

Aus der Klinik für Forensische Psychiatrie
der Universitätsmedizin
Rostock

Direktorin: Prof. Dr. med. B. Völlm, PhD MRCPsych DiplForPsych

**Implementierung von Genesungsbegleitung in der Forensischen
Psychiatrie**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)
der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von

Julia Hadala, geboren am 17.09.1999 in Berlin
aus Rostock

Rostock, 2023

Dekan: Prof. Dr. med. univ. Emil C. Reisinger, MBA

Gutachter*innen:

Prof. Dr. med. B. Völm, PhD MRCPsych DiplForPsych,
Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Prof. Dr. Casten Spitzer, Universitätsmedizin Rostock
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rostock

Prof. Dr. Thomas Bock, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Jahr der Einreichung: 2023

Jahr der Verteidigung: 2023

In der vorliegenden Dissertation dient die Verwendung des Sonderzeichens „*“ (Gendersternchen) dazu, um Menschen des männlichen, des weiblichen, als auch des diversen Geschlechtes gleichsam miteinzubeziehen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Forensische Psychiatrie	1
1.2 Peer Support Work	1
1.3 Geschichte Peer Support Work in der Psychiatrie	2
1.4 Einsatz von Peer Support Work in der Forensischen Psychiatrie	5
1.5 Effekte von Peer Support Work	6
1.6 Ziele der Studie	7
2. Methode	9
2.1 Setting.....	9
2.2 Studiendesign	9
2.3 Rekrutierung von Teilnehmer*innen.....	10
2.4 Teilnehmer*innen.....	10
2.5 Fokusgruppen und Einzelinterviews	11
2.5.1 Theoretischer Hintergrund von Fokusgruppen und Einzelinterviews	11
2.5.2 Inhalte der Fokusgruppen	11
2.5.2 Inhalte der Einzelinterviews	12
2.6 Datenanalyse	12
2.7 Ethik	13
2.8 Datenschutz	13
3. Ergebnisse	15
3.1 Ebene der Patient*innen	15
3.1.1 Einstellung der Patient*innen.....	16
3.1.2 Erfahrungen der Patient*innen mit dem PSW.....	16
3.1.3 Praktische Aspekte	20
3.1.4 Wünsche	21
3.2 Einzelinterviews mit Patient*innen	23
3.2.1 Einstellung von Patient*innen zum PSW (-Konzept)	23
3.2.2 Erfahrungen mit dem PSW.....	24
3.2.3 Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem PSW.....	26
3.2.4 Wünsche bezüglich des PSW in der Klinik.....	27

3.3 Ebene der Mitarbeiter*innen.....	27
3.3.1 Aufgaben und Rollen des PSW	28
3.3.2 Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen	30
3.3.3 Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen	32
3.3.4 Implementierung.....	33
3.3.5 Offene Fragen	34
3.4 Ebene des Genesungsbegleiters	35
3.4.1 Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen	35
3.4.2 Erfahrungen mit Patient*innen	37
3.4.3 Förderliche Faktoren.....	39
3.4.4 Rollen und Aufgaben des PSW	40
3.4.5 Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft	42
4. Diskussion.....	44
4.1 Einfluss von Genesungsbegleitung auf Patient*innen	44
4.2 Einfluss von Genesungsbegleitung auf Mitarbeiter*innen	49
4.3 Einfluss von Genesungsbegleitung auf den Genesungsbegleiter	51
4.4 Limitationen der Studie	53
4.5 Schlussfolgerung	54
5. Thesen	56
6. Zusammenfassung	58
7. Literaturverzeichnis	59

1. Einleitung

1.1 Forensische Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie, auch Maßregelvollzug genannt, ist ein Teilgebiet der Psychiatrie und befasst sich mit der Untersuchung und Therapie von Personen, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung eine Straftat begangen haben und bei denen eine Begehung weiterer Straftaten anzunehmen ist.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock sind die Patient*innen mehrheitlich im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung straffällig geworden oder standen während der Straftat unter Alkohol- oder Drogeneinfluss (Unterbringungsgrundlage §64 StGB). Patient*innen die nicht aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung straffällig geworden sind, sondern aufgrund von psychischen Erkrankungen eine rechtswidrige Tat begangen haben und zum Tatzeitpunkt eingeschränkt schuldfähig bzw. schuldunfähig waren, werden nach §63 StGB in der KFP untergebracht.

