfte profitieren insgesamt voneinander (Jahnke, 2014, S. 40).

## 4.2 Peer-Arbeit und Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Um die Peer-Arbeit und die Soziale Arbeit in einen Vergleich zu setzen, wird vorerst kurz auf das professionelle Selbstverständnis Sozialer Arbeit eingegangen. Anschliessend werden sowohl das Verständnis der Sozialen Arbeit sowie auch der Peer-Arbeit in der Psychiatrie erläutert, welche wir in einem nächsten Schritt in ein Verhältnis zueinander setzen. Zum

Schluss führen wir verschiedene Ansätze aus, welche sowohl in der Sozialen Arbeit wie auch in der Peer-Arbeit eine bedeutende Rolle spielen.

### 4.2.1 Selbstverständnis Sozialer Arbeit

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental. (Avenir Social, Berufskodex, 2010, S. 8-9)

Unter Sozialer Arbeit versteht man also einerseits die Praxis in verschiedenen Arbeitsfeldern und Einrichtungen, aber andererseits auch die Theorie einer akademisch-wissenschaftlichen Fachdisziplin (Walther, 2017, S. 19). Soziale Arbeit kann die widerstreitenden Interessen der Gesellschaft ausgleichen und damit einen Beitrag zur Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft leisten, sie kann aber auch einseitig Partei für ihre Klientinnen und Klienten ergreifen. „Beispielsweise betreut Soziale Arbeit psychisch kranke Menschen in beruflichen Qualifizierungsangeboten. Das hilft zum einen konkret einzelnen Menschen, die nur schwer oder gar keinen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt finden können und zum anderen hilft es der Gesellschaft, Folgekosten von Arbeitslosigkeit zu verringern.“ (Walther, 2017, S. 20)

### 4.2.2 Verständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Walther und Deimel beschreiben, dass die Psychiatrie im deutschsprachigen Raum erst im Jahr 1990 zum Arbeitsfeld für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wurde. Dabei sei die Aufgabe einer klinischen Sozialarbeit in der Prävention und Verbesserung von (psycho-) sozialen Belastungen sowie die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten von psychisch erkrankten Menschen zu sehen. Weiter beschreiben sie verschiedene Arbeitsfelder, wo psychiatrisch arbeitende Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zum Einsatz kommen, wie beispielsweise in der Suchtkrankenhilfe, präventiver Gesundheitsfürsorge mit benachteiligten Personen sowie in der sozialpsychiatrischen Versorgung (Walther & Deimel, 2017, S. 38-40). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, welche in der klinischen Sozialarbeit tätig sind, bedienen sich an verschiedenen „Psychosozialen Interventionsformen“, welche nun kurz dargestellt werden, da sie mit dem Verständnis der Peer-Arbeit verglichen werden können. Als erstes werden die aufsuchende Sozialarbeit und niedrigschwellige Basisversorgung genannt, welche das Aufsuchen von spezifischen Gruppen im öffentlichen oder privaten Raum meint und einen lebensweltnahen Zugang darstellt. Damit werden Klientinnen und Klienten erreicht, welche von der allgemeinen Gesundheitsversorgung kaum bis gar nicht erreicht werden.

Durch die Niederschwelligkeit kann vor Ort eine Basisversorgung der Betroffenen gewährleistet werden, wie beispielsweise in Kontakt- und Notschlafstellen. Bei der psychosozialen Diagnostik handelt es sich um die Erfassung und Analyse der Lebenssituation und Biografie einer Klientin oder eines Klienten, welche soziale und gesundheitsrelevante Faktoren erkennt (Walther & Deimel, 2017, S. 40). Durch die psychosoziale Beratung und Einzelhilfe erfahren Klientinnen und Klienten eine direkte Unterstützung, bei welcher verschiedene Verfahren und spezifische Methoden, wie beispielsweise klientenzentrierte und motivierende Gesprächsführung sowie des Casemanagements zum Einsatz kommen. Weiter führen Sozialarbeitende in der Sozialtherapie klassische sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten mit therapeutischen Interventionen zusammen. In der Sozialen Gruppenarbeit können Betroffene voneinander profitieren und sich über die eigene Lebenssituation austauschen. Als letzter Punkt wird die Evaluation genannt, wobei es darum geht, dass die Ziele und jeweiligen Massnahmen regelmässig überprüft und angepasst werden (Walther & Deimler, 2017, S. 40-41).

Weiter möchten wir hier nochmals die soziale, psychische und ökologische Wechselwirkung betonen, welche bereits unter dem Kapitel 3.3 angesprochen wurde. Wie schon beschrieben, wird diese Sichtweise in der biologisch-medizinischen Perspektive ausgeblendet. Dennoch sind für die psychische Gesundheit sowohl biologische als auch soziale Faktoren und Umweltbedingungen bedeutend (Walther & Deimler, 2017, S. 42). Auch die Person-in-Environment-Konzeption geht davon aus, dass Sozialarbeitende ihr Klientel in ihrer ganzen ökosozialen Lebenswelt wahrnehmen, wobei Kondrat beschreibt, dass der Umweltaspekt „soziale, wirtschaftliche, politische, kommunale, historische, religiöse, physische, kulturelle und familiäre Dimensionen“ beinhaltet und sich die Person und die Umwelt in einem Austauschprozess befinden, wodurch sie sich gegenseitig beeinflussen (zitiert nach Walther & Deimler, 2017, S. 43). Deshalb sei es bedeutend, dass Sozialarbeitende neben den Betroffenen auch deren Umfeld im Blick haben und dieses bei der Behandlung bzw. Beratung miteinbezogen wird (Walther & Deimler, 2017, S. 43). Ein weiterer wichtiger Punkt stellt die Lebenslage der Menschen dar, da diese Rückschlüsse auf verfügbare Ressourcen und Mittel zulässt. Lampert sagt, dass man davon ausgehen kann, dass soziale Ungleichheit die gesundheitliche Ungleichheit beeinflusst (zitiert nach Walther & Deimler, 2017, S. 44).

Die Theorie der lebensweltorientierten Arbeit nach Thiersch sollte laut Walther & Deimler massgebend sein, da diese den Alltag der Klientinnen und Klienten fokussiert, sowohl die individuelle wie auch gesellschaftliche Komponente beleuchtet, die Hilfsangebote sozialräumlich auf die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten orientiert und die Hilfe zur Selbsthilfe als wesentlich ansieht (Walther & Deimler, 2017, S. 48).

Nach Thiersch sollen Sozialarbeitende mit Klientinnen und Klienten wie mit Partnerinnen und Partnern verhandeln, dabei erachtet er die wechselseitige Anerkennung als bedeutend. Er

betont, dass es nicht das Ziel sei, dass die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter das Problem für die Klientin oder den Klienten löst, sondern durch das Verhandeln gemeinsam Lösungsvorschläge entwickelt werden können (Thiersch, 2015, S. 345). So können sich Sozialarbeitende möglichst auf eine Augenhöhe mit ihrer Klientel begeben.

Weiter möchten wir hier auf das Thema der professionellen Beziehungsgestaltung eingehen. Die Frage nach einer professionellen Nähe bzw. Distanz wird in den verschiedensten Arbeitsbereichen regelmässig thematisiert, so empfinden die einen Sozialarbeitenden Nähe im Sinne von „sich-einlassen“ als bedeutend, während andere darum bemüht sind eine professionelle Distanz zu wahren (Thiersch, 2019, S. 42). Dörr & Müller führen dabei aus, dass es sich bei diesem Thema um einen mehrdimensionalen Spannungsbereich handle, zwischen sich verstanden gegen sich bedrängt fühlen von professionellem Handeln (2019, S. 16). Utschakowski (2012, S. 306) ergänzt, dass in der Ausbildung zur Sozialarbeiterin und zum Sozialarbeiter die professionelle Distanz fokussiert wird.

### 4.2.3 Verständnis der Peer-Arbeit in der Psychiatrie

Bei der Umsetzung neuer Ideen wie Trialog, Recovery, bei der Verwirklichung niedrigschwelliger Hilfen, beim Erreichen eigensinniger Patientinnen und Patienten sowie ganz grundsätzlich als Gesundheitslotsen, Genesungsbegleiter, als Brücke und Vermittler zwischen Selbst- und Fremdhilfe spielen Peerbegleiter eine wichtige neue Rolle. (Bock & Kluge, 2019, S. 36)

Im Vordergrund der Peer-Arbeit bzw. in der Unterstützung, die sie leistet, steht statt der Anwendung professioneller Methoden der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Peers und Betroffenen (Utschakowski, 2010, S. 14).

Gerade in der (stationären) Psychiatrie sind Zusammengehörigkeitsgefühl und die Erfahrung von Solidarität und Verständnis besonders wichtig, da die Betroffenen oft stark mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung kämpfen. Viele Betroffene berichten davon, dass ihnen häufig mit Unverständnis oder gar Ablehnung begegnet wird und oft sind Psychopharmaka das Mittel erster Wahl oder gar die einzige Hilfe, trotz Psychiatriereformen und neuartigen Behandlungsformen (Utschakowski, 2010, S. 15). Eine der Aufgaben von Genesungsbegleitenden ist es, eine fehlende Verbindung (missing link) zwischen den Erfahrungen von Betroffenen einerseits und den Professionellen andererseits zu erstellen. Die fehlende Verbindung ist zurückzuführen auf fehlende Erfahrungen mit seelischen Erkrankungen und deren Bewältigung von psychiatrischen Fachpersonen, auch wenn sie über professionelles Rüstzeug verfügen. Diese Lücke kann durch Genesungsbegleitende geschlossen werden (Düzenli & Lerzer, 2014, S. 39). So beschreibt Utschakowski (2010, S. 17), dass durch Peer-Arbeit eine neue Qualität der Unterstützung entsteht, die sich als lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend auszeichnet.

Ebenfalls nennt er verschiedene Punkte, wie psychiatrisches Fachpersonal von psychiatrienerfahrenen Mitarbeitenden profitieren kann. So kann die Peer-Arbeit der Gefahr entgegenwirken, dass Defizite wie Symptome, Krankheitsbilder etc. in den Vordergrund gestellt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt sieht Utschakowski darin, dass mithilfe von Peers die, bzw. der Betroffene in den Mittelpunkt gestellt wird. So wird, unter anderem dank den Peers, nach dem Prinzip des „offenen Dialogs“ immer mehr die Patientin oder der Patient in die Entscheidung miteingebunden, das heißt es wird nicht über die Betroffene oder den Betroffenen entschieden, sondern mit ihr, bzw. mit ihm. Diese Veränderung der Sichtweise, dass Betroffene in den Behandlungsprozess integriert werden, wurde durch die Konzepte des offenen Dialogs und des Trialogs angestoßen, wobei die Klientinnen und Klienten mit ihrem ganzen sozialen Umfeld im Mittelpunkt stehen sollen (Utschakowski, 2010, S. 17).

Die Genesungsbegleitenden sprechen betreffend der professionellen Beziehungsgestaltung klar von „professioneller Nähe“. Nach Tooth, Kalyanasundaram & Glover seien Nähe, Zugewandtheit, freundschaftlicher Kontakt und Menschen, die als Personen erfahrbar sind, elementare Aspekte für eine recoveryorientierte Beziehung. Dies ergebe sich sowohl aus der Recoveryforschung als auch aus den eigenen Erfahrungen der Genesungsbegleitenden mit der Institution Psychiatrie und derer Fachpersonen (zitiert nach Utschakowski, 2017, S. 306).

### 4.2.4 Peer-Arbeit im Verhältnis zur Sozialen Arbeit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aufsuchende Sozialarbeit die sicheren Strukturen einer psychiatrischen Institution verlässt und sich in die Lebenswelt der betroffenen Menschen begibt. Dadurch schaffen sich Sozialarbeitende einen anderen Zugang zu Klientinnen und Klienten. Die beschriebene klinische Sozialarbeit ist bestrebt, durch die verschiedenen Interventionsformen die Klientin oder den Klienten als Ganzes in seinem sozialen Umfeld zu erfassen. Weiter sollen Sozialarbeitende keine vorgefertigten Lösungen anbieten, sondern Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten in einer Verhandlung mit der Klientin oder dem Klienten definieren. Auch die Peer-Arbeit stellt mit ihrem Angebot eine lebensnahe, nicht stigmatisierende Unterstützung dar, welche zwar im Gegensatz zur Sozialen Arbeit klar auf einem gemeinsamen Erfahrungshintergrund beruht, jedoch ebenfalls einen lösungsorientierten Austausch für die Betroffenen anbietet.

Was sowohl bei der Arbeit von Genesungsbegleitenden wie auch Sozialarbeitenden wichtig erscheint, ist der Einbezug der sozialen Faktoren neben der rein biologischen Sichtweise. Das Umfeld und verschiedene Umweltaspekte sowie die persönliche Lebenslage sind massgebend für das Entstehen und Bestehen einer psychischen Erkrankung. Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit legt ihren Fokus auf ähnliche Faktoren wie die Peer-Arbeit: der Alltag der Klientin oder des Klienten, die räumlich nahen Hilfsangebote und die Hilfe zur Selbsthilfe sind dabei wesentlich. Ebenfalls fokussieren sowohl Peer-Mitarbeitende wie auch Sozialarbeitende

Ressourcen im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen der Psychiatrie, welche oft die Defizite fokussieren.

Anders als bei der Peer-Arbeit sind in der Sozialen Arbeit viele verschiedene, klar vorgegebene Methoden zur Unterstützungsmöglichkeit von psychisch erkrankten Menschen vorhanden. Diese bedingen eine exakte Struktur und können so Beratungsgespräche und ähnliches massgebend beeinflussen, wo die Peer-Arbeit mit einer offeneren Haltung an Menschen herantreten kann. Weiter präsentieren sich Genesungsbegleitende offen als Menschen mit Psychiatrieerfahrungen. Dies würden wir mit der Methode der sozialen Gruppenarbeit vergleichen, da ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund Vertrauen schaffen und den Beziehungsaufbau erleichtern kann. Peers wissen aus eigenen Erlebnissen, wie es sich anfühlt, eine psychische Krise zu durchleben und zu bewältigen. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist in dem Verständnis der professionellen Beziehungsgestaltung zu sehen. Während nach Utschakowski im Studium der Sozialen Arbeit die professionelle Distanz fokussiert wird, sprechen sich Peers klar für eine professionelle Nähe aus.

Es ist festzuhalten, dass die Unterschiede in der Wahrnehmung von psychischen Störungen und der Beziehungsgestaltung zwischen Peers und Sozialarbeitenden sowie weiteren psychiatrischen Berufsgruppen die Chance bieten, eigene professionelle Grundhaltungen zu überprüfen und eventuell neu zu bestimmen. Utschakowski empfiehlt deshalb, dass Peers bereits im Anstellungsprozess von Fachpersonen beteiligt werden und als Supervisorinnen oder Supervisoren tätig sein sollen. Neben dem Beitrag zur Betroffenenansicht, können sie auch das Tabu brechen, über die eigene Nähe zu seelischen Krisen zu sprechen. Schliesslich können Peers dadurch, dass sie selbst Recovery leben, nicht nur Klientinnen und Klienten, sondern auch anderen psychiatrischen Fachkräften Hoffnung machen, dass sich Zuversicht als Grundhaltung lohnt (Utschakowski, 2012, S. 306-307).

