

Wohin geht die Reise?

Offene Fragen und eine Vision

T. Bock¹; J. Utschakowski²; U. Krämer³; E. Demke⁴; C. Mahlke¹; G. Sielaff¹; M. Amering⁵

¹Uniklinik Hamburg-Eppendorf; ²Fokus Bremen; ³King's College London; ⁴Berlin; ⁵Psychiatrische Universitätsklinik Wien

Schlüsselwörter

Peer-Arbeit, Genesungsbegleitung, Experienced-Involvement, Recovery, Inklusion

Zusammenfassung

In der Etablierung von Peer-Arbeit hat Deutschland aufbauend auf Betroffenen-Initiativen seit den 1980er-Jahren und auf 25 Jahren Trialog sowie das EU-Projekt EXperienced-INvolvement gute Ausgangsbedingungen, aber auch Nachholbedarf. Die EX-IN-Ausbildung wird in Deutschland auf einem im internationalen Vergleich besonders hohen Niveau konzipiert und durchgeführt, entsprechend gut qualifiziert sind die Genesungsbegleiter – bei den Betroffenen wie bei den Angehörigen. Deutlich wird ein vielfacher Nutzen von Peer-Arbeit: Ermutigung für die Nutzer, Prävention bei den Angehörigen, Inklusion, für die Peer-Arbeiter selbst, Bereicherung für die Institution. Peerarbeit ist entsprechend den Bedürfnissen Betroffener und Angehöriger vielfältig, sie schließt Selbsthilfe Netzwerke und von Erfahrenen getragener Angebote mit ein. Die Chancen von Peer-Arbeit und Partizipation verdeutlicht eine die Zukunft informierende Vision; diese bezieht auch die Forschung mit ein.

Keywords

Peer support, expert by experience, Experienced Involvement, recovery, inclusion

Summary

Emergent forms of peer recovery work in Germany build on peer-led initiatives like the Runaway House in Berlin, on 25 years of Trialogue (Psychosis Seminars) and the EU-funded project 'Experienced-Involvement'. This excellent foundation facilitates overcoming some delays. The quality of EX-IN trainings for peer support work compares extremely well in the international context; an innovation is the provision of peer support training to both service users and carers. Multiple benefits from peer recovery work have been observed: Encouragement for service users, Prevention for carers, Inclusion of peer workers, Recovery-orientation of clinical services. Peer support work is highly diverse corresponding to variability in users' and carers' needs, especially after discharge, and includes self-help networks and peer-controlled initiatives. The prospects of peer recovery work and of involvement of 'experts by experience' are highlighted in a vision to inform future development; this encompasses research.

Aspekte beleuchten, die für die Weiterentwicklung von Genesungsbegleitung und andere Peer-Angebote entscheidend sind. Dabei soll die Vielfalt der Peer-Arbeit und die besondere Rolle des Genesungsbegleiters Beachtung finden.

Vielfalt der Peer-Arbeit

In den vergangenen zwanzig Jahren wurden vornehmlich in den USA, Großbritannien, Niederlanden und Australien verschiedene Formen der Unterstützung von Menschen in seelischen Krisen durch Psychiatrieerfahrene entwickelt und wissenschaftlich evaluiert (1–3). Modelle sind eigenständige betroffenengeleitete Initiativen, Partnerschaften zwischen diesen und psychiatrischen Einrichtungen sowie in den letzten Jahren verstärkt der Einsatz geschulter Peer-Mentoren als Mitarbeiter in der Gemeinde- und Klinikpsychiatrie (4, 5.) Zusätzlich zur etablierten universitären Forschung haben akademisch ausgebildete Forscher mit eigener Psychiatrieerfahrung teils umfangreiche qualitative Forschungen zu allen Modellen der Peer-Begleitung in der psychiatrischen Versorgung durchgeführt (6, 7). Zentrale Ergebnisse sind der genuine Wert und die besondere Wirkung von Peer-Begleitung sowie die Chancen und Anforderungen an eine Änderung der klinischen Psychiatriekultur hin zu mehr Authentizität. Angesichts von Verletzlichkeit und Eigensinnigkeit in Krisen kann Peer-Arbeit die Selbstsorge und das Wohlergehen aller Beteiligten, Patienten, Angehörige und klinische Mitarbeiter langfristig verbessern (8). Innovativ sind betroffenengeleitete Gemeindeprojekte sowie Angebote gemeinsamen Lernens zwischen Psychiatrieerfahrenen und Behandelnden, wie die Recovery Colleges in England, Italien und USA, oder Projekte und Vereine, die in Deutschland im Kontext der Ex-In-Bewe-