Bei der Unterbringungsgrundlage §64 StGB gilt: *Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 StGB zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.*

Nach §63 StGB ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn Patient*innen eine Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20 StGB) beziehungsweise der verminderten Schuldfähigkeit (§21 StGB) begangen haben. Zugrunde liegen hierbei länger andauernde psychische Erkrankungen, die zu der Straftat geführt haben und als Folge deren das Risiko besteht, erneut straffällig zu werden. Die Unterbringung nach §63 StGB erfolgt ohne zeitliche Begrenzung, jedoch unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit gemäß §62 StGB.

1.2 Peer Support Work

Peer Support Work oder Peer-Beratung, im deutschsprachigen Raum auch Genesungsbegleitung genannt, bezeichnet ein System der Beratung durch Menschen mit denselben Merkmalen, Krankheiten oder Lebenssituationen wie der/die Konsultierende. Respekt, geteilte Verantwortung und das gegenseitige Einvernehmen zwischen dem Betroffenen und dem Genesungsbegleiter über womöglich hilfreiche Ansätze stellen die Hauptprinzipien von Peer Support Work dar (Mead et al, 2001). Grundlage der Peer-Beratung ist das Verständnis des Peer Support Workers für die Lebenssituation eines Menschen auf eine empathische Art und Weise, die auf geteilten oder ähnlichen Erfahrungen beruht (Mead et al, 2001). Diese Verbindung erlaubt den Konsultierenden

einen authentischen und unvoreingenommenen Austausch mit einem/einer Peer-Berater*in ohne die Einschränkungen der traditionellen Expert*innen-Patient*innen-Beziehung aufzuweisen, die zumeist ausschließlich auf Faktenwissen basiert und das Einfühlungsvermögen aufgrund von fehlenden Erfahrungen erschwert.

Verständnis ist ein weiterer wichtiger Ansatz, der sich im Rahmen der Peer-Beratung auf die Stigmatisierung, mit der psychiatrische Patient*innen oft leben müssen, bezieht. Diese Stigmatisierung und die damit verbundene Primäridentität von psychisch erkrankten Patient*innen führt zumeist zu der Annahme von Betroffenen, dass der Rest der Gesellschaft die Probleme und Konflikte nicht verstehen kann und somit eine „Wir/Ihr“-Trennung vorgenommen wird, die das Vertrauen und eine offene Einstellung zu Ärzt*innen und anderen Therapeut*innen erschwert. Peer Support Work, beziehungsweise Genesungsbegleitung, trägt in diesem Zuge zu der Normalisierung dessen bei, was als „abnormales Verhalten“ bezeichnet wird (Dass & Gorman, 1985) und versucht das Stigma von spezifischen Personengruppen oder deren Merkmalen zu enttabuisieren. Durch diese Art von Unterstützung, Begleitung und Mitgefühl werden Gefühle wie Einsamkeit, Zurückweisung, Diskriminierung und Frustration minimiert (Richard et al., 2022). Peer-Beratung kann in Gruppen, etwa in Form von Selbsthilfe-Gruppen oder in Einzelgesprächen stattfinden und verschiedene Themen behandeln.

Die Aufgabenfelder stationär tätiger Genesungsbegleiter*innen sind vielfältig und reichen von der Unterstützung Betroffener im Alltag, im allgemeinen Umgang mit ihrer Erkrankung über Vermittlung zwischen Patient*in und Expert*innen oder Angehörigen, Schulung von Betroffenen, Angehörigen und Personal bis hin zur Mitwirkung an Wissenschaft und Forschung (Mahlke et al., 2019; Völlm et al., 2017).

1.3 Geschichte Peer Support Work in der Psychiatrie

Peer Support Work wird aktuell weitestgehend als ein Fortschritt der gemeindenahen beziehungsweise ambulanten psychiatrischen Dienste betrachtet, dessen Ansätze sich in den 1990er- Jahren durch internationale Selbsthilfe-Bewegungen entwickelt haben (Nossek et al., 2020).