Um die ähnliche Grundhaltung von Sozialarbeitenden und Peers in der Psychiatrie zu verdeutlichen, möchten wir nun auf zentrale Begriffe eingehen, welche häufig im Zusammenhang mit den beiden genannten Professionen oder auch der Sozialpsychiatrie benutzt werden: „Recovery“, „Empowerment“, „Trialog“ und „Salutogenese“.

### 4.2.5 Recovery

William Anthony (1993) beschreibt den Recovery-Prozess folgendermassen:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, S. 11)



Der Begriff „Recovery“ wird mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit gleichgesetzt (Knuf & Bridler, 2008, S. 24). Im Recovery-Ansatz wird die Genesung in den Mittelpunkt gestellt. Darunter wird aber nicht Symptomfreiheit verstanden, sondern vielmehr ein Prozess der Auseinandersetzung der oder des Betroffenen mit der Erkrankung, welcher dazu führt, dass trotz möglicherweise fortbestehender Symptome ein zufriedenes und hoffnungsvolles Leben geführt werden kann und dass Betroffene am Leben teilnehmen können, wie jeder andere Mensch auch (Knuf & Bridler, 2008, S. 25).

Als wichtiges Element der Recovery-Förderung sehen Knuf und Bridler die Peer-Arbeit, also die Mitarbeit von selbst betroffenen Menschen in verschiedensten Bereichen der psychiatrischen Arbeit. Sie erwähnen Studien, welche der Peer-Arbeit sogar eine bessere Wirksamkeit nachweisen als der Unterstützungen von professionell Tätigen. Knuf und Bridler plädieren aber auch darauf, dass professionell Tätige sich ihrer eigenen „Peer-Fähigkeiten“ bewusster werden sollten. Denn alle Menschen hätten psychische Krisen. Eine Reflexion eben dieser würde das Einfühlungsvermögen fördern und Nähe zu Klientinnen und Klienten schaffen. Sie kritisieren, dass professionell Tätige ihre eigenen Krisen sowohl ihren Patientinnen und Patienten, als auch Kolleginnen und Kollegen gegenüber oftmals verheimlichen oder sich dafür schämen (Knuf & Bridler, 2008, S. 29).

Recovery geht vom Genesungspotenzial von Psychiatrie-Erfahrenen aus. Schlüsselemente sind Hoffnung, Empowerment und Sinn. Amering (2006, S. 146) spricht hierbei von „Hoffnung-Macht-Sinn“. Das Recovery-Konzept vermittelt so beispielsweise den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der EX-IN-Ausbildung, dass sie der Krankheit nicht ausgeliefert sind und sich neu orientieren können (Achberger, 2019, S. 246).

### 4.2.6 Empowerment

Empowerment wird übersetzt als Emanzipation und Partizipation von betroffenen Personen auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. Empowerment kann nur bei ihnen selbst entstehen, aber durch individuelle und strukturelle Prozesse von Professionellen mitunterstützt werden (Knuf, Osterfelder & Seibert, 2007, S. 29).

Nach Knuf & Bridler (2008, S. 24) meint Empowerment die Selbstbefähigung psychiatrischer Klientinnen und Klienten, damit diese wieder über ihr Leben bestimmen können und ihnen Selbsthilfe möglich wird – besonders auch im psychiatrischen Kontext.

### 4.2.7 Trialog

Binder definiert den Trialog als „(...) ein Kommunizieren und sich in Beziehung setzen der drei grossen Personengruppierungen, die in Klinik und psychosozialem Umfeld eigene Interessen haben: Die Professionellen, die Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrenen) und deren Angehörige.“ (Binder & Bender, 2008, S. 25)

Nach Bombosch: „Der Dialog soll u.a. dazu beitragen, die ‚einseitige Definitionsmacht‘ der Professionellen demokratisch ‚aufzubrechen‘. Ziel ist ein herrschaftsfreier Diskurs.“ (Bombosch, 2002, S. 42)

Bock schreibt, dass sich mit dem Dialog und mit der EX-IN-Bewegung „die wissenschaftlich vielfach belegte Erkenntnis durch[setzt], dass subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien für Genesung (Recovery) wertvoll und wichtig sind, also die Basis aller weiteren Interventionen sein sollten“ (Bock, 2010, S. 25). Wie bereits im Kapitel 4.1 erwähnt wurde, ist aus der dialogischen Arbeit das Projekt „Experienced Involvement“ (EX-IN) entstanden – übersetzt „Einbeziehung von (Psychiatrie-)Erfahrenen“ (Heim, Heissler, Prins & Zechert, 2019, S. 799).

### 4.2.8 Salutogenese-Konzept

Das Konzept der Salutogenese wurde erstmals 1997 vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky beschrieben (Walther & Deimel, 2017, S. 43).

Der Begriff „Salutogenese“ steht dem Begriff der „Pathogenese“ gegenüber. Letztere fokussiert sich auf krankmachende Faktoren, die Salutogenese hingegen auf die Bedingungen, welche für den Erhalt von Gesundheit relevant sind. Antonovsky sieht in Gesundheit und Krankheit zwei Pole auf einem Kontinuum. Er betrachtet Krankheiten nicht als Abweichung der Norm, sondern als normalen Bestandteil vom Leben jedes Menschen. Für ihre Bewältigung ist das Kohärenzgefühl von hoher Bedeutung (zitiert nach Walther & Deimel, 2017, S. 43). Mit dem Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“) beschreibt Antonovsky, wie ein Mensch mit Herausforderungen bzw. schwierigen Situationen oder sogar mit Extremsituationen (beispielsweise kritischen Lebensereignissen wie Krankheit, Behinderung, etc.) umgeht (Antonovsky, 1997, S. 36). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den Teilkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen und wird über die gesamte Lebensspanne eines Menschen entwickelt (zitiert nach Walther & Deimel, 2017, S. 44).

In den vorangehenden Kapiteln wurde, basierend auf theoretischen Konzepten, empirischen Ergebnissen und historischen Verläufen, aufgezeigt, dass Peer-Support als eine wichtige Ergänzung der psychiatrischen Versorgung angesehen werden und in vielen Aspekten wirksam sein kann.

Im nächsten Kapitel wird anhand einer qualitativen Interviewstudie beschrieben, inwiefern drei befragte Personen diese Wirksamkeit bestätigen können, wie Peer-Support wahrgenommen wird und worin sich anhand ihrer Einschätzung Chancen und Grenzen der Peer-Arbeit zeigen.

## 5. Empirisches Vorgehen

### 5.1 Auswahl Interviewpartnerinnen und -partner

Da sich der Fokus unserer Forschungsfragen auf die Betroffenenenseite richtet, waren ursprünglich mehrere Interviews mit Betroffenen geplant, welche Peer-Arbeit in Anspruch genommen haben. Wir haben bei Bekannten und bei psychiatrischen Institutionen nachgefragt, ob sie langjährige Peers kennen, die bereit wären, uns Betroffene zu vermitteln. Dadurch konnten wir zwar einige Peers kontaktieren, doch aufgrund der Massnahmen im Rahmen der Corona-Epidemie hatten diese keine Kapazitäten mehr, uns weiterzuhelfen.

Dennoch fanden wir eine Betroffene, welche bereit war, ein Interview per Skype durchzuführen. Um das Interviewmaterial zu ergänzen haben wir uns entschieden, zusätzlich eine Peer und einen Psychiater zu interviewen. Wir haben diese gebeten, zu versuchen, im Gespräch die Perspektive von Betroffenen einzunehmen, was nicht immer gelungen ist. Dies wird im Ergebnisteil ausführlicher behandelt.

Es wurden somit drei offene, semi-strukturierte (narrative) Interviews geführt: Herr X ist Psychiater und konnte schon viele Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Peers machen. Frau Y hat die EX-IN-Ausbildung absolviert und arbeitet seit 2013 als Peer. Frau Z ist Betroffene und hat über ein Jahr Peer-Arbeit (Einzelgespräche und Recovery-Gruppe) in Anspruch genommen.

### 5.2 Datenerhebung

Aufgrund der Social Distancing-Bestimmungen wurden die Interviews per Skype geführt und anschliessend transkribiert. Die Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt und dann auf Hochdeutsch transkribiert. Es wurde wörtlich, nicht lautsprachlich transkribiert. Wortverschleifungen wurden nicht transkribiert. Die Transkriptionen befinden sich in der separaten Datei.

### 5.3 Leitfaden

Normalerweise wird bei einem Leitfadeninterview ein Leitfaden erstellt, der den Interviews zugrunde liegt. Da ähnliche oder sogar gleiche Fragen gestellt werden, lassen sich die einzelnen Interviews miteinander vergleichen.

Ein Leitfaden kann unterschiedlich aufgebaut sein. Beispielsweise ist es möglich, dass eine Liste aus vorgegebenen, offenen Fragen vorhanden ist (Frage-Antwort Schema).

Es können aber auch sogenannte Erzählaufforderungen gestellt werden, damit die befragte Person frei erzählen kann. Grundsätzlich sollten in einem Leitfadeninterview offene Fragen gestellt werden, auch sollte der Leitfaden übersichtlich sein und gut nachvollzogen werden können. Spontanität bei den Antworten sollte möglich sein (Helfferich, 2014, S. 670).

Für diese Arbeit wurde für alle drei befragten Personen ein einzelner Leitfaden erstellt, wobei aber alle Leitfäden Ähnlichkeiten aufweisen. Da wir nicht nur Betroffene befragt haben, konnten wir nicht für alle drei den gleichen Leitfaden einsetzen. Oft wurden Erzählaufforderungen gestellt und dann wurde falls nötig noch mit offenen Fragen nachgefragt. Die Leitfäden befinden sich im Anhang auf Seite 66.

#### 5.4 Auswertung

Die transkribierten Interviews wurden mit den Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet. Bei dieser qualitativen Inhaltsanalyse müssen einige Grundprinzipien beachtet werden. Anfangs werden Analyseeinheiten aufgestellt. Eingeordnet wird das Material in ein Kommunikationsmodell. Hier werden der sozio-kulturelle Hintergrund, die Wirkung des Textes und die Zielgruppe herausgearbeitet (Mayring, 2015, S. 59). Auch müssen die Schlussfolgerungen, die über das Interview hinausgehen, festgehalten werden. Für die Analyse wird ein Ablaufmodell zusammengestellt. Als Grundvorgang dieser Analyse wird die Zuordnung von Textpassagen in einzelne Kategorien bezeichnet (Mayring & Fenzl, 2014, S. 546). „Es können entweder induktiv (im Sinne zusammenfassender Inhaltsanalyse) oder deduktiv (mithilfe theoretischer Erwägungen) Hauptkategorien gebildet werden“ (Mayring, 2015, S. 87).

In dieser Arbeit wurde basierend auf dem theoretischen Hintergrund ein erstes Kategoriensystem erstellt. Dieses wurde dann anhand des analysierten Materials erweitert. Es wurde also induktiv theoriegeleitet vorgegangen.

Die Interviewtranskripte wurden von beiden Verfasserinnen unabhängig voneinander kategorisiert, danach wurden die beiden unterschiedlichen Ergebnisse miteinander verglichen. Es wurde eine Interrater-Reliabilität von 81% erreicht. Im nächsten Schritt wurden sämtliche Kategorisierungen gemeinsam besprochen und in gegenseitiger Absprache angepasst, beibehalten oder verworfen. Die finale Datengrundlage enthält 157 Kategorisierungen.

Für die Kategorienbildung wurden die einzelnen Interviews nach ähnlich formulierten Inhalten durchsucht. Es wurden acht Oberkategorien gebildet. Um eine Übersicht der sechs wichtigsten Kategorien darzustellen, werden sie nachfolgend in Tabellenform dargestellt. Anschliessend werden die einzelnen Kategorien näher ausgeführt, dies anhand von mehreren Beispielen aus den Interviews.

Eine ausführlichere Tabelle mit allen Unterkategorien und Ankerbeispielen aus den Interviews befindet sich in der separaten Datei auf Seite 19.

Oberkategorie	Beschreibung	Unterkategorien	
<b>Chancen</b>	Als positiv wahrgenommene Gelegenheiten	Chancen für Peers (weitere Unterkategorien in Tabelle 2)	Chancen für Betroffene
<b>Risiken</b>	Gefahren, Schwierigkeiten, Herausforderungen	Risiken für Peers	Risiken für Betroffene
<b>Wirkung</b>	Bewirkende Ergebnisse der Peer-Arbeit		
<b>Unterschiede zu herkömmlichen Fachpersonen</b>	Was Peers im Vergleich zu herkömmlichem Fachpersonal anbieten können		
<b>Grenzen</b>	Wenn Peer-Arbeit nicht weiter kommt/ nicht (alleine) greifen kann		
<b>Zusammenarbeit</b>	Teamarbeit von Peers und herkömmlichem Fachpersonal		

Tabelle 1: Eigene Darstellung zur Übersicht der Kategorien

## 5.5 Ergebnisse

### 1. Hauptkategorie: Chancen

Der Begriff „Chancen“ wurde gewählt, da die Frage nach Chancen der Peer-Arbeit eine zentrale Rolle in unserer Fragestellung spielt. Zwar wurden die Fragen in den Interviews so gestellt, dass vermehrt Antworten zu Chancen für Betroffene gegeben wurden, dennoch konnten in den Antworten auch einige Chancen für Peers deutlich gemacht werden. Deshalb haben wir Aussagen zu den Chancen für Peers und solche zu den Chancen für Betroffene in zwei Unterkategorien unterteilt.

## Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

### 1.1 Unterkategorie: Chancen für Peers

Insgesamt wurden nur vier von 157 Aussagen in der Kategorie „Chancen für Peers“ eingeordnet. Diese sollen deutlich machen, was für Chancen sich für Menschen durch ihre EX-IN-Ausbildung/ihre Arbeit als Peers ergeben. Gesprochen wurde unter anderem davon, dass durch die Ausbildung eine Wiedereingliederung in „das System“ gelingen konnte.

Peer: „Habe dann nur noch im Service gearbeitet und am Schluss noch als Putzfrau. Und bin dann so quasi aus dem System hinausgefallen und bin durch EX-IN dann wieder reingekommen.“

Auch wurde von der Peer erwähnt, dass sie durch die Ausbildung etwas bewirken konnte (sie hatte nämlich früher schlechte Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht). Durch die Ausbildung als EX-IN wurde eine Möglichkeit geschaffen, selber etwas in der Psychiatrie verändern zu können.