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bock
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. 040/741053226
bock@uke.de

Where is the journey taking us? A vision for peer recovery work in Germany

Nervenheilkunde 2015; 34: 281–284
eingegangen am: 7. Januar 2015
angenommen am: 11. Januar 2015

International – besonders in den englischsprachigen Ländern – ist Peer-Support bereits weiter entwickelt, vielfältiger ausgeprägt und stärker in den Versorgungsstrukturen verankert. Peer-Support stellt für die Psychiatrie-Landschaft in Deutschland ein neuartiges innovatives Angebot dar und ist

entsprechend in der Entwicklung begriffen. Hier stellen sich wissenschaftliche, strukturelle und politische Fragen, die den Stellenwert, den Einsatz und die Wirkweise von Peer-Support betreffen. Der folgende Beitrag soll einen Ausblick auf die Zukunft von Peer-Arbeit in Deutschland bieten und

gung und des Dialogs von Erfahrungsexperten gegründet werden. In England begleitet und evaluiert ein Peer-Support-Förderungsprogramm in den nächsten drei Jahren rund 50 „grass-roots Peer Projekte“ (Mind & Bipolar Alliance).

Dabei ist „Peer“ als breiter Begriff zu verstehen, der Raum lässt für ein Spektrum von selbstbewussten Identitätswürfen von PWLE (persons with a lived experience of mental health problems), ob sie sich nun als dezidierte Psychiatrie-Kritiker (survivors) oder weniger kämpferisch als Users betrachten. Ein aktueller öffentlicher Report der *British Psychological Society* unter dem Titel „Understanding Psychosis“ weist aus, dass ca. ein Viertel der Autoren selbst einschlägig Diagnosen wie Schizophrenie erhalten haben (9).

Übertragung auf deutsche Bedingungen

Von einer solchen Offenheit in der Anerkennung von „Erfahrungsexpertise“ und Überwindung des fatalen Stigmas psychiatrischer Diagnosen sind wir weit entfernt. Einzelne Projekte wie das Berliner Weglaufhaus oder die Offene Herberge in Stuttgart existieren schon länger. Hinsichtlich der Peer-Arbeit in Kliniken liegt viel Hoffnung auf die in diesem Heft dargestellten Projekte.

Das deutsche Versorgungssystem hat einerseits ein hohes Niveau, ist zugleich aber besonders zergliedert und zersplittert. Im Spannungsfeld vielfältiger Interessen ist es sehr viel schwieriger, eine einmal als sinnvoll und effizient nachgewiesene Leistung oder eine neuen Dienstleister zu etablieren. So erschweren die unübersichtlichen Versorgungsstrukturen und die deutsche Tradition, Qualifikationen eher formal als über die individuelle Kompetenz zu definieren, den flexiblen Einsatz des Erfahrungsschatzes Betroffener.

Gemessen daran ist die Entwicklung aber auch in Deutschland bereits relativ weit fortgeschritten: In fast allen Bundesländern wird die EX-IN-Ausbildung angeboten, in Hamburg ist sie fester Bestandteil der universitären Bildungsakademie. In nahezu allen Sozialbereichen (SGB 5, 6, 8 12) sind Peer-Begleiter tätig. Insbesondere im

Klinikbereich wächst das Interesse an Peer-Arbeit rasant, sowohl im (teil)stationären Kontext zur Verbesserung des Stationsmilieus und der Kooperation als auch an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung, als eigenständige Dienstleistung unter anderem zur Erfüllung des Auftrags der Entlassungsvorbereitung und der Rückfallprophylaxe.

Die Hoffnung besteht, dass in diesem Zusammenhang auch die Tragfähigkeit informeller aber durchaus verbindlicher Hilfenetzwerke und die Gründung von peer-geleiteten Institutionen mehr wahrgenommen und geschätzt wird.