Die Wurzeln des Peer Support Work liegen in dem Konzept des „Traitement moral“, eingeführt von Pussin und Pinel Ende des 18. Jahrhunderts in Frankreich (Davidson et al., 2012). Jean-Baptiste Pussin, der selbst jahrelang Patient des Bicêtre Hospital gewesen ist, begann nach seiner Genesung von Skrofulose als Leiter der Abteilung für Geisteskranke zu arbeiten. Eine von Pussins Hauptstrategien lag in der Akquise von genesenen Patient*innen, die er als Mitarbeiter*innen des Hospitals anstellte (Davidson et al., 2012). Pinel empfand die ehemaligen Patient*innen, die von Pussin rekrutiert worden sind, als „abgeneigt von aktiver Grausamkeit“ und „geneigt zur Herzlichkeit“ (Sushma et al., 2016). Mit diesen neuen Konzepten erreichten Pussin und Pinel revolutionäre Fortschritte in der Psychiatrie, die Grausamkeit in Form von Misshandlung oder Fesselung verboten, Freundlichkeit gegenüber Patient*innen förderten und die Wichtigkeit von geregelten Tätigkeiten hervorhoben (Weiner, 1979).

Ein ähnliches Vorgehen nutzte der Psychiater Harry Stack Sullivan in den anfänglichen 1920er-Jahren: Er lehnt im Gegensatz zu Freud die Ansicht ab, an Schizophrenie erkrankte Patient*innen als unheilbar und nicht kommunikationsfähig zu betrachten und erklärte Psychosen zu einem menschlichen Zustand, der mit zwischenmenschlichen Beziehungen, teilweise unterstützt durch ausgebildete Fachkräfte, therapiert oder geheilt werden kann. Überzeugt von dem Gewinn der selbstgemachten Erfahrung, akquirierte Sullivan genesene Patient*innen als Mitarbeiter*innen seiner stationären Abteilung und bereitete sie auf ihre Aufgaben und die Betreuung von akut erkrankten Patient*innen vor (Davidson et al., 2012). Die Tatsache, dass Harry Stack Sullivan vor Beginn seines Medizinstudiums 1919 eine Zeit lang wegen einer schweren psychischen Krise, nach heute bekannten Fakten aufgrund einer schizophrenen Episode, stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden war, unterstrich seinen Glauben daran, dass geteilte Erfahrungen einen exorbitanten Gewinn für die Behandlung von psychiatrischen Patient*innen darstellen (Siebenhüner, 2007).

1965 wurde die Peer Support Bewegung erneut von dem Psychologen Robert R. Carkhuff und Charles Truax aufgegriffen: an Stelle von professionell ausgebildeten Therapeut*innen wurden in allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen nicht professionell ausgebildete Peers im Umgang mit Patient*innen eingesetzt. Der Versuch zeigte, dass die resultierende Empathie und Verbundenheit dazu führte, dass professionelle Therapeut*innen hinsichtlich ihrer Empathie und Beziehung zu Patient*innen von Peers übertroffen wurden (Tang, 2013).

Etwa zur selben Zeit wurden in Neuseeland ehemalige psychiatrische Patient*innen dazu akquiriert ehrenamtlich Betroffenen zu helfen (Scott et al. 2011). 1973 wurde die Organisation Mental Patients Union im Paddington Day Hospital gegründet. Ohne Finanzierung errichteten Mitglieder der MPU (Mental Patients Union) Zentren und Stellen, in denen Personen in Krisensituationen Hilfe und Unterstützung finden konnten. Gruppen wie The Campaign Against Psychiatric Oppression, the British Network of Alternatives to Psychiatry und die Mental Patients Union ebneten den Weg für das erste nationale Netzwerk der Survivors Speak Out. Diese Bewegung setzte sich bis in die 1990er fort und präsentierte sich mit einer immer weiter steigenden Anzahl von Gruppierungen von Betroffenen bzw. „Überlebenden“. Ziele dieser Gruppen waren unter anderem Verbesserungen der Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit und alternative Peer Support-Angebote zur Verfügung zu stellen (The roots of peer support, o.D., <https://understandingvoices.com/working-with-voices/peer-support/the-roots-of-peer-support/>).