Peer: „Und dann habe ich 2011, einige Jahre später, habe ich durch die EX-IN Ausbildung eine Möglichkeit bekommen, wirklich auch zu versuchen etwas zu verändern in der Psychiatrie.“

### 1.2 Unterkategorie: Chancen für Betroffene

Hier wird erläutert, inwiefern und wie sich durch die Peer-Arbeit Chancen für Betroffene ergeben. Insgesamt wurden dieser Kategorie 37 Aussagen zugeteilt. Diese wurden nochmals auf die acht folgenden Unterkategorien verteilt.

#### 1.2.1 Chancen für Betroffene: Genesung

Dieser Kategorie wurden zwei Äusserungen zugeordnet, beide stammen von der Betroffenen. Durch diese Aussagen wird deutlich, dass die Peer-Arbeit für sie massgeblich zur Genesung beigetragen hat, sowohl Einzelgespräche mit einer Peer, als auch die Teilnahme in einer Recovery-Gruppe.

Betroffene: „(...) sie hat mir einfach sehr geholfen durch die Gespräche und dann auch noch mit dieser Recovery-Gruppe. Das hat extreme Fortschritte ausgelöst. Also da habe ich auch gelernt in dieser Gruppe, dass die kleinen Schritte - oder auch die Ressourcen, die ich suchen musste und auf sich selber achtgeben, achtsam sein, wie ich in Krisen funktionieren kann - also einfach all die Sachen habe ich gelernt und dadurch hat sich mein Zustand enorm verbessert. Und das habe ich auch wirklich gemerkt, ich bin viel stabiler geworden im Alltag, auch mit den Kindern.“

### *1.2.2 Chancen für Betroffene: Erfahrungswissen*

Alle drei befragten Personen gaben an, dass das Erfahrungswissen für die Peer-Arbeit kennzeichnend ist. Dieses kann für Betroffene eine Chance sein, da sie von diesem Erfahrungswissen profitieren und sich beispielsweise verstandener fühlen können. Dies bestätigte auch die befragte Betroffene:

„Und das finde ich sehr gut und belastet so auch nicht, sondern es hilft, dass sie sich auskennen und einem weiterhelfen können und genau wissen - so und so geht es dir - aber nicht als eine Belastung.“

Die Peer erläuterte zudem, dass das Erfahrungswissen sich nicht nur aus der eigenen Erfahrung generiert, sondern auch Wissen einschliesst, welches die anderen Teilnehmenden der EX-IN-Ausbildung eingebracht haben:

„Sich bewusst sein, dass Fragen stellen hilfreicher ist, als Antworten oder Tipps zu geben, (...) und wo die eigene Erfahrung, das Erfahrungswissen und du hast ja auch Fachpersonen, die eigene Erfahrungen haben, aber als Genesungsbegleiter arbeitest du wirklich mit dem Erfahrungswissen. Nicht nur aus deiner Erfahrung, sondern mit dem Wissen, das die anderen Teilnehmer der Weiterbildung eben auch eingebracht haben.“

Der Psychiater sieht darin auch einen massgeblichen Unterschied, dass er eben genau über dieses Erfahrungswissen nicht verfüge:

Psychiater: „Was ich wirklich nicht anbieten kann, ist zu wissen, wie es sich beispielsweise anfühlt, im Isolationszimmer zu landen. Gegen seinen Willen irgendwo hinzukommen.“

„(...) und das ist glaub ich ein Teil von dem Hochspeziellen, was Genesungsbegleitende wirklich anbieten können.“

### *1.2.3 Chancen für Betroffene: Anderer Zugang*

Zehn von den 37 Aussagen zu Chancen für Betroffene wurden dieser Kategorie zugeordnet. Sie enthält Äusserungen, die dafür sprechen, dass Peers Betroffene anders erreichen können, einen anderen Zugang zu ihnen haben und somit Betroffene sich eher wohl fühlen und sich öffnen können.

Psychiater: „Sozusagen Menschen auf eine andere Art erreichen können.“

Oder: „(...) von seinen Erfahrungen angefangen hat zu reden. Das hat man gemerkt, die Leute im Publikum, die waren ganz anders da, und was schon sehr beeindruckend war, am Ende gab es dann auch ein paar Leute im Publikum, die dann was sagen konnten zu ihrem Leben.“

Betroffene: „Also ich bin jemand, der immer enorm lange braucht, normalerweise, so Vertrauen - aber bei ihr hatte ich wirklich das Gefühl... Also ich habe mich direkt wohl gefühlt. Ich kam in diesen Raum hinein, bin hingesessen und ich hatte das Gefühl, dass es einfach stimmt. Ich würde ihr alles erzählen, wirklich es ist gerade so - (Lachen). Ich habe mich wirklich wohl gefühlt.“

Peer: „...die Diensthabende, mit der ich am meisten zusammengearbeitet habe, [hat] gesagt: ‘Weisst du, du sagst meist das, was ich auch sagen will oder was ich auch gesagt hätte. Aber wenn du es sagst, nimmt es das Gegenüber anders auf.’ “

#### 1.2.4 Chancen für Betroffene: (andere) Perspektive

Hier wurden Aussagen eingeordnet, die aufzeigen, dass durch die Peers eine andere Perspektive geschaffen werden kann und diese somit etwas anderes anbieten (und zum Teil auch andere Themen einbringen) können, als herkömmliches Fachpersonal. Davon spricht der Psychiater und auch die Peer – nicht aber die Betroffene.

Psychiater: „Und von dem her glaub ich, dass die Genesungsbegleitenden auf ihre Art eine neue Perspektive reingebracht haben, eine weitere Perspektive.“

„Reflexionen anzubieten, dass ich mehr als einmal erlebt hab’, aber auch das kann man wohl nicht verallgemeinern, dass die Genesungsbegleiterin, die mit mir zusammen moderiert hat, ein sehr gutes Gespür hatte, um was es sonst noch gehen könnte. Und das konnte sie so wie anbieten auch so wie benennen.“

Peer: „Ich habe manchmal andere Sichtweisen hineingebracht, andere Perspektivenwechsel, aber jedenfalls nie versucht überzustülpen (...).“

#### 1.2.5 Chancen für Betroffene: Hoffnung

Aussagen darüber, dass Betroffene durch Peers Hoffnung schöpfen können; dass Peers Mut machen können und sich somit eine Art Zuversicht entwickeln kann, wurden dieser Kategorie zugeordnet. Alle drei befragten Personen haben entsprechende Äusserungen gemacht.

Peer: „(...) die Rückmeldung: Euch zu sehen, zu arbeiten, lachen sehen, sehen, dass Sie wieder etwas leisten können, trotz Ihrer Geschichte, das hat mir geholfen, überhaupt (...) also das hat mir Mut gemacht. Und solche Rückmeldungen habe ich oft bekommen, oder immer wieder (...).“

Betroffene: „(...) diese Offenheit, dass jemand einem so Mut macht und motiviert und sagt, es ist okay so wie du bist. Ja das habe ich alles wirklich sehr geschätzt.“



Psychiater: „(...) in schweren seelischen Krisen geht's ja oft darum, die Hoffnung nicht zu verlieren. (...) das macht einfach einen Unterschied ob ich sage, ich glaube, dass Sie da wieder herauskommen werden, weil ich 20 Jahre in dem Beruf bin, weil die Statistik das sagt, was weiss ich, als wenn jemand sagt: 'Wissen Sie was, ich hab' mal eine ähnliche Krise erlebt, überlebt und schau jetzt steh' ich hier und arbeite hier.'“

#### *1.2.6 Chancen für Betroffene: Entstigmatisierung*

Hierzu gehören Aussagen darüber, dass die Peer-Arbeit der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen entgegenwirkt. Äusserungen hierzu machten der Psychiater und die Peer.

Peer: „(...)als er das erste Mal in der Psychiatrie war und mich gehört hat, hat er gedacht: 'Ja also mit so einer Kranken will ich dann nichts zu tun haben.' Also noch so richtig in dem die Gesund/also ja so in diesem stigmatisierenden drinnen (...) und jetzt arbeiten wir drei Jahre zusammen und er sagt immer wieder für ihn sei es hilfreich, dass auch ich mal was von mir preis gebe, (...) Aber ich fand es schön, ja offenbar braucht es halt doch auch so eine Stigmaüberwindung vielleicht auch um mit einem Peer zusammenzuarbeiten und am Anfang war er sehr kritisch gegenüber Recovery und eigene Wege finden und mittlerweile sieht er das anders. Und dank mir, also er sagte es sei für ihn hilfreich gewesen.“

Psychiater: „Um es auf ein Schlagwort zu bringen, hat das auch mit Stigma-management mit Anti-Stigma-Arbeit zu tun. Wo ich glaube, dass wir aus dem Gesundheitswesen das mindestens genauso gut können wie die anderen Leute aus der Bevölkerung, vielleicht sogar eine Idee besser.“

#### *1.2.7 Chancen für Betroffene: (anderes) Verständnis*

Diese Kategorie enthält Aussagen darüber, dass Peers Betroffene anders verstehen können als herkömmliche Fachpersonen; dass sie sich anders in Betroffene einfühlen können. Somit können sich Betroffene verstanden(er) fühlen. Gemeint ist damit auch, dass Peers ein anderes Verständnis für psychische Erkrankungen haben. Hierzu haben sich wiederum alle drei Befragten geäußert.

Psychiater: „Glaube ich ging's oft um das, was ich vorhin schon mal gesagt hab'. So dieses: Das Spüren von einem anderen Verständnis, so dass zum Teil, das Gefühl hab', ich kann leichter was über mich ausdrücken, ich muss das vielleicht gar nicht so sehr in Worte packen. Ich glaube das ist wirklich genau das.“

Peer: „Es ist ein anderes Verständnis und das ist auch das, warum es mir so hilft, als Patient jetzt mit anderen Genesungsbegleitenden zu arbeiten, ist diffus, ich kann es nicht

benennen, du kannst es nicht benennen, aber das Verständnis ist ein anderes, du weißt, dass der andere das auch erlebt hat.“

Betroffene: „Also ich habe immer gerade gemerkt, dass Peers wissen, von was ich rede. Ich habe das Gefühl es ist auch einfach wie eine andere Art - oder - also du merkst direkt, dass sie das auch erlebt haben und zwar genau gleich, (...)man fühlt sich irgendwie... ich glaube ja, verständener kann man sagen, man versteht sich direkt.“

### *1.2.8 Chancen für Betroffene: Brücke*

Der Psychiater und die Peer haben den Begriff der Brücke gebraucht, um die Chance für Betroffene zu beschreiben, Menschen auf andere Art erreichen zu können. Beispielsweise könne die Peer somit Sachen direkter ansprechen. Diese Kategorie hat also gewisse Ähnlichkeiten zu der Kategorie „anderer Zugang“. Wir erachteten es dennoch als relevant, diese Kategorie einzeln aufzuführen, da der Begriff auch in der Literatur (Kapitel 2.3.2 Forschungsstand zur Peer-Arbeit) beschrieben wurde. Es wird davon gesprochen, dass Peers eine Art Brücke ins Hilfesystem oder in die Gesellschaft darstellen.

Peer: „Dort habe ich die Erfahrung gemacht, dass ich wie so die Brücke bin, dass ich anders mit dem Betroffenen reden kann, dass ich direkter mit ihm reden kann, dass ich viel mehr benennen kann, weil ich aus der eigenen Erfahrung sprechen kann. Ich musste also nie, überspitzt gesagt, 'Eier tänzle', sondern ich habe wie mehr oder direkter ansprechen können.“

## **2. Hauptkategorie: Risiken**

In diese Kategorie fallen Aussagen zu Herausforderungen, Gefahren und Schwierigkeiten, die mit der Peer-Arbeit zusammenhängen. Auch diese Kategorie enthält die Unterkategorien „Risiken für Peers“ und „Risiken für Betroffene“.

### **2.1 Unterkategorie: Risiken für Peers**

In dieser Kategorie sind Aussagen zu Risiken, Gefahren und Schwierigkeiten zusammengefasst, die sich für Menschen durch ihre Arbeit als Peer ergeben. Erwähnt wurden in den Interviews hauptsächlich Rollenkonflikte und das fehlende „Normalitätsprinzip“, beziehungsweise fehlende Anerkennung als eigenständige Berufsgruppe.

Peer: „(...) und die Herausforderung dort, war für mich, mich nicht zu fest zu sozialisieren, nicht eine kleine Fachperson zu werden, sondern wirklich dem Gedanken von diesem Erfahrungswissen treu zu bleiben, ich musste KG's [Krankengeschichten] schreiben, musste die Fachsprache verstehen, aber gleichwohl nicht Fachsprache sprechen,

sondern eben die eigene Sprache brauchen (...) das habe ich als extrem schwierig empfunden (...)"

„(...) damit Genesungsbegleitung nicht nur eine Erscheinung war, sondern wirklich auch ein normales Angebot, oder ein Standardangebot in der Psychiatrie werden kann. Da braucht es noch ganz viel. Und ich wünschte mir, dass es weniger Unterschiede gibt, sei das vom Anstellungsprozedere, von der Aufgabenverteilung, von Rechten, sondern das Normalitätsprinzip, wo werden Stellen ausgeschrieben und, und, und. Und dass Genesungsbegleitung eine Fachperson in einem Team ist und nicht das Singuläre mit der Spezialaufgabe, sondern dass man das wirklich mehr integriert und mehr nutzt.“

### 2.2 Unterkategorie: Risiken für Betroffene

Hier sind Äusserungen zu Risiken, Gefahren und Schwierigkeiten für Betroffene, die Peer-Arbeit in Anspruch nehmen oder genommen haben, enthalten. Alle negativen Erfahrungen mit Peers wurden hier zugeordnet. Bemerkenswert ist hier, dass nur eine Aussage dazu gemacht wurde, nämlich vom Psychiater: „Ganz am Anfang glaub ich, gab es auch da so eine Verunsicherung bei manchen Nutzenden, was ist das jetzt hier, was für eine Rolle ist das? Aber auch das sind nur paar Leute, die mir dazu in den Sinn kommen, ich fänd' es nicht richtig, das jetzt hier zu verallgemeinern.“

Er spricht von einer Art Verunsicherung der Betroffenen durch die Rolle der Peers, aber gibt mit Nachdruck an, dass dies nicht verallgemeinerbar sei. Auch spricht er von „ganz am Anfang“, was darauf hindeutet, dass die Schwierigkeit nur zu Beginn für eine Verunsicherung gesorgt und sich im Laufe der Zeit normalisiert hatte.

Die Betroffene hat keine Aussagen zu Risiken gemacht und äusserte sich so: „Und ja negativ, kann ich nichts sagen. (Lachen) Also negativ, habe ich nichts erlebt, nein.“

### 3. Hauptkategorie: Wirkung

In diese Kategorie fallen Aussagen zu Ergebnissen durch Peer-Arbeit, sozusagen die Wirksamkeit der Peer-Arbeit (aus unterschiedlichen Perspektiven). Hier sind positive, negative und neutrale Wirkungen gemeint. Teilweise deckt sich diese Kategorie mit den beiden Kategorien Chancen und Risiken.