Qualität der Arbeit

Entscheidend für den Erfolg und Nutzen von Peer-Arbeit ist ihr Einsatz entsprechend den besonderen Fähigkeiten und nicht als Lückenbüßer oder Aushilfskräfte. Eine Arbeitsgruppe des Vereins EX-IN Deutschland e. V. beschäftigt sich mit Qualitätsstandards für die Beschäftigung von Genesungsbegleitern und Peer-Beratern. Ein Ziel für die Zukunft ist, mehr Stellenbeschreibungen zu entwickeln, die die Besonderheit der Peer-Arbeit beschreiben und Arbeitgebern ermöglichen, sich ein klares Bild von den Möglichkeiten und Kompetenzen zu machen, um die Erfahrungsexperten entsprechend ihrer Qualitäten einzusetzen. Andererseits geht es bei den Qualitätsstandards auch um die Bedingungen, die sicherstellen, dass Peer-Arbeit auch ihre Potenziale entfalten kann. Hierzu gehört, dass mindestens zwei Genesungsbegleiter in einem Betrieb beschäftigt werden, um den Fokus bei der Innovation nicht nur auf eine Person zu richten. Zudem ist es wichtig, dass die Erfahrungsexperten eine eigene Supervision erhalten, um zu ermöglichen, dass die Eigenständigkeit des Ansatzes auch erhalten bleibt. Allzu leicht kann es passieren, gerade wenn Erfahrungsexperten eine neue Berufsgruppe in einer Einrichtung sind, dass sie sich nur schwer gegenüber den bereits vorhandenen Berufsgruppen behaupten können und traditionelle Rollen, Haltungen und Methoden übernehmen, wenn die Peer-Identität nicht auch strukturell unterstützt wird.

Problem der Bezahlung

Die Bezahlung von Genesungsbegleitern ist nach wie vor ein kritischer Punkt. Oft werden die Genesungsbegleiter auf dem Niveau von Hilfskräften bezahlt. Andererseits werden sie oft als Spezialisten für Patienten eingesetzt, die schwer zu erreichen sind, oder sie sollen als Experten den Recovery-Ansatz etablieren und mehr Nutzerbeteiligung realisieren. Hier aber entsteht ein Widerspruch zwischen Aufgabe und Bezahlung. Verschiedene Lösungsmodelle sind denkbar:

Bezahlung nach Funktion und nicht nach Qualifizierung

Es lohnt sich dennoch zu prüfen, ob die Vergütungsordnung immer eine bestimmte Qualifizierung für eine Lohnstufe vorsieht, oder ob auch eine gleichwertige andere Qualifizierung die Einstufung legitimieren kann. Diese Möglichkeit haben verschiedene Träger bereits genutzt. In der Europäischen Union wird schon seit längerem diskutiert, wie informell erworbene Qualifikation formell angeeigneten Qualifizierungen gleichgestellt werden kann.

Erweiterung der Ausbildung

In niederländischen Modellprojekten werden die Erfahrungsexperten über drei Jahre ausgebildet. Ähnlich wie bei der deutschen Lehrausbildung sind sie in einer psychiatrischen Einrichtung beschäftigt und besuchen parallel eine „Berufsschule“ in der Inhalte ähnlich wie in der EX-IN-Ausbildung angeboten werden. Dies hebt den Qualifizierungsstand der Teilnehmer und ermöglicht nicht selten ein langfristiges Arbeitsverhältnis.

Einstellung von Menschen mit Doppelqualifizierung

Viele Erfahrungsexperten haben einen anderen Berufsabschluss. Etliche Institutionen nutzen diese Qualifikation für eine bessere Eingruppierung (10). Dies kann nur eine Übergangslösung im Einzelfall sein, weil viele Betroffene ohne geeignete Doppelqualifizierung nicht davon profitieren und auch eine Ungerechtigkeit ent-

steht, wenn bei gleicher Tätigkeit unterschiedlich bezahlt wird.