1979 gründeten John Siegel, Rhoda Zussman und Richard Van Horn von der Mental Health Association in Los Angeles County das Projekt Return Peer Support Network und damit Kaliforniens erstes Peer Support Programm für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die als angestelltes Personal ihre Erfahrungen nutzten, um andere psychiatrisch erkrankte Menschen zu unterstützen und ihnen zu helfen. 1992 wurde das Projekt erneut aufgegriffen, erweitert und umfasste somit über 55 Vereine mit über 800 Mitgliedern (History, o.D., <https://prpsn.org/aboutus-peer-support-network.html?id=121>).

Zur etwa gleichen Zeit wurde in Birmingham 1991 von ehemaligen Patient*innen mit psychiatrischer Vorgeschichte und Mitarbeiter*innen psychiatrischer Dienste die Organisation C.H.A.N.G.E. gegründet, um alternative Behandlungsoptionen zur stationären Behandlung zu entwickeln. 2001 betrieb C.H.A.N.G.E. zwei Krisenhäuser, in denen Personen in akuten Krisensituationen aufgenommen werden konnten. Die dortige Arbeit wurde sowohl von den Mitarbeiter*innen als auch von den Nutzer*innen als Erfolg betrachtet. Begründet wurde der Erfolg und die Wirksamkeit der Intervention mit dem Erfahrungsschatz der Mitarbeiter*innen, die selbst schwere psychische Krisen durchlebt hatten und Erkenntnisse aus dem eigenen Recovery-Prozess nutzen konnten, um Patient*innen zu unterstützen. Berichte ehemaliger Patient*innen machten deutlich, wie wichtig es ihnen war, dass sie als Patient*innen die Protagonist*innen ihres eigenen Genesungsprozesses darstellten und zu jeder Zeit aufgefordert waren, Verantwortung zu tragen und eigene Behandlungsstrategien zu entwickeln (Heuchemer & Errami, 2016).

In den letzten 30 Jahren erzielte die Entfaltung und Implementierung von Peer Support Work aufgrund einer immer patientenzentrierter werdenden Gesundheitspolitik große Fortschritte. Diese Veränderungen wurden hauptsächlich im angloamerikanischen Raum, in Ländern wie Großbritannien, Neuseeland, Australien, Kanada und vereinzelt Staaten der USA vorangebracht. Alleine in den Vereinigten Staaten sind über 10.000 Peer Berater*innen im Einsatz, mit steigender Tendenz, trotz der weltweiten Rezession und der hohen Arbeitslosenquote (Davidson et al., 2012).

Seit Jahren sind Genesungsbegleiter fester Bestandteil der psychischen Gesundheitsversorgung in Großbritannien. Nach Empfehlung der National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-Leitlinie soll Peer-Arbeit in die Behandlung von Patient*innen mit Psychosen, wie beispielsweise Schizophrenie oder anderen psychischen Erkrankungen mit psychotischen Symptomen, integriert werden, um auf die persönliche Erfahrung der Patient*innen zurückzugreifen und eine Besserung des Wohlbefindens der Betroffenen zu erreichen (NICE Guideline, 2014, Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management). Peer Support Worker sind praktisch in allen psychiatrischen Institutionen fester Bestandteil des Behandlungsangebotes.