Die folgende Aussage bezieht sich auf die Wirkung der Anwesenheit von Peers in den psychiatrischen Teams. Diese Anwesenheit hat dazu geführt, dass sich andere Leute (wahrscheinlich sind hier Patientinnen und Patienten, aber auch Teammitglieder gemeint) leichter öffnen konnten.

Psychiater: „Und das ist glaub ich ein Teil von dem Hochspeziellen, was Genesungsbegleitende wirklich anbieten können. (...) und ich glaube das ist letzten Endes ein Effekt, der durch die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden gekommen ist, dass ich meine, dass die Anwesenheit von Genesungsbegleitenden in unseren Teams, auch anderen Leuten es einfacher gemacht haben, ein Stück sich zu öffnen.“

Von der Betroffenen wurde die Wirkung erwähnt, dass die Peer ein Gefühl bewirkte, als ob sie sich ewig Zeit für sie nehmen könne.

Betroffene: „Ich habe das Gefühl, sie nehmen sich einfach auch Zeit. Ich hatte nie das Gefühl, dass die Peer direkt weiter muss, gerade noch ein Patient hat oder so - es war immer so, dass ich dachte, 'oh ich habe jetzt ewig Zeit', also einfach das Gefühl, dass sie so lange für mich da ist, so lange wie ich sie brauche.“

Die Peer berichtet von der Rückmeldung, dass es für Betroffene einfacher sei, mit einer Peer über schambesetzte Sachen (wahrscheinlich besonders im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung) zu sprechen.

Peer: „Oft habe ich gehört, dass es einfacher ist, mit mir über Schambesetztes - und in der Psychiatrie ist ja viel schambesetzt, zu sprechen und ich habe dann versucht, wenn ich dachte, 'okay es könnte in die Richtung gehen' auch etwas von mir Preis zu geben oder so und ich denke das wurde sehr geschätzt.“

#### **4. Hauptkategorie: Unterschiede zu herkömmlichem Fachpersonal**

Hier sind Aussagen darüber enthalten, was Peers im Vergleich zu herkömmlichem Fachpersonal anbieten können; was sich für Unterschiede zwischen Peers und herkömmlichen Fachpersonen zeigen. Mit 29 Einträgen ist es die Kategorie, der am meisten Aussagen zugeordnet werden konnten. Auch hier geht es unter anderem um das Erfahrungswissen, welches Peers im Vergleich zu herkömmlichem Fachpersonal anbieten können. Der Psychiater betont beispielsweise, dass er nicht über das Erfahrungswissen verfüge, welches Peers anbieten können. Er könne ausschliesslich das anbieten, was er in der Ausbildung gelernt habe, sowie seine mehrjährigen Erfahrungen als Psychiater. Er könne aber nicht wissen, wie es sich beispielsweise anfühlt, in einem Isolationszimmer zu landen. Auch erzählt er von einer Situation im Zug, in dem er mit einer Genesungsbegleitenden über ein Medikament gesprochen hat:

Psychiater: „Und ich hab' irgend so ein Satz gebracht, was ich über Medikamente gelernt hab', über eine bestimmte Art von Medikamenten und sie hat gesagt: 'Okay, passt nicht

zu meiner Erfahrung. Hab' ich definitiv anders erlebt.' Und das ist glaub ich ein Teil von dem Hochspeziellen, was Genesungsbegleitende wirklich anbieten können.“

Besonders auffallend war, dass der Psychiater seine Grenzen als Psychiater (somit anstelle der Grenzen der Peer-Arbeit Grenzen der herkömmlichen Fachpersonen) hervorgehoben hat.

Psychiater: „Ich bin ja sehr gedrillt auf Feststellen, Einordnen, Lösungen anbieten. Phänomene sammeln und checken, als Symptome einordnen, bei einer überzufälligen Häufung an Symptomen Syndromen drauschecken, was dann vielleicht unter anderen Faktoren, wie eine Diagnose ergibt. Und das heisst für mich auch, dass wenn ich jetzt versuche in einer dialogischen mehr prozessorientierten Art zu arbeiten, auch wie umlernen muss. Ich muss das nicht vergessen, in den Müll werfen, aber ich muss auch was anderes lernen, was anderes wie können. Und ich hab' das Gefühl dass das Genesungsbegleitenden (...) also entweder brauchen die das gar nicht erst, oder es fällt ihnen wie leichter. Dieses offenhalten, so prozessorientiert, so dieses Suchende auch, wo ich glaub ich, von meiner Ausbildung vielleicht auch von der Rollenzuschreibung her ja eher auf Antworten trainiert bin, haben glaub' ich Genesungsbegleitende das weniger drauf. Die können besser in dem Suchenden bleiben. Aber auch das ist eine Erfahrung, die würde ich nicht verallgemeinern, sondern es sind einfach persönliche Erfahrungen, (...)“

Auch die Peer sieht im Erfahrungswissen einen Unterschied zu herkömmlichen Fachpersonen.

Peer: „Nicht nur aus deiner Erfahrung, sondern mit dem Wissen, das die anderen Teilnehmer der Weiterbildung eben auch eingebracht haben. Also nicht nur, was ich erlebt habe ist mir vertraut, sondern die Weiterbildung ist ja so aufgebaut, dass wirklich ein tiefes Ringen um andere Erfahrungen da ist. Und ich glaube das unterscheidet irgendwie. Und vielleicht auch, also ich glaube, dass einige Genesungsbegleitende, mich eingeschlossen, verletzlicher sind, oder viele Fachpersonen mit eigener Erfahrung, die ich kenne, die sind "stabiler" in Anführungs- und Schlusszeichen. Ich habe immer wieder meine Krisen und ich gehe auch in schwierigen Zuständen zur Arbeit und ganz bewusst und zeige mich mit dem und mache das transparent, was vielleicht eine Fachperson, die eine anderen Auftrag hat, das vielleicht nicht macht. Und dass ich, in denen Situationen, wo ich sehr verletzlich zur Arbeit gehe, das sind oft die, wo viel gute Rückmeldungen von den Patienten kommen. 'Dass Sie sich das trauen, dass das trotzdem geht. Das macht Mut.“

Peer: „Ich habe auch nie vorher KG's [Krankengeschichten] gelesen vor dem Erstkontakt, da es mir wichtig war, dass der Betroffene mir erzählt, was er wichtig findet und in seiner Sprache und nicht, dass ich schon irgendwelche Bilder habe und mit dem

ins Gespräch komme. Und ich glaube meine Stärke liegt so im Akutbereich, dass mich nichts irgendwie (...) also es berührt mich, aber es schockiert mich nicht.“

Die Betroffene hebt folgende Unterschiede hervor: Mit der Peer sei es einfach viel persönlicher, durch das Duzen ginge es einfacher, Gespräche zu führen und sich zu öffnen. Sie erfährt ein anderes (direkteres) Verständnis. Sie habe sich direkt wohl gefühlt, bereits als sie den Raum betrat. Sie fühlte sich immer sehr unterstützt, da sie nichts in Frage gestellt habe. Auch erwähnt sie, dass bei Psychiatern „immer alles so geregelt“ sei, ihre Peer hingegen habe ihr das Gefühl gegeben, sich bei Bedarf ewig für sie Zeit zu nehmen.

Peer: „Es ist halt einfach persönlicher. Mit dem Pflegepersonal lässt man sich ja nicht gerade umarmen. Ich bin zwar nicht jemand, der sowas direkt macht, aber bei einer Peer war das eher schnell mal kein Problem mehr, wobei ich mir das beim Pflegepersonal nicht vorstellen kann - also sie dürfen das ja auch nicht - also ist ja klar. Von dem her - ja... aber es ist halt schon einfach distanzierter. Es macht es halt einfacher mit Peers, auch dass man sie duzen kann beispielsweise, also das macht es einfach gerade direkt einfacher, dass man so über den Schatten - also es geht einfach viel einfacher.“

Bemerkenswert ist auch das Selbstverständnis der Peer, welches sich anhand des nachfolgenden Beispiels zeigte. Wir hatten vor, die Frage so zu stellen, dass wir eine Antwort in der Betroffenenperspektive erhalten. Darauf sagte die Peer:

Peer: „Also hier will ich einfach sagen, im Sinne von Empowerment, Deutungsmacht und solchen Geschichten, dass man die Betroffenen selber fragen muss. Ich finde es schwierig, mit Hypothesen zu arbeiten, also so 'was denke ich, das...' Dafür setzt sich unsere Bewegung schliesslich auch ein. Nicht mit Hypothesen zu arbeiten, sondern mit dem was da ist. Direkt fragen, nicht über die Betroffenen, sondern mit den Betroffenen.“  
„(...) so dieses Hineinversetzen, das möchte ich wirklich bewusst nicht, weil das ist wirklich nicht das, wo ich denke, was Recovery, Empowerment und all diese Geschichten meinen.“

## **5. Hauptkategorie: Grenzen**

Diese Kategorie weist Ähnlichkeiten mit der Kategorie „Risiken“ auf. Dennoch ist sie dem Begriff nicht gleichzusetzen. Die Kategorie „Risiken“ enthält eher negative Aspekte der Peer-Arbeit. Grenzen sind neutraler; sie zeigen auf, wo Peer-Arbeit (alleine) nicht weiterkommt. Wie schon bei den Risiken, konnten auch dieser Kategorie mit sechs Nennungen relativ wenige Äusserungen zugeordnet werden. Diese stammen entweder von der Peer selbst oder vom Psychiater, nicht aber von der Betroffenen. Unter anderem wurde angesprochen, dass viele

immer noch nicht wissen, was Peers eigentlich genau sind und dass es grosse kantonale Unterschiede bezüglich der Bekanntheit des Angebots gibt.

Peer: „Im Kanton Bern ist es sehr gut verankert, ich glaube da wissen die meisten Patienten heutzutage was eine Peer ist, oder sehr viele. Hier im Kanton Zürich ist es leider eher das Gegenteil. Mit Google, ich weiss auch nicht. Aber da ist noch ganz, ganz, ganz viel Arbeit zu machen, dass es für Betroffene niederschwellig zugänglich wird. Und dass sie vor allem auch wissen was es ist und was angeboten ist.“

Auch die Stigmatisierung als „psychisch Erkrankte“ und derer Ablehnung wurde erwähnt.

Peer: „Eine Rückmeldung, die ich erst kürzlich bekommen habe, ist von einem Menschen, mit dem ich fast drei Jahre zusammenarbeite, hat gesagt, als er das erste Mal in der Psychiatrie war und mich gehört hat, hat er gedacht: ‘Ja also mit so einer Kranken will ich dann nichts zu tun haben’ “

„(...), damit Genesungsbegleitung nicht nur eine Erscheinung war, sondern wirklich auch ein normales Angebot, oder ein Standardangebot in der Psychiatrie werden kann. Da braucht es noch ganz viel. Und ich wünschte mir, dass es weniger Unterschiede gibt, sei das vom Anstellungsprozedere, von der Aufgabenverteilung, von Rechten, sondern das Normalitätsprinzip, wo werden Stellen ausgeschrieben und, und, und. Und dass Genesungsbegleitung eine Fachperson in einem Team ist und nicht das Singuläre mit der Spezialaufgabe, sondern dass man das wirklich mehr integriert und mehr nutzt.“

## **6. Hauptkategorie: Zusammenarbeit**

Äusserungen bezüglich der Zusammen-, bzw. Teamarbeit von Peers und herkömmlichem Fachpersonal wurden dieser Kategorie zugeordnet.

Auffallend sind hier die verschiedenen sich teilweise widersprechenden Aussagen. Die Betroffene und der Psychiater sprechen von einer „guten“ oder „fruchtbaren“ Zusammenarbeit, wohingegen die Peer von keinem „Miteinander“, sondern sogar von einem „Gegeneinander“ spricht.

Betroffene: „Ich kann es ja nicht genau sagen, da ich es nicht während meinem Psychiatrieaufenthalt erlebt habe, aber so wie ich es mitgekriegt habe, hatte ich das Gefühl, dass es ein schöner oder guter Umgang war. Ich hatte das Gefühl, dass es sehr geschätzt wurde, aber das ist nur mein Eindruck, ich kann es nicht genau sagen. Und so wie ich von einer Peer mitbekomme, dass ihre Arbeit vom Pflegepersonal sehr geschätzt wurde.“

Psychiater: „Also ich erlebe das als eine sehr belebende, eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit.“

Peer: „Dann finde ich es sehr schwierig, diese Gratwanderung zwischen den Fachpersonen sind da und die Genesungsbegleitenden sind da und es gibt kein Miteinander, sondern wenn's hoch kommt vielleicht ein Nebeneinander, oder vielleicht sogar ein Gegeneinander. Und dort diese Brücke zu bauen, das finde ich (...) also das habe ich immer wieder schwierig erlebt, ich habe in verschiedenen Institutionen gearbeitet, eben auch konzeptionell und das finde ich ganz schwierig, dass man ein Teil vom Team ist, aber keine Fachperson wird und dass man ernst genommen wird und nicht degradiert wird (...) mehr zu einem Patienten oder irgendwie so, belächelt werden.“

## **7. Hauptkategorie: Rollen**

Hier sind Aussagen über die verschiedenen Rollen im psychiatrischen Hilfesystem enthalten, beispielsweise die Rolle als Peer, die Rolle als Trainerin, die Rolle als Psychiater, die Rolle als Leiter, die Rolle als Pflegerin etc. und womit diese Rollen zusammenhängen, sowie mit welchen Aufgaben sie verknüpft sind.

Peer: „Ich habe immer mehrgleisig gearbeitet. Also einerseits als Trainerin in verschiedenen Weiterbildungen, dann konzeptuell, wie eine Institution Recovery umsetzen will, was braucht es, Schulungen von Mitarbeitern und mit den Patienten zusammen habe ich hauptsächlich auf den Akutstationen gearbeitet und auf der Notfall-Triage.“

Psychiater: „(...) und da hab' ich so das Gefühl gehabt, dass der immer so gesucht hat nach seinem Standpunkt sozusagen. Also so herauszufinden, ich bin ja nicht der normale Gruppenteilnehmer, sondern ich bin Teil vom Moderationsteam sozusagen. Und das fand ich dann wiederum für mich sehr spannend, als wir dann später mit den ersten ausgebildeten Genesungsbegleiterinnen zusammenarbeiten konnten, habe ich eine viel grössere Deutlichkeit wahrgenommen, in dieser anderen Rolle.“

## **8. Hauptkategorie: Erfahrungen**

Dieser Kategorie wurden Aussagen zu allgemeinen (positiven, negativen, neutralen) Erfahrungen im Zusammenhang mit der Peer-Arbeit zugeordnet. Auch hier gibt es teilweise Überschneidungen mit den Kategorien „Chancen“, „Risiken“ und „Wirkung.“ Da die Kategorie aber noch weit mehr umfasst, wurde sie im Kategoriensystem aufgenommen.

Beispielsweise wurde von der Erfahrung eines Öffentlichkeitsvortrags berichtet, welcher gemeinsam mit einem Peer geführt wurde.