Anerkennung des Berufs und der speziellen Dienstleistung

Ein weiteres wichtiges Ziel bei der Weiterentwicklung von Peer-Arbeit in Deutschland ist, Genesungsbegleitung als Beruf anerkennen zu lassen. Wie wir von anderen Berufen wissen, kann dies geraume Zeit in Anspruch nehmen, aber es wäre ein wichtiger Schritt zur Etablierung dieses neuen Ansatzes in der Psychiatrie und es würde die Kostenerstattung bei der Ausbildung erheblich erleichtern. Auf dem Weg dahin können aber auch Teilschritte hilfreich sein:

- Viele Kliniken und Reha-Einrichtungen sind frei darin, Peer-Berater im Rahmen ihres Budgets zu beschäftigen.
- Bei der anstehenden Neuorganisation der Eingliederungshilfe (SGB 12) kann versucht werden, Peer-Arbeit selbstverständlich zu integrieren. Der Nutzen für Inklusion und Kooperation sowie für die Erreichbarkeit eigensinniger Patienten ist offensichtlich.
- Auch mit den regionalen Kassen können Vereinbarungen getroffen werden, die in einem bestimmten Umfang Peer-Arbeit erlauben, vorsehen und zumindest anteilig refinanzieren.
- Im Rahmen der jeweiligen Budgets ist der Spielraum der Institutionen (z. B. Kliniken, betreutes Wohnen, psychosoziale Kontaktstelle) ohnehin größer als manchmal vermutet und auch zusätzliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern erstrebenswert.

Visionen

Überall wo Peer-Arbeit in größerem Stil implementiert wird, gibt es große Zufriedenheit mit dem Ansatz und die Bestrebung, den Einsatz von Genesungsbegleitern und Peer-Beratern auszuweiten. Der Erfolg liegt auf der Hand und es ist zu wünschen, dass in den nächsten Jahren Peer-Arbeit standardmäßig alle psychiatrischen Angebote um die Erfahrungsperspektive ergänzt. Für diesen Schritt sind aber noch einige Unwägbarkeiten aus dem

Weg zu räumen. Die folgende hoffnungsvolle aber realitätsbezogene Vision soll das verdeutlichen:

1. Die Hamburger Psychenet-Studie schafft auf hohem methodischen Niveau den Nachweis, dass Betroffene durch Peer-Beratung wesentlich gestärkt werden hinsichtlich Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Funktionsniveau und dass dadurch in deutlichem Umfang stationäre Behandlungstage gespart werden (Veröffentlichung der Daten ist in Vorbereitung).
2. Auf dieser Grundlage sind die Hamburger Kassen auf freiwilliger Basis bereit, eine Zusatzpauschale zur Institutsambulanzpauschale zu vereinbaren, um ambulante Peer-Arbeit abzusichern. Diese Regelung wird zum Vorbild für entsprechende Vereinbarungen in anderen Ländern.
3. Die Erfahrungen aus Bremerhaven und die Hamburger Ergebnisse bestätigen die internationalen Studien. Auf dieser Basis und unterstützt vom Gesundheitsministerium startet die Aktion Psychisch Kranke eine Umfrage bei den Klinikdirektoren. Eine Mehrheit spricht sich für den Einsatz von Peerberatern aus. Auf dieser Basis wird die Anerkennung des Berufs vorbereitet. Der Betroffenenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss stellt den Antrag, Peer-Arbeit in den Leistungskatalog des SGB 5 aufzunehmen.
4. Im Rahmen der Überarbeitung der Eingliederungshilfe (SGB 12) wird Genesungsbegleitung anerkannt und integriert. Entscheidend dafür sind die doppelt inklusive Wirkung, die besondere Reichweite der Peer-Berater und die nachgewiesene Reduktion der Zwangsmaßnahmen. Zur Umsetzung der neuen Regelungen werden nach bayrischem Vorbild trialogische Beiräte eingesetzt.
5. Die Berufsanerkennung bedingt eine deutlich bessere Förderungsmöglichkeit der Ausbildung (z. B. durch die ARGE). Mehrere Universitäten folgen Vorbild der Uniklinik Hamburg-Eppendorf und integrieren die EX-IN-Ausbildung in ihre Bildungsakademien. Andere Anbieter schließen sich an. In diesem Zusammenhang gelingt es auf politischem Weg und mit Unterstützung der Sozialver-

bände (SoVD, VdK), die Förderungsbedingungen für Zuverdienst Arbeitsplätze deutlich zu verbessern.