Psychiater: „Und eine Sache die mir sehr eindrücklich geblieben ist: wir haben damals, wir heisst in dem Fall ein psychiatrieerfahrener Mensch, eine Psychologin und ich, den



Auftrag gekriegt, fürs Rote Kreuz Öffentlichkeitsvorträge zu machen. Ich glaub das war für's Rote Kreuz, ja. Und wie das dann so geht, oder (...) man fängt so an, hat dann so seine Powerpoint, man präsentiert so ein paar Sachen und richtig spannend ist es für die Leute erst dann geworden, wenn der Mensch der uns damals begleitet hat, von seinen Erfahrungen angefangen hat zu reden. Das hat man gemerkt, die Leute im Publikum, die waren ganz anders da.“

Eine weitere Erfahrung betrifft die Integration von Peers in einem Akutteam und in Weiterbildungen.

Psychiater: „...und auch in diesen Teams von Anfang an Genesungsbegleitende integriert und wir haben auch schon in den Weiterbildungen, die wir gemacht haben, immer schon Genesungsbegleitende drin gehabt. Es gibt in diesen Kursen, gibt's beispielsweise so eine Übung wo man versucht, dass jemand eine Rolle übernimmt: Die Stimme des Patienten oder das Ohr des Patienten. Und das ist auch ein Weg, vielleicht mehr zu einer Nutzerorientierung zu kommen, aber es war natürlich viel viel spannender, Leute mit eigener Krisenerfahrung da drin zu haben, die das auch teilen.“

### 8.1 Unterkategorie: Erste Erfahrungen

Es wurde zusätzlich eine Unterkategorie gebildet, in der erste Erfahrungen eingeordnet wurden, also wann die befragten Personen zum ersten Mal von der Peer-Arbeit gehört haben und welche Erfahrungen sie ganz am Anfang damit gemacht haben.

Peer: „Also ich nahm so in einer Familiengruppe teil - oder ich weiss nicht mehr genau wie das hiess - mit einer Erziehungsberaterin und einer Psychiaterin und dort konnten sich Eltern mit psychischer Erkrankung beraten lassen. Es sollte ein Austausch mit anderen Eltern stattfinden, aber war leider nicht so gut besucht. Dann gab es ein Gespräch, an dem ich allein teilnahm, hat die Psychiaterin mir empfohlen, dass ich mit einer Peer Kontakt aufnehmen soll, sie habe das Gefühl, dass sie was für mich wäre. So habe ich dann meine Peer kennengelernt und durch sie habe ich auch EX-IN kennengelernt und habe sehr, sehr gute Erfahrungen gemacht.“

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in Bezug zum theoretischen Rahmen gesetzt und das Verhältnis zwischen Peer-Arbeit und Sozialer Arbeit wird kritisch beleuchtet.

## 6. Diskussion

Die Diskussion unserer Ergebnisse gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil werden Bezüge zwischen unseren empirischen Ergebnissen und der im Theorieteil behandelten Literatur hergestellt. Im zweiten Teil wird der Bezug der Peer-Arbeit zur Sozialen Arbeit diskutiert.

### 6.1 Bezüge der empirischen Ergebnisse zur Theorie

Durch die Analyse der Interviews lassen sich viele Wirkungen der Peer-Arbeit zusammenfassen, die zugleich Chancen für Betroffene darstellen, wie beispielsweise eine positive Wirkung auf die Genesung, das Gefühl, mehr Zeit für das Gespräch zu haben, durch Peers generierte Hoffnung, sich leichter öffnen zu können, sowie Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

Risiken und Grenzen wurden im Vergleich zu Chancen kaum benannt. Bei Grenzen für die Peer-Arbeit wurde erwähnt, dass immer noch viele Menschen nicht wissen, was Peer-Arbeit überhaupt ist und es auch viele kantonale Unterschiede gibt, inwiefern die Peer-Arbeit als eigene Berufsgruppe anerkannt wird.

Bezüglich Risiken für Betroffene wurde nur erwähnt, dass es in der ersten Zeit als Peers eingesetzt wurden, eine Verunsicherung bei einigen Betroffenen gegeben hatte, was für eine Rolle die Peers nun einnehmen. Es wurde aber mit Nachdruck betont, dass sich diese Problematik nur zu Beginn und nur bei einzelnen Betroffenen gezeigt hatte und somit eine Verallgemeinerung nicht angebracht ist. Im Rahmen der Evaluation der vorliegenden Ergebnisse wurden insgesamt keine negativen Effekte der Peer-Arbeit auf Betroffene nachgewiesen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Mahlke et al. (2015), die eine Übersicht von Reviews und Meta-Analysen erstellt hatten. Auch in dieser Übersicht werden keine negativen Effekte genannt, sondern ebenfalls nur positive Effekte für Betroffene erwähnt.

Die Äusserungen der Peer zur *Kategorie 1.1 Chancen für Peers*, dass sie durch ihre Tätigkeit etwas in der Psychiatrie ändern, bzw. mitgestalten kann, deckt sich auch mit den Annahmen von Weinmann. Dieser geht davon aus, dass ein Wandel der Psychiatrie von der Basis, sprich von (ehemals) Betroffenen oder psychiatrisch Tätigen, welche in direktem Patientenkontakt stehen, angestossen werden müsste (2019, S. 21).

*Kategorie 1.2.1 Genesung:* Unsere Analysen haben gezeigt, dass Peer-Arbeit einen direkten Einfluss auf die Genesung der Betroffenen haben kann. Auch zwei der Publikationen sprechen von „Symptomreduktion“ (Mahlke et al. 2015, S. 237). In einer anderen Studie wird von einer „Reduktion von Symptomen oder deren Schweregrad“ gesprochen (Cook, Copeland & Jonikas, 2011, S. 214).

*Kategorie 1.2.2 Erfahrungswissen und 1.2.4 (andere) Perspektive:* Achberger spricht davon, dass Peers Kontakt zu schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten herstellen und sich diese durch Peers verstanden und akzeptiert fühlen können (Achberger, 2019, S. 250). Auch

Hoffmann betont in den Ergebnissen seiner Studie, dass „weiche“ Faktoren, wie sich von Mitarbeitenden der Psychiatrie (er erwähnt explizit Therapeutinnen und Therapeuten) verstanden zu fühlen für Betroffene massgebend sei (Hoffmann, 2003, S. 182). Ausgebildete Peers zeichnen sich durch ihr Erfahrungswissen (die Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung) aus. Sie bringen eine andere Perspektive ein, stellen andere Fragen, entdecken blinde Flecken. Auch kennen sie persönlich Stigmatisierung, Vernachlässigung von Erfahrungen und sind dadurch sensibler für Verletzungen der persönlichen Sphäre und Identität (Achberger, Utschakowski, 2015, 14). Düzenli & Lerzer sprechen davon, dass Peers durch ihr Erfahrungswissen eine Lücke schliessen und eine Verbindung zwischen den Erfahrungen von Betroffenen einerseits und den Professionellen andererseits herstellen (2014, S. 39). Man könnte davon ausgehen, dass das Erfahrungswissen der Peers auch bei der Entlassungsplanung eine wesentliche Rolle spielt, wie Tschanz (2014, S. 252) beschreibt. Sie erwähnt die Wichtigkeit einer bedarfsgerechten Unterstützung durch Fachpersonen oder Peers. Da Peers auch mit der Entlassung aus einer psychiatrischen Institution eigene Erfahrungen mitbringen, gehen wir davon aus, dass deren Einbezug in die Austrittsplanung bedeutend ist. Sie wissen aus eigenen Erfahrungen, welche weiterführenden Unterstützungsmöglichkeiten wertvoll waren und wie sich diese gestalten können. Dazu gehört unserer Ansicht nach auch, dass Peers bei der Organisation der Entlassungsplanung ihre eigenen Erfahrungen einfließen lassen können.

Weiter äussert die Betroffene bei den *Kategorien 1.2.2: Erfahrungswissen* und *1.2.3: anderer Zugang* einerseits, dass es ihr geholfen habe, dass sich Peers auskennen und genau wissen, wie es einem geht und andererseits, dass sie sich direkt wohl gefühlt habe. Dies schreiben auch Gillar, Gibson, Holley & Lucock; Peers können aufgrund der geteilten Erfahrung rascher eine vertrauensvollere Beziehung mit Betroffenen herstellen, was wiederum eine Selbstoffenbarung und das Zuhören sowie Annehmen von Ratschlägen erleichtert (2015, S. 240). Letzteres äussert auch die Peer in der *Kategorie 1.2.3: anderer Zugang*. Sie habe die Rückmeldung von der diensthabenden Ärztin erhalten, dass die Ärztin eigentlich dasselbe wie die Peer sagen wollte oder gesagt habe, sie aber erkennen musste, dass Betroffene Äusserungen von Peers besser annehmen könnten. Burr & Winter beschreiben ähnliche Effekte. Betroffene äussern, dass man Peers aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen eher „Glauben schenken“ könne, da sie wissen, wie es sich anfühlt. Sie sprechen hierbei auch von einem anderen Zugang, den die Peers anders als das Pflegefachpersonal gegenüber Betroffenen haben (2016, S. 130-131).

*Kategorie 1.2.5 Hoffnung:* In vier der sieben untersuchten Reviews wurde als positiver Effekt für Betroffene eine „grössere“ oder „stärkere Hoffnung“ angegeben (Mahlke et al. 2015, S. 237). Auch Achberger & Utschakowski kommen zum Schluss, dass Peers durch ihr Erfahrungswissen Modell sein und Hoffnung machen können (Achberger, Utschakowski,

2015, 14). Auch in unseren Interviews wurde eine verstärkte Hoffnung auf Genesung der Betroffenen aufgrund der Peer-Arbeit genannt.

*Kategorie 1.2.6 Entstigmatisierung:* Die Reduktion von Selbststigmatisierung wurde in der Studie von Corrigan, Larson & Michaels (2015, S. 148-154) ebenfalls erwähnt.

Mahlke et al. (2016, S. 103) merken jedoch an, dass einige Studien methodologische Schwächen aufweisen. In einer ihrer eigenen Studien haben sie die Effekte von Peer-Arbeit in Selbstwirksamkeitserwartung, Lebensqualität, soziale Kontakte, als auch die Anzahl erneuter Hospitalisierungen untersucht. Es konnten lediglich im Bereich der Selbstwirksamkeitserwartung signifikant positive Effekte für die Interventionsgruppe nachgewiesen werden (Mahlke et al., 2016, S. 107).

Dennoch zeigen auch andere, zum Teil neuere Studien auf, dass Peer-Arbeit positive Effekte für Betroffene mit sich bringen kann. Auch diese Ergebnisse weisen Parallelen mit unseren Kategorien aus den Interviews auf.

Mahlke, Krämer, Kilian & Becker erwähnen, dass in vier von sieben Reviews von Betroffenen angegeben wird, durch Peer-Beratung „ein grösseres soziales Netzwerk“, „soziale Inklusion“ oder „höheres soziales Funktionsniveau“ erlebt zu haben. Fünf von sieben Reviews berichten dabei von positiven Effekten wie „Selbstbewusstsein“, „Selbstwirksamkeit“ und „Selbstbestimmung“ (2015, S. 237). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Peer-Beratung der Selbststigmatisierung entgegenwirkt. So bestätigen Corrigan, Larson & Michaels, dass besonders von Peers entwickelte und angeleitete Gruppenangebote einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Selbststigmatisierung haben (2015, S. 148-154). Auch die Peer berichtet im Interview, dass ein Patient ihr erzählte, dass er sich anfangs überhaupt nicht vorstellen konnte, diese Unterstützungsmöglichkeit anzunehmen, da er die Peer als „krank“ bezeichnete. Trotzdem arbeiten sie nun seit über drei Jahre zusammen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass durch die Peer-Arbeit die Eigenstigmatisierung überwunden wurde. Ebenfalls Gillard et al. erwähnen, dass durch den Einbezug von Peers sowohl stigmatisierende Erlebnisse wie auch Selbststigmatisierung abgebaut werden können (2015, S. 240).

In einer relativ neuen Studie (2019) von Otte et al. wurden eine geringere professionelle Distanz (siehe ebenfalls Erläuterungen unten bei der *4. Hauptkategorie: Unterschiede zu herkömmlichem Fachpersonal*), mehr Zeit für 1:1-Betreuung (siehe ebenfalls Erläuterungen *3. Hauptkategorie: Wirkung*), ein kontinuierliches Behandlungsangebot, sowie die Wirkung von Peers als positive Vorbilder genannt. Auch dies deckt sich zum Teil mit Äusserungen aus unseren Interviews. Beispielsweise mit den Kategorien *1.2.4 (andere) Perspektive* oder *1.2.7 (anderes) Verständnis*, da in diesen Kategorien auch von „mehr Zeit“ und „weniger Distanz“ bzw. von einem „persönlicherem Umgang“ gesprochen wurde und Peers (nach Äusserungen der Befragten der Studie von Otte et al.) als positive Vorbilder fungieren können

(Otte et al., 2019, S. 3). Weitere Kategorien, welche sich mit den Studien von Otte et al. vergleichen lassen, führen wir nachfolgend aus.

Die Peer äussert im Interview, dass sie aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen mit der Psychiatrie eine Art Brücke bilden könne und gewisse Themen direkter ansprechen könne. Auch Gillard et al. bezeichnen Peer-Mitarbeitende als eine Art Brücke zwischen Betroffenen zur Gesellschaft und dem Hilfesystem (2015, S. 240).

In der 3. *Hauptkategorie: Wirkung* erwähnt die Betroffene, dass sie das Gefühl gehabt hätte, dass die Peer so lange Zeit für sie habe, wie sie es benötigt. Diesen Vorteil der Peer-Arbeit thematisieren auch Otte et al. in ihren Ergebnissen einer Studie, dass Peer-Mitarbeitende mehr Zeit für eine 1:1-Begleitung haben als das herkömmliche Fachpersonal. Weiter ist hier auch das Ergebnis der Studien des Bezirks Oberbayern im Rahmen des Modellprojektes EX-IN zu erwähnen, dass sich das „Empowerment“ im Sinne von Selbstbefähigung der Betroffenen erhöht, wenn Peers in die Behandlung in psychiatrischen Kliniken miteinbezogen werden (Bezirk Oberbayern, 2015, S. 11-12). Eine weitere Wirkung beschreiben Utschakowski und Daszkowski 2012 von der psychiatrischen Klinik Bremerhaven, welche berichtet, dass durch Peers weniger Gewalt herrsche und das Fachpersonal durch die Peers gecoacht werde (S. 203).

Besonders bemerkenswert waren auch die Ergebnisse der Interviews aus der 4. *Hauptkategorie: Unterschiede zu herkömmlichem Fachpersonal*. Es wurden neben den Unterschieden auch Grenzen von herkömmlichem Fachpersonal erwähnt – beispielsweise das fehlende Erfahrungswissen. Der Psychiater sprach davon, dass er eben nur das anbieten könne, was er in der Ausbildung und in seiner Berufserfahrung gelernt habe. Das Gelernte könne sich jedoch auch widersprechen mit dem, was Betroffene erfahren, beispielsweise als er sich mit einer Peer über ein Medikament unterhielt, konnte sie ihm rückmelden, dass sein Wissen nicht mit ihren Erfahrungen zusammenpasst. Auch könne er als Psychiater in einem Gespräch nur schwer beim „Suchenden“ bleiben, er sei gedrillt auf Feststellen, Einordnen, Lösungen anbieten sowie Phänomene sammeln und checken. Diese Phänomene ordnet er als Symptome ein und stellt bei einer überzufälligen Häufung an Symptomen eventuell eine Diagnose. Er müsse, wenn er in einer dialogischen, mehr prozessorientierten Art arbeiten möchte, sozusagen umlernen. Und er hat das Gefühl, dass Peers das entweder gar nicht erst bräuchten, oder es falle ihnen leichter. Auch die Betroffene äussert hier Unterschiede, so sei das Verhältnis zu einer bzw. einem Peer näher, was sich auch in den Umgangsformen widerspiegelt. Peers duzen ihre Klientinnen und Klienten und scheuen auch nicht vor körperlichem Kontakt, wie beispielsweise Umarmungen, zurück. Dies wird auch in den Ergebnissen der Studie von Otte et al. beschrieben. So nannten Psychiatriemitarbeitende und

Peer-Worker häufig den Vorteil der geringeren professionellen Distanz (Otte et al., 2019, S. 3).

Was zu den Unterschieden von herkömmlichem Fachpersonal und Peers ebenfalls angemerkt werden könnte, ist der „self-serving bias“, den Weinmann beschreibt. Er erwähnt, dass psychiatrisches Fachpersonal eine nicht wirkende Therapie mit der Compliance der Patientin oder des Patienten begründet (2019, S. 20-21). Wir fänden es erstrebenswert, wenn das psychiatrische Fachpersonal die Gründe dafür bei sich selbst suchen könnte und im Gespräch beobachtend und reflektierend zuhört. Somit könnte eine Therapie angepasst werden und ihre Wirksamkeit könnte sich eventuell verbessern.

Auch bemerkenswert in diesem Kapitel war das Selbstverständnis der Peer, welches sich in der Äusserung zeigt, dass man eben nicht über Betroffene, sondern mit Betroffenen sprechen soll. Sie könne die Frage nicht aus der Perspektive von Betroffenen beantworten, da dies der Grundhaltung von Recovery und Empowerment widerspreche. Hier wird deutlich, dass die ausgebildete Peer Recovery nicht als ein blosses theoretisches Konstrukt ansieht, im Gegenteil: sie lebt Recovery.

Abschliessend lassen sich die vielen positiven Effekte von Peer-Arbeit auf Betroffene betonen, welche sich einerseits durch die Literaturanalyse, andererseits durch eigene Interviews im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit bestätigt haben.

In den Ergebnissen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die für diese Bachelor-Arbeit geführten Interviews nur mit einer Betroffenen, einer Peer und einem Psychiater geführt werden konnten. Würden weitere Personen (besonders mehrere Betroffene) befragt, wären die Ergebnisse möglicherweise abweichend.

Eine Empfehlung für weitere Forschung ist daher, eine ähnliche Studie durchzuführen, in der Interviews mit mehreren Betroffenen geführt werden, um andere Wirkungen, positive wie auch negative Effekte von Peer-Arbeit zu bestimmen.

### 6.2 Bezug der Peer-Arbeit zur Sozialen Arbeit

Das Kapitel „4.2 Peer-Arbeit und Soziale Arbeit in der Psychiatrie“ stellt einen ersten Vergleich der beiden Professionen dar, der wenige kritische Anhaltspunkte beleuchtet. Dies möchten wir nachfolgend ergänzen.

In dem Kapitel 4.1 „Peer-Arbeit in der Praxis“ wird eine Abschrift im Rahmen des Berner Pflegepreises zitiert, in welcher steht, dass der Einbezug von Peers in (akut-)psychiatrische Institutionen das Gefälle zwischen Betroffenen und dem Fachpersonal abbauen und die Sichtweise von einem Pathogenese- zu einem Salutogenesemodell begünstigen könne (Berner Pflegepreis, 2010). Das wirft für uns die Frage auf: Wieso soll dies nicht auch durch den Einbezug der Sozialen Arbeit geschehen, welche wie im Kapitel 4.2.4 „Peer Arbeit im

Verhältnis zur Sozialen Arbeit“ dargestellt, sehr viele Überschneidungen mit der beschriebenen Peer-Arbeit hat? So sind auch wesentliche Ausbildungseinheiten zur Erreichung des „EX-IN-Zertifikats“ mit Bausteinen des Studiums für Soziale Arbeit überschneidend. Sowohl die EX-IN-Ausbildung, als auch die Ausbildung zu Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter behandeln den Dialog- und Recovery-Ansatz, das Beraten und Begleiten, die Krisenintervention, sowie das Lernen und Lehren. Weiter unterstützen wir die Aussagen von Knuf & Bridler, welche schreiben, dass jeder Mensch psychische Krisen hat und das herkömmliche Fachpersonal der Psychiatrie darum ebenfalls eigene „Peer-Fähigkeiten“ in sich trage und durch Bewusstsein sowie Reflexion aktivieren könnte (2008, S. 29). Die Reflexion von eigenen Erlebnissen und spezifischen Situationen wird im Selbst- und Sozialkompetenz-Modul ebenfalls im Studium für Soziale Arbeit angeregt. So lernen angehende Sozialarbeitende sich zu öffnen, Erfahrungen wertzuschätzen, zu reflektieren und können diese unserer Ansicht nach integrieren. Denn auch Heim, Heissler, Prins & Zechert schreiben, dass der Einbezug von Peers deshalb wichtig ist, weil sie über ein erweitertes Verständnis sowie eigenes Wissen über genesungsfördernde Faktoren und der Entwicklung eigener Methoden verfügen (2019, S. 799). Wenn nun davon ausgegangen wird, dass jede Person psychische Krisen durchlebt und man beachtet, dass die Reflexion der eigenen Erfahrungen und den entwickelten Selbst- und Sozialkompetenzen im Studium der Sozialen Arbeit gefördert wird, so schlussfolgern wir, dass Sozialarbeitende ebenfalls über genesungsfördernde Faktoren und der Fähigkeit zur Entwicklung eigener Methoden verfügen. Zusätzlich bringen Sozialarbeitende hauptsächlich eine bio-psycho-soziale Sichtweise in die Psychiatrie ein und lernen psychiatrische Krankheiten nicht anhand eines Klassifikationssystem kennen. Dies bringt unserer Ansicht nach ebenfalls ein anderes Verständnis von psychischen Erkrankungen mit sich.

Als weiterer wichtiger Punkt erscheint uns hier, dass die Ausbildungsdauer zur EX-INlerin oder zum EX-INler wesentlich kürzer ist, als die Dauer eines Studiums für Soziale Arbeit. Dennoch sollen Peers die Psychiatrie massgebend beeinflussen und zwar in Bereichen, in welchen sich Sozialarbeitende ebenfalls betätigen könnten, wie spezifische Gruppenangebote, Eltern- und Einzelsprechstunden. Die Sprechstunden existieren in der Sozialen Arbeit in Form von Beratungsgesprächen bereits. So schreiben Burr & Winter 2016, dass in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene (UKPP) in Bern zwei Recoverygruppen, sowie Sprechstunden für Einzelpersonen und Eltern und im ambulanten Bereich vier Gruppen sowie Einzelberatungen bestehen, welche von Peers geleitet werden (S. 126-129). Hier lässt sich wieder festhalten, dass die soziale Gruppenarbeit (wie im Kapitel 4.2.2 „Verständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ beschrieben) Teile der klinischen Sozialarbeit darstellen, welche aber offensichtlich teils von Peers übernommen werden. Unserer Meinung nach sind Sozialarbeitende in der Lage, diverse Gruppenangebote zu moderieren und können sowohl

auf Basis von Fachwissen wie auch Erfahrungen andere Perspektiven miteinbringen und Fragen stellen, um eine Diskussion zu fördern. Dennoch muss erwähnt werden, dass dieses Verhältnis, welche Profession für Gruppenangebote zuständig ist, nicht im Theorieteil beschrieben wurde und wir uns in der Literaturrecherche nicht darauf fokussiert haben. Ein solcher Vergleich könnte sich unseres Erachtens jedoch lohnen, um aufzuzeigen, inwieweit Peers Aufgaben übernehmen, welche allenfalls auch von Sozialarbeitenden übernommen werden könnten. Es fällt uns auf, dass die Peer-Ausbildung im Gegensatz zum Studium der Sozialen Arbeit stärker auf recoveryorientierte Assessment fokussiert sein könnte, weshalb es möglicherweise sinnvoll wäre, für Recoverygruppen explizit Peers einzustellen.

Eine weitere Unterscheidung von Peers zu Sozialarbeitenden ist in der professionellen Beziehungsgestaltung zu sehen. Wie Utschakowski schreibt, ist das Studium für Soziale Arbeit auf „professionelle Distanz“ fokussiert. Peers hingegen legen Wert auf „professionelle Nähe“ (2012, S. 306). Dies kann im Zusammenhang mit der Literatur ein Risikofaktor für die Peer-Arbeit darstellen. So schreiben Burr & Winter, dass Peers während der Arbeit in eine Krise geraten könnten und dies problematisch sei, da vor allem unklar sei, welche Rolle die Fachpersonen dabei einnehmen sollten (2016, S. 132).

Wir denken, dass die recoveryorientierte Auffassung von einer professionellen Beziehungsgestaltung vom psychiatrischen Fachpersonal ernstgenommen und eingebaut werden sollte. Denn wir unterstützen die Aussagen von Tooth et al., dass Nähe, Zugewandtheit, freundschaftlicher Kontakt und Menschen, die als Personen erfahrbar sind, elementare Aspekte darstellen (zitiert nach Utschakowski, 2017, S. 306). Aus eigenen Erfahrungen können wir festhalten, dass diese Grundhaltung gegenüber allen Menschen im Studium für Soziale Arbeit vermittelt wird und wir deshalb behaupten, dass es sich bei der Unterscheidung der professionellen Beziehungsgestaltung lediglich um eine Definitionssache handelt. Ebenfalls gehen wir davon aus, dass sich die professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit je nach Arbeitsfeld durch vorgegebene Strukturen unterschiedlich gestaltet. So haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Strukturen in einem internen Sozialdienst einer psychiatrischen Institution einen distanzierteren Umgang mit Patientinnen und Patienten vorgeben, als die Struktur in einem betreuten Wohnen für psychisch erkrankte Menschen. So wäre es spannend zu erfahren, wie die verschiedenen Strukturen die professionelle Beziehungsgestaltung von Peers in psychiatrischen Institutionen ebenfalls mitgestalten und wie sie sich von der Sozialen Arbeit unterscheiden.

Im Berufskodex der Sozialen Arbeit nach Avenir social (2010, S. 8) wird festgehalten, dass die Soziale Arbeit eine Vermittlungsfunktion verkörpert, wo Menschen auf ihr soziales Umfeld aufeinander einwirken. Ebenfalls erwähnt Walther, dass Sozialarbeitende verschiedene Interessen vertreten müssen, wobei sie auch einseitig Partei für ihre Klientinnen oder Klienten ergreifen können (Walther 2017, S. 20). Diese Interessen werden unserer Ansicht nach



ebenfalls gegenüber anderen Professionen der Psychiatrie vertreten, d. h. die Soziale Arbeit kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen gegen andere Fachdisziplinen der psychiatrischen Institutionen eintreten. Dazu lässt sich eine Verbindung zu eigenen psychischen Krisen herleiten: Wenn wir davon ausgehen, dass jeder Mensch eigene psychische Krisen erlebt und Sozialarbeitende durch ihre Ausbildung befähigt werden, diese zu reflektieren und in den Alltag einzubauen, so können sie die Befindlichkeit von Patientinnen oder Patienten bei Therapie- und/oder Behandlungsunstimmigkeiten wahrnehmen und diese Interessen gegenüber dem Fachpersonal vertreten.

Weiter wird im Kapitel 4.2.2 „Verständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ auf die Literatur von Walther & Deimel eingegangen, laut derer die Soziale Arbeit einen lebensweltnahen Zugang ermöglicht und somit Kontakt zu ansonsten schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten herstellen kann. Ebenfalls erwähnen sie verschiedene psychosoziale Interventionsformen, welche darauf schliessen lassen, dass die Soziale Arbeit bestrebt ist, den Menschen als Ganzes in seiner Umwelt wahrzunehmen (2016, S. 40). Wenn die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Psychiatrie bedeutend ist, so sehen Sozialarbeitende die Patientinnen und Patienten als Partnerinnen und Partner, welchen sie keine vorgefertigte Lösungen anbieten, sondern im Austausch mit ihnen verschiedene Lösungsmöglichkeiten erarbeiten (Thiersch, 2015, S. 345). Dies deckt sich auch mit unseren Erfahrungen. Die sozialen Komponenten werden im Studium für Soziale Arbeit betont. So stellt sich für uns die Frage, inwieweit Peers als koordinierte Unterstützung in diesem Bereich eingesetzt werden können.

Ebenfalls möchten wir in diesem Abschnitt die Methodenvielfalt der Sozialarbeitenden gegenüber der von Peers diskutieren. Wie im Kapitel 4.2.3 „Verständnis der Peer-Arbeit in der Psychiatrie“ nach Utschakowski beschrieben, greifen Peers in erster Linie auf ihr Erfahrungswissen (also die Erfahrung von psychischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung) zurück und nicht auf professionelle Methoden (2010, S. 14). Dagegen ist die Soziale Arbeit mit verschiedenen professionellen Methoden ausgerüstet, wie wir im Kapitel 4.2.2 „Verständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ betreffend der klinischen Sozialarbeit nach Walther & Deimel ausgeführt haben. Dies stellt unserer Ansicht nach einerseits eine Chance dar, da wir davon ausgehen, dass Peers unvoreingenommener und unbeeinflusst in Kontakt mit Betroffenen treten können. Andererseits können Methoden die Arbeit mit Menschen strukturieren und unterstützen. Während Peers lediglich auf ihr Erfahrungswissen zurückgreifen können, verfügen Sozialarbeitende über eine breite Methodenauswahl.

Was wir in einem letzten Punkt festhalten möchten, sind wesentliche Unterschiede der Peers und Sozialarbeitenden. So müssen Peers für ihre EX-IN-Ausbildung zwingend Psychiatrieerfahrungen mitbringen, was für das Studium für Soziale Arbeit nicht gefordert wird und unserer Ansicht nach (neben all den aufgeführten Unterschieden) den grössten

Unterschied darstellt. In vielen anderen Bereichen ergänzt oder überschneidet sich die Arbeit der Peers mit der Sozialarbeit. Wir sind der Meinung, dass eine tiefere Untersuchung (beispielsweise mit Hilfe von Interviews) betreffend Überschneidungen der beiden Berufsgruppen mehr Klarheit schaffen könnte, für welche psychiatrischen Angebote Peers nicht mehr wegzudenken sind und welche durch Sozialarbeitende problemlos übernommen werden könnten. Wir könnten uns vorstellen, dass in Zukunft die Peer-Arbeit mit der Sozialen Arbeit vermehrt koordiniert und angepasst wird.