6. Nachdem die Hamburger Studie eine Reduktion von Belastung und eine Verbesserung der Lebensqualität bei Angehörigen durch Peer-Beratung nachweist, wird dieses spezifische Angebot in das neu gefasste Präventionsgesetz aufgenommen. Das Trialog-Modell der doppelten Peer-Beratung wird kennzeichnend für Peer-Arbeit in Deutschland.
7. Schon während dieser politischen und gesetzlichen Maßnahmen hat sich die Peer-Arbeit rasant, bunt und vielfältig ausgeweitet. Auch die Akzeptanz für informelle Netzwerke steigt. Die Dokumentation dieser Entwicklung wird vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen eines Modellantrags der APK gefördert. Landesforschungsmittel helfen einen bundesweiten Multizenterantrag zur Evaluation der dreifachen Wirkung von Peer-Arbeit (auf Nutzer, Berater, Institutionen) auf den Weg zu bringen.
8. Die Peer-Arbeitslandschaft ist so vielfältig wie in den angelsächsischen Ländern: Peer-Berater arbeiten präventiv, prägen die Milieus in Kliniken, Wohn- und Arbeitseinrichtungen, leisten Genesungsbegleitung im Kontext von Institutsambulanzen sowie in peergetragenen Einrichtungen, erreichen eigensinnige Patienten, die sonst lange unbehandelt blieben und erhöhen die Selbstwirksamkeit bei Patienten, die vorher zu chronifizieren und zu hospitalisieren drohten.
9. Es wetteifern die Unikliniken von Hamburg, Berlin und München darin, gute Bedingungen für Peer-Research zu schaffen und dabei z. B. von London zu lernen. Ein EX-IN-Modul Forschung gibt es bereits. Kooperative und nutzerkontrollierte Forschungsprojekte entstehen aus dem Kreis akademisch qualifizierter psychiatrieerfahrener, in und zur Information der Betroffenenbewegung sowie aus dem Trialog heraus. Auch berühmte Akademiker outen sich. Engagierte Stiftungen unterstützen das Anliegen. Die etablierte Forschung ist erst skeptisch, lernt dann aber dass bestimmte Fragestellungen (z. B. Peer-Ar-

Fazit

Einiges, was hier beschrieben wird, ist schon auf dem Weg. Vieles ist noch zu tun. Doch auch hier machen die in diesem Heft beschriebenen Modelle Mut. In Hamburg sind alle Kliniken und Träger beteiligt. In Bremerhaven haben alle Stationen von Peer-Arbeit profitiert. In Bayern hat ein trialogischer Beirat für politische Akzeptanz in allen politischen Lagern gesorgt.

beit, Alternativen zu Zwang) von diesem parteilichen Ansatz und der Doppelqualifikation sehr profitieren (11).

10. Die Psychiatrie definiert ihren Anspruch als empirische Wissenschaft neu: Die Orientierung an den „Erfahrungen“ der Betroffenen und Angehörigen wird zum Maßstab und führt zu trialogischer Beteiligung bei der Ent-

wicklung neuer Forschungsprojekte und später (nach internationalem Vorbild) auch bei der Mittelvergabe. Die Forschung wird anwendungsbezogener und effektiver.

Interessenkonflikt

Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Literatur

1. Mead S et al. Peer support: What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2006; 10: 29–37.
2. Jonikas JA et al. Improving propensity for patient self-advocacy through Wellness Recovery Action Planning: results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal* 2013; 49: 260–269.
3. O'Hagan M. Leadership for empowerment and equality: A proposed model for mental health user/survivor leadership. *International Journal of Leadership in Public Services* 2009; 5: 1–12.
4. Pitt V et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3.
5. Chinman M et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65: 4.
6. Gillard S et al. Introducing new peer worker roles into mental health services in England: Comparative case study research across a range of organisational contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2014; 1–13.
7. Byrne L. A grounded theory study of lived experience mental health practitioners within the wider workforce. Central Queensland University. PhD thesis 2013.
8. Repper J. Peer support workers: theory and practice. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation 2013
9. Cooke A (ed). *Understanding Psychosis and Schizophrenia – a Report by the Division of Clinical Psychology*. Canterbury: Christ Church University 2013.
10. Jahnke B. *Ex-In Kulturlandschaften*. Neumünster: Paranusverlag 2014.
11. Rose D. Service user involvement in mental health research. *Improving Mental Health Care: The Global Challenge* 2013; 308–316.

Anzeige