### 7. Fazit

Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit war es, Wirkungen der Peer-Arbeit auf Betroffene aufzuzeigen und zu evaluieren, wo Chancen und Grenzen der Peer-Arbeit liegen. Der Fokus sollte auf den Betroffenen liegen, die Peer-Arbeit in Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse aus den drei geführten Interviews zeigen auf, dass sich praktisch keine Risiken für Betroffene zeigen, sondern fast nur Chancen. Die Chancen decken sich zum Teil mit den Ergebnissen aus empirischen Untersuchungen zur Peer-Arbeit, in welchen ebenfalls keine negativen Effekte für Betroffene nachgewiesen wurden.

Folgende Chancen für Betroffene, die Peer-Arbeit in Anspruch genommen haben, wurden in unseren Interviews erwähnt: Peer-Arbeit kann zur Genesung beitragen, Erfahrungswissen führt dazu, dass sich Betroffene verstanden(er) fühlen, durch den anderen Zugang kann persönlicher auf die Betroffenen eingegangen werden, durch Peers entsteht eine andere Perspektive, aus der sich oftmals auch ein gutes Gespür für die Betroffenen entwickelt, Peers können Betroffenen Hoffnung machen, Peers tragen zu einer Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen bei und sie dienen als eine Art „Brücke“ zum Hilfesystem.

So wird deutlich, dass die Peer-Arbeit einen Nutzen für Betroffene bringt, welcher durch herkömmliches Fachpersonal nicht zu ersetzen ist. Besonders erwähnt wurde das Erfahrungswissen, welches Peers von herkömmlichem Fachpersonal massgeblich unterscheidet.

Aufgrund der geringen Anzahl Befragter und der individuumszentrierten Struktur der Interviews sind die Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse nicht generalisierbar. Es stellt sich also die Frage, ob man zu ähnlichen Ergebnissen gelangen würde, wenn man mehr Personen, insbesondere Betroffene, befragen würde. Ergebnisse aus quantitativen Untersuchungen deuten jedoch in dieselbe Richtung: In der Analyse von empirischen Untersuchungen zur Peer-Arbeit werden Reviews thematisiert, welche aufzeigen, dass keine negativen Effekte für Betroffene, welche Peer-Arbeit in Anspruch genommen haben, nachgewiesen wurden. Im Gegenteil: Es konnten ausschliesslich positive Effekte für Betroffene eruiert werden. So wird deutlich, dass die Peer-Arbeit eine wichtige Unterstützung darstellt, die zwar einen festen Platz im psychiatrischen Versorgungssystem eingenommen hat, sich aber immer noch als eigene

## Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

Berufsgruppe durchsetzen muss.

Es lässt sich festhalten, dass die Peer-Arbeit geschätzt wird und sich in ihrer Tätigkeit oftmals mit denen von Sozialarbeitenden überschneidet. In Zukunft erachten wir es für wichtig, dass dieser Thematik vermehrt Beachtung geschenkt wird und anhand von Studien eruiert wird, inwieweit sich Peer-Arbeit und Soziale Arbeit demnach überschneiden und die beiden Professionen in ihrer Tätigkeit aufeinander abgestimmt werden können, bzw. sogar müssen. Dabei möchten wir auch betonen, dass die beiden Berufsgruppen in einer koordinierten Zusammenarbeit den Wandel der traditionellen biologisch-medizinischen Sichtweise von Psychiatrien hin zu einer bio-psycho-sozial-kulturellen Sichtweise fördern und antreiben können.

## 8. Literatur- und Quellenverzeichnis

### Literatur

- Achberger, Christel. (2019). EX-IN Kurse - Teilhabe in der Sozialpsychiatrie. In Annette Eberle, Uwe Kaminsky, Luise Behringer & Ursula Unterkofler (Hrsg.), *Menschenrechte und Soziale Arbeit im Schatten des Nationalsozialismus* (S. 245-255). Wiesbaden: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-658-19517-5\_13
- Achberger, Christel & Utschakowski, Jörg. (2015). Zuversicht als Grundhaltung lohnt sich. *Soziale Psychiatrie*, 148(2), 14-15.
- Amering, Michaela. (2006). Hoffnung-Macht-Sinn: Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In Thomas Bock (Hrsg.), *Eigensinn und Psychose* (S. 146–154). Neumünster: Paranus-Verlag.
- Amering, Michaela. (2009). Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit. Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In Jörg Utschakowski, Sielaff Gyöngyvér & Thomas Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (2. Aufl., S. 58-69). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Anthony, Arnold William. (1993). Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation*, 93(16), 11-23.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen der Sozialen Arbeit*. Bern: Avenir Social.
- Binder, Werner & Bender, Wolfram. (2008). *Angehörigenarbeit und TRIALOG. Auf dem Weg zu einer trialogischen Psychiatrie*. Köln: Claus Richter Verlag.

- Bock, Thomas (2010). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In Jörg Utschakowski, Sielaff Gyöngyvér & Thomas Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (2. Aufl., S. 22-32). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, Thomas. (2011). Und sie bewegt sich doch ...! Die DGSP in der Zeit nach der Psychiatrie-Enquete. *Soziale Psychiatrie*, 2, 22-26.
- Bock, Thomas & Kluge, Ulrike. (2019). Der sich und Anderen helfende Mensch. In Klaus Döner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz & Frank Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie* (25. Aufl., S. 33-88). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bombosch, Jürgen. (2002). Das Prinzip des Trialogs in Verbindung mit dem FMM [Freiburger Management Model]. *Verbands-Management (VM). Fachzeitschrift für Verbands- und Nonprofit-Management*, 28(3), 42-47.
- Bürli, Chantale, Amstad, Fabienne, Duetz, Margreet & Schibli, Daniela. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder: Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burr, Christian, Rother, Katja, Elhilali, Laila, Winter, Andréa, Weidling, Katja, Kozel, Bernd & Gurtner, Caroline. (2019). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 212-223. doi:10.1111/inm.12665
- Burr, Christian & Winter, Andrea. (2016). Schweizer Erfahrungen im stationären und ambulanten Bereich. In Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock & Andrea Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie* (2. Aufl., S. 123-135). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse. (2016). *Soziale Psychiatrie: Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Cook, Judith, Copeland Mary Ellen & Jonikas, Jessica. (2011). Results of randomized controlled trial of mental illness selfmanagement using Wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 214-222.
- Corrigan, Patrick William, Larson, Jonathan Eugene & Michaels, Patrick. (2015). Diminishing the self stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229(2), 148-154. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.053
- Davidson, Larry, Chinman, Matthew, Sells, David & Rowe, Michael. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. doi:10.1093/schbul/sbj043
- Debyser, Bart, Berben, Kevin, Beeckman, Dimitri, Deproost, Eddy, Van Hecke, Ann & Verhaeghe, Sofie. (2019). The transition from patient to mental health peer worker: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 560-571. doi:10.1111/inm.12561
- Dech, Thomas & Landua, Grit. (2014). Psychiatrie geht neue Wege. In Sabine Hahn, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Harald Stefan, Michael Schulz, Susanne Schoppmann (Hrsg.), *Schwellen, Grenzen und Übergänge. Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft* (S. 30-32). Bern: Verlag BFH, Fachbereich Gesundheit Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN. (2013). *Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Dörr, Margret & Müller, Burkhard. (2019). Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In Margret Dörr (Hrsg.), *Nähe und Distanz: Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (4. Aufl., S. 14-39). Weinheim: Beltz Juventa.
- Düzenli, Hatice & Lerzer, Helmut. (2014). „The missing link“ – Der Einsatz als Genesungsbegleiterin auf einer akutpsychiatrischen Station – ein Praxisprojekt. In

Sabine Hahn, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Harald Stefan, Michael Schulz, Susanne Schoppmann (Hrsg.), *Schwellen, Grenzen und Übergänge - Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft* (S. 38-39). Bern: Verlag BFH, Fachbereich Gesundheit Forschung & Entwicklung/ Dienstleistung Pflege.

Eichenbrenner, Ilse. (2017). Das psychiatrische Hilfesystem. In Jeanette Bischof, Daniel Deimel, Christoph Walther, Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 116-139). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Eichenbrenner, Ilse & Clausen, Jens. (2016). *Soziale Psychiatrie: Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Felton, Chip, Stastny Peter, Shern David, Blanch Andrea, Donahue, Sheila, Knight, Edwa, Brown, Celia. (1995). Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatric Services*, 46(10), 1037-1044. doi:10.1176/ps.46.10.1037

Finzen, Asmus. (2013). *Stigma und psychische Erkrankung*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Gillard, Steve, Gibson, Sarah, Holley, Jess & Lucock, Mike. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 435-445. doi:10.1017/S2045796014000407

Greenfield, Thomas, Stoneking, Beth, Humphreys, Keith, Sundby, Evan & Bond, Jason. (2008). A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *Community Psychology*, 42(1-2), 135-144. doi:10.1007/s10464-008-9180-1

Heim, Susanne, Heissler, Matthias, Prins, Sibylle & Zechert, Christian. (2019). Spielräume (Ökologie der Selbst- und Fremdhilfe). In Klaus Döner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz & Frank Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie* (25. Aufl., S. 751-823). Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Helfferrich, Cornelia (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 669-674). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Hoffmann, Karin-Maria. (2003). *Enthospitalisierung und Lebensqualität. Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.  
doi:10.1486/9783884143520
- Jahnke, Bettina. (2014). EX-IN Kulturlandschaften. *Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?* Neumünster: Paranus Verlag.
- Keupp, Heiner. (2007). Mut zum aufrechten Gang. Was bieten Beteiligung und Empowerment für Psychiatrie und Selbsthilfe? *Soziale Psychiatrie*, 31(3), 4-9.
- Knuf, Andreas & Bridler, Sabrina. (2008). Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie? In Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann & Stefan Harald (Hrsg.), *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery* (S. 24-32). Unterostendorf: Ibicura.
- Knuf, Andreas, Osterfeld, Margaret. & Seibert, Ulrich. (2007). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (5. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kruckenberg, Peter. (1999). Der Aufbau einer integrierten regionalen „Vollversorgung“ in einer Großstadt und die Konzeption eines „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ nach den Vorstellungen der Expertenkommission. In Walter Ricard & Fritz Reimer (Hrsg.), *Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht* (S. 125-145). Berlin: Rheinland-Verlag.
- Kunze, Heinrich. (1999). Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem und das Problem der sogenannten Enthospitalisierung. In Walter Ricard & Fritz Reimer (Hrsg.), *Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Tagungsbericht* (S. 43-57). Berlin: Rheinland-Verlag.



Mahlke, Candelaria, Krämer, Ute Maria, Becker, Thomas & Bock, Thomas. (2014). Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 276–281.

Mahlke, Candelaria, Krämer, Ute Maria, Kilian, Reinhold & Becker, Thomas. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde*, 34(04), 235–339. doi:10.1055/s-0038-1627580

Mahlke, Candelaria, Priebe, Stefan, Heumann, Kolja, Daubmann, Anne, Wegscheider, Karl & Bock, Thomas. (2016). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42, 103–110. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.12.007

Mahlke, Candelaria, Schulz, Gwen, Sielaff, Gyöngyver, Nixdorf, Rebecca & Bock, Thomas. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 214-221. doi:10.1007/s00103-018-2875-z

Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philip & Fenzl, Thomas. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543-556). Wiesbaden: Springer Verlag.

Meier, Peter Johannes & Cukas, Jvo. (2010, 21. Mai). Ein Land von psychisch Kranken. *Beobachter*, S. 11-13.

Otte, Ina, Werning, Anna, Nossek, Alexa, Vollmann, Jochen, Juckel, Georg & Gather, Jakob. (2019). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/09638237.2019.1581349

- Repper, Julie & Carter, Tim. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. doi:10.3109/09638237.2011.583947
- Sommerfeld, Peter & Hierlemann, Franz. (2004). Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 326-333) Berlin: Springer Verlag.
- Sommerfeld, Peter, Hollenstein, Lea & Krebs, Marcel. (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts*. Olten: IPW.
- Staub-Bernasconi, Silvia, Baumeler, Marlis, Bornemann, Carlo, Harder, Ulrike, Hierlemann, Franz, Mäder, Eva, Philipp, Pablo, Rügger, Cornelia & Wegmann, Michaela. (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik.
- Thiersch, Hans. (2015). *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans (2019). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Nähe und Distanz: Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (4. Aufl., S. 42-58). Weinheim: Beltz Juventa.
- Tschanz, Simone. (2019). Welche Empfehlungen geben Betroffene bezüglich Entlassungsmanagement. In Sabine Hahn, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Harald Stefan, Michael Schulz, Susanne Schoppmann (Hrsg.), *Schwellen, Grenzen und Übergänge. Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft* (S. 248-252). Bern: Verlag BFH, Fachbereich Gesundheit Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege.

- Utschakowski, Jörg. (2010). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In Jörg Utschakowski, Sielaff Gyöngyvér & Thomas Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (2. Aufl., S. 14-22). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg. (2012). Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In Jeanette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther, Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 292-309). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, Jörg & Daszkowski, Jurand. (2012). EX-IN Ausbildungen: Experienced Involvement – Pro & Kontra. *Psychiatrische Praxis* 39(5), 202-203.
- Utschakowski, Jörg. (2017). Psychiatrie Erfahrung anerkennen und nutzen. In Jeanette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther, Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 292-308). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Walther, Christoph. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In Jeanette Bischkopf, Daniel Deimel, Christoph Walther, Ralf-Bruno Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 18-37). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Walther, Christoph & Deimel, Daniel. (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In Bischkopf Jeannette, Deimel Daniel, Walther Christoph, Zimmermann Ralf-Bruno (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 38-58). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Weinmann, Stefan. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie: Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

## Websites

Basset, Thurstine, Faulkner, Alison, Repper, Julie & Stamou, Elina. (2010). *Lived Experience Leading The Way. Peer Support in Mental Health*. [PDF]. Abgerufen von <https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf>

Bezirk Oberbayern. (2015). *EX-IN im Bezirk Oberbayern. Endbericht zum Modellprojekt. 1. Januar 2013 - 31. Dezember 2014. Broschüre des Bezirkes Oberbayern* [PDF]. Abgerufen von [https://www.netzg-rlp.de/fileadmin/downloads/lvpe-rlp\\_-\\_EX-IN-Studien\\_-\\_Abschlussbericht\\_Oberbayern2015.pdf](https://www.netzg-rlp.de/fileadmin/downloads/lvpe-rlp_-_EX-IN-Studien_-_Abschlussbericht_Oberbayern2015.pdf)

Bock, Thomas. (2013). *Psychiatrie im Widerstreit der Interessen - Risiken und Chancen für die Zukunft* [Website]. Forum Gemeindepsychologie, 18, S. 3. Abgerufen von: [http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2013\\_03.html](http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2013_03.html)

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB). (n.d.). *Pairs praticien en santé mentale* [PDF]. Abgerufen von [ebgb@gs-edi.admin.ch](mailto:ebgb@gs-edi.admin.ch)

EX-IN. (n.d.). *Herzlich Willkommen* [Website]. Abgerufen von <https://www.ex-in-bern.ch>

EX-IN. (n.d.). *Weiterbildung EX-IN Bern* [Website]. Abgerufen von <https://www.ex-in-bern.ch/weiterbildung-ex-in-bern/>

Ciampi, Luc. (2010). *Sozialpsychiatrie gestern, heute und morgen* [PDF]. Abgerufen von <http://www.ciampi.com>

Gassmann, Jürg. (2011). *Geschichte der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana – von den Anfängen bis ins Jahr 2010* [PDF]. Abgerufen von <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>

Gesundheitsförderung Schweiz. (n.d.). *Kampagnen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz* [Website]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch>

## Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

Gesundheitsförderung Schweiz. (n.d.). *Psychische Probleme in der Schweiz: Betroffene leiden und schweigen* [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch>

Gesundheitsförderung Schweiz. (2018). *Internationaler Tag der psychischen Gesundheit: Kampagnen zur Förderung der psychischen Gesundheit lanciert* [Website]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch>

Pro Mente Sana. (n.d.). *Peer-Arbeit* [Website]. Abgerufen von <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>

Pro Mente Sana. (n.d.). *Portrait* [Website]. Abgerufen von <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>

Pro Mente Sana. (2018). *Manifest 2018* [Website]. Abgerufen von <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>

Rüedi-Bettex, Madeleine. (n.d.). *Wer sind wir?* [Website]. Abgerufen von <https://www.medecinedelapersonne.org/de>

Scarcelli, Rino. (2018). *Basaglia-Reform: Italienische Psychiatriereform hinterlässt Spuren in der Schweiz* [Website]. Abgerufen von <https://www.swissinfo.ch>

Schweizerische Balint Gesellschaft. (n.d.). *Was ist Balintarbeit* [Website]. Abgerufen von <http://www.balint.ch/index.html>

Wie geht's dir?. (n.d.). *Aktuelles* [Website]. Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Wie geht's dir?. (n.d.). *Ich suche Unterstützung* [Website]. Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Wie geht's dir?. (n.d.). *Impulse für die Psyche* [Website]. Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Wie geht's dir?. (n.d.). *Startseite* [Website]. Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

## 9. Anhang

### 9.1 Mögliche Unterfragestellungen; Tabelle

Nr	Unterfragenstellung	Erwünschter Output / angestrebte Antwort (in Stichworten)	Kapitel	Seiten
1	Was kennzeichnet den Begriff "Psychiatrie"?	Gesund/krank, Angebote, Anspruchsgruppe, MitarbeiterInnen (interdisziplinär)	1	5
2	Was heisst es, psychisch krank/gesund zu sein?	Verschiedene psychische Erkrankungen, Umgang, Angehörige, Betroffene, Unterstützungsmöglichkeiten	2	5
3	Wo ist die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld zu verorten?	Interdisziplinäre Teams, sozialarbeiterische Unterstützung, Grenze zwischen Sozialpädagogik und Betreuung/Fachperson Gesundheit schwammig, übergreifend, sozialarbeiterische Unterstützung in verschiedenen Fragestellungen (Finanzen, Wohnen, Anschlussmöglichkeiten etc.)	3	5
4	Was bedeutet "Peer-Arbeit" allgemein?	Definition von Peer-Arbeit allgemein, verschiedene Einsatz-/Arbeitsorte, Recovery Ansatz Definition	4	10
5	Wo ist der Zusammenhang von der Sozialen Arbeit zur Peer-Arbeit zu sehen?	Gibt es einen Zusammenhang? Überschneidende Themen, Zusammenarbeit/ Dialog, Empowerment, Recovery	5	10
6	Wie wird Peer-Arbeit im Kontext der Psychiatrie eingesetzt?	Ausbildung EX-IN, Stationäre, ambulante, teilstationäre Psychiatrie-Angebote, Setting, wer fordert Peer-MitarbeiterInnen an? Aufgaben, Tagesabläufe etc. von Peer-MitarbeiterInnen, Verortung im "Psychiatrie-Alltag", Zusammenarbeit mit "professionellen" Teams vor Ort	6	10
7	Welche Chancen und Vorteile bringt die Peer-Arbeit mit sich?	Mensch mit Erfahrung wird zum Experten, unterstützt Betroffene auf einer anderen Ebene, Einfühlungsvermögen etc.	7	5
8	Welche Schwierigkeiten und Nachteile sind in der Peer-Arbeit zu beobachten? (Wo liegen Grenzen der Peer-Arbeit?)	Nähe-Distanz-Thema (sowohl für Peer-Mitarbeiter wie auch für Betroffene), Zusammenarbeit mit dem professionellen Team, Bekanntheit	8	10

## 9.2 Leitfäden

### **Leitfaden-Betroffene**

1. **«Erzählen Sie, wie Sie erstmals von EX-IN gehört haben und wie es dazu gekommen ist, dass Sie die Unterstützung einer/eines EX-IN-Mitarbeiterin/Mitarbeiters in Anspruch genommen haben.»**

(Wie wurde der erste Eintritt in die Psychiatrie erlebt? Und die Betreuung? Wie wurden Krisen bewältigt? Werden Peers erwähnt?)

(Unterschied normale Behandlung und EX-INS?)

(Wo sehen Sie Vor- oder Nachteile von Peers? Was ist besser, was schlechter? Kann man das überhaupt vergleichen?)

2. **«Erzählen Sie, wie Sie die Unterstützung erlebt haben»**

(Falls nötig nachfragen, z.B.: Wie wurde mit Ihnen Kontakt aufgenommen/wie hat sich die Beziehung entwickelt/worin bestand die Unterstützung/was haben Sie besonders geschätzt/gibt es etwas das für Sie schwierig war?)

(In welchen Bereichen haben Sie Unterstützung erfahren und wie sieht diese aus?)

(Wie lange erhielten Sie Unterstützung?)

(Wie erlebten Sie die Thematik Nähe und Distanz? Auch im Vergleich zu herkömmlichem psychiatrischen Fach-/Pflegepersonal?)

3. **Wie erleb(t)en Sie sich selbst gegenüber der IN-EX-BetreuerIn?** (Welche Rolle spielte da ihr psychischer Zustand/ihre psychische Erkrankung/die psychiatrische Diagnose?)
4. **Wie haben Sie die Zusammenarbeit des/der Peers mit dem übrigen Psychiatriepersonal (Ärzte, Sozialarbeiter, Pfleger etc.) erlebt?**

*Leitfaden, Psychiater*

*Psychiater-Perspektive*

1. **Zu Beginn ganz eine allgemeine Frage: Was denken Sie, was ist für Betroffene besonders wichtig, um eine Krise zu bewältigen und welche Unterstützungsmöglichkeiten könnten Betroffenen am meisten helfen?**
2. **Wie Sie wissen, beschäftigen wir uns im Rahmen der Bachelor-Thesis mit Peer- Unterstützung in der Psychiatrie. In dem Zusammenhang interessiert uns, wann Sie zum ersten Mal von Peers gehört haben und wie haben Sie von den Peers (EX-IN) erfahren?**
3. **Welche Erfahrungen machen Sie mit diesem Angebot? Können Sie dies anhand konkreter Beispiele erläutern?**  
(Wie oft mit Peers zusammengearbeitet? Wie lief Zusammenarbeit ab?)  
(Wie gestaltet sich Zusammenarbeit zwischen Peers und Psychiater/innen allgemein?)
4. **Wie unterscheidet sich die Peer-Betreuung von einer herkömmlichen psychiatrischen Betreuung?**
5. **Wie sieht die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und insbesondere auch der Peers aus?**
6. **Was leisten die Peers, was andere Berufsgruppen nicht leisten?**  
**Welche Berufsgruppe kommt deren Angebot am nächsten? Weshalb können diese nicht die Aufgaben übernehmen?**

*Betroffenenperspektive*

7. **Wie können Betroffene auf Peer-Arbeit aufmerksam werden?**
8. **Worin unterscheidet sich, in der Perspektive von Betroffenen, eine Peer und eine herkömmliche psychiatrische Fachperson?**  
(Unterschiede der Unterstützung durch Peers vs. Psychiatrisches Fachpersonal?)
9. **Wo liegen die Chancen für die Betroffenen? Wo liegen Grenzen? Was könnten Risiken für Betroffene sein?**



**Leitfaden Peer**

**Peer-Perspektive**

- 1. Zu Beginn ganz eine allgemeine Frage: Was denken Sie, was ist für Betroffene besonders wichtig, um eine Krise zu bewältigen und welche Unterstützungsmöglichkeiten könnten Betroffenen am meisten helfen?**
- 2. Erzählen Sie, wie Sie erstmals von EX-IN gehört haben, und wie es dazu gekommen ist, dass Sie die Peer Ausbildung gemacht haben.**  
(Wann Ausbildung gemacht, wie lange arbeiten Sie bereits als Peer, wie viel Prozent? Wie sieht sonstige berufliche Laufbahn aus, was vorher gemacht?)
- 3. Kannst du uns über eine oder mehrere Betreuungen konkret etwas erzählen, was du genau übernommen hast?**  
(Schwierigkeiten in ihrer Arbeit? Chancen, Grenzen?)

**Betroffenenperspektive**

- 1. Wie können Betroffene auf Peer-Arbeit aufmerksam werden?**
- 2. Wie erleben die Betroffenen die Unterstützung durch Sie?**  
(Chancen, Grenzen)
- 3. Was denken Sie, wo Betroffene Unterschiede der Unterstützung durch Peers vs. durch psychiatrisches Fachpersonal erleben? Wie unterscheidet sich das, was die der Peer-Betreuer machen von dem, was andere Berufsgruppen in der Psychiatrie machen?**



## Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

### Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Studierende/r:  
(Name, Vorname) Bleiker Mirja

Bachelor-Thesis:  
(Titel) Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen  
Eine qualitative Erörterung aus der Betroffenenperspektive

Abgabe-Datum:  
(Tag, Monat, Jahr) 15. Mai 2020

Fachbegleitung:  
(Dozent/in) Prof. Dr. Christian Vogel

Ich, obgenannte Studierende, habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Einleitung: Themenwahl, Fragestellung, Methodenwahl, Sozialpsychiatrie: Entstehung der Sozialpsychiatrie, Kritik an der Psychiatrie, Medizinisch vs. Sozial, Entstehung Hilfsangebote, Pro Mente Sana, Kampagne: «Wie geht's dir?», Peer-Arbeit: Verständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, Peer-Arbeit im Verhältnis zur Sozialen Arbeit

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasserin:

Abstract, Peer-Arbeit: Peer-Arbeit in der Praxis, Ausbildung, Empirisches Vorgehen: Auswahl Interviewpartnerinnen und -partner, Auswertung, Ergebnisse, Diskussion, Bezüge der empirischen Ergebnisse zur Theorie, Bezug der Peer-Arbeit zur Sozialen Arbeit, Fazit

Ort, Datum:

Bern, 12.05.2020

Unterschrift:



### Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Bern, 12.05.2020

Unterschrift:





## Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

### Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Studierende:

(Name, Vorname)

Bürgisser Noemi

Bachelor-Thesis:

(Titel)

Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

Eine qualitative Erörterung aus der Betroffenenperspektive

Abgabe-Datum:

(Tag, Monat, Jahr)

15. Mai 2020

Fachbegleitung:

(Dozent)

Prof. Dr. Christian Vogel

Ich, obgenannte Studierende, habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst: Abstract, Problemanalyse: Bedarf psychisch Erkrankter, Aufgaben an das Hilfesystem, Empirische Untersuchungen, Peer-Arbeit: Peer-Arbeit in der Praxis, Peer-Arbeit und Soziale Arbeit in der Psychiatrie, Empirisches Vorgehen: Auswahl Interviewpartnerinnen und -partner, Datenerhebung, Leitfaden, Auswertung, Ergebnisse.

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasserin: Einleitung: Themenwahl, Fragestellung, Methodenwahl, Sozialpsychiatrie: Medizinisch vs. Sozial, Diskussion: Bezüge der empirischen Ergebnisse zur Theorie, Bezug der Peer-Arbeit zur Sozialen Arbeit, Fazit.

Ort, Datum:

Bern, 13.5.20

Unterschrift:

*N. Bürgisser*

### Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Bern, 13.5.20

Unterschrift

*N. Bürgisser*



## Bachelor-Thesis

Studierende/r:  
(Name, Vorname)

Bleiker, Mirja

Studierende/r:  
(Name, Vorname)

Bürgisser, Noemi

Bachelor-Thesis:  
(Titel)

Peer-Arbeit: Chancen und Grenzen

Eine qualitative Erörterung aus der Betroffenenperspektive

Abgabe-Datum:  
(Tag, Monat, Jahr)

15. Mai 2020

Fachbegleitung:  
(Dozent/in)

Vogel, Christian



## Einwilligung zur Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit

Bachelor-Thesen mit Note 5.5 und 6.0, welche nicht unter eine Geheimhaltungsvereinbarung fallen, werden in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen (in Papierversion).

Ziffer 2.5 der Politik der Berner Fachhochschule bezüglich Immaterialgüter<sup>1</sup> besagt, dass Immaterialgüter aus einer studentischen Arbeit (z.B. Projektarbeit, Bachelor- oder Masterthesis) der/dem Studierenden gehören.

Nach Art. 26 des Zulassungs- und Studienreglements (ZulStudR SA BSc)<sup>2</sup> liegt das Recht auf Veröffentlichung einer studentischen Arbeit bei der Verfasserin oder dem Verfasser<sup>3</sup>.

In begründeten Fällen kann die Fachbegleitung gegen die Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek ein Veto einlegen.

Die Verfasserin / der Verfasser erklärt sich einverstanden, dass die vorliegende Arbeit in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen wird (mit Note 5.5 oder 6.0).

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bern, 13.5.20

N. Bürgisser

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bern, 13.05.20

M. B. B.

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular wird als letzte Seite in die Bachelor-Thesis eingebunden.

<sup>1</sup> Siehe [http://www.bfh.ch/bfh/rechtliche\\_grundlagen.html](http://www.bfh.ch/bfh/rechtliche_grundlagen.html) (zuletzt besucht am 28. März 2017).

<sup>2</sup> Siehe [http://www.bfh.ch/bfh/rechtliche\\_grundlagen/studienreglemente.html](http://www.bfh.ch/bfh/rechtliche_grundlagen/studienreglemente.html) (zuletzt besucht am 28. März 2017).

<sup>3</sup> Möchte die Verfasserin oder der Verfasser die Bachelor Thesis veröffentlichen und zwar mit dem Hinweis, dass es sich um einen Text der Berner Fachhochschule Soziale Arbeit handelt, braucht es die Genehmigung der Studiengangleitung (gemäss Art. 26 ZulStudR SA BSc).