Seit 2005 werden Peer Support Worker in Deutschland und anderen europäischen Staaten mithilfe des „Experienced Involvement“-Curriculums ausgebildet, das einen Dialog zwischen Patient*innen, Expert*innen und Genesungsbegleiter*innen ermöglichen und erleichtern soll (Nossek et al, 2020). Das Konzept für das europaweit gültige Curriculum zur Ausbildung von Genesungsbegleiter*innen ist von norwegischen, schwedischen, englischen, niederländischen, slowenischen und deutschen Partnern im Rahmen des Leonardo da Vinci Pilotprojektes EX-IN von 2005 bis 2007 entwickelt worden. In den Diskussions- und Entwicklungsprozess einbezogen wurden Verbände von Psychiatrie-Erfahrenen, Ausbildungseinrichtungen, psychiatrische Dienste, Forschende und Lehrkräfte aller teilnehmenden Länder. Auf dieser Grundlage werden psychiatrieerfahrene Menschen seit 2008 deutschlandweit im Rahmen der Peer-Ausbildung qualifiziert (EX-IN-Niederrhein Entstehung und Entwicklung,, o.D.).

Die Qualifikation zum/zur Genesungsbegleiter*in beläuft sich auf ein Jahr und findet an 12 Wochenendterminen statt, an denen jeweils ein Modul absolviert wird. Zu den 5 Basismodulen gehören: 1. Gesundheitsfördernde Haltungen (Salutogenese), 2. Empowerment, 3. Erfahrung und

Teilhabe, 4. Perspektiven und Erfahrung von Genesung (Recovery) und 5. Dialog. Im Anschluss finden weitere 7 Module statt, die die Themen Selbsterforschung (6.), Fürsprache (7.), Assessment (8.), Begleiten und Unterstützen (9.), Krisenintervention (10.) sowie Lehren und Lernen (11.) behandeln und mit einem Abschlussmodul enden. Weiterhin beinhaltet die Qualifikation die Absolvierung von zwei Praktika, eine Abschlusspräsentation und ein individuelles Portfolio. Derzeit gibt es in Deutschland 34 Standorte und jeweils einen Standort in Österreich und der Schweiz, an denen eine Ex-In-Ausbildung absolviert werden kann (EX-IN-Genesungsbegleitung, 2020).

Inzwischen haben sich also Genesungsbegleiter*innen aus dem ehemals ehrenamtlichen Engagement in eine neue Beschäftigtengruppe entwickelt und bilden deutschlandweit einen festen Bestandteil der Behandlungsteams in der Allgemeinpsychiatrie und bringen ihre Expertise sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapien ein. Nach den S3-Praxisleitlinien der Psychiatrie und Psychotherapie sollte Genesungsbegleitung Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung ihrer Wünsche angeboten werden und als zusätzliches Angebot zu professionellen Angeboten verstanden werden (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2018).

Ver.di veröffentlichte 2019 ein Positionspapier zu Genesungsbegleiter*innen in psychiatrischen Einrichtungen, in dem klare Standards zu Fortbildungen, Rahmenbedingungen und tarifliche Eingruppierungen gefordert werden. Im November 2020 folgte die Ergänzung des Positionspapiers bezüglich Genesungsbegleitung im Maßregelvollzug, in denen spezifische Qualifikationsbedarfe und Anforderungen gelten sollen.

Mehr als 1000 Genesungsbegleiter*innen haben sich in Deutschland gegenwärtig schon aus- und fortgebildet und stellen eine bedeutsame Ergänzung in multiprofessionellen Teams der Psychiatrie dar (Positionspapier der ver.di Bundesfachkommission Psychiatrische Einrichtungen, November 2020, Genesungsbegleiter*innen: Rollen klären, Stellen sichern und finanzieren, Arbeit angemessen entlohnen).

1.4 Einsatz von Peer Support Work in der Forensischen Psychiatrie

Im Gegensatz zur Allgemein-Psychiatrie ist der Einsatz von Peer Support Work in der forensischen Psychiatrie und anderen forensischen Settings, wie Justizvollzugsanstalten, weniger vertreten, sodass langjährige Erfahrungen mit Peer Support in diesem spezifischen Setting fehlen. Faktoren, die die Implementierung von Peer Support Work in der forensischen Psychiatrie erschweren können, sind strengere Sicherheitsvorschriften und zahlreiche Verbote gegen das Einstellen von Personen mit strafrechtlichen Verurteilungen in Berufen des Gesundheitssystems, sowie die Gefahr einer Zugangsverweigerung zu Gefängnissen, Justizvollzugsanstalten und forensischen Psychiatrien (Baron, 2011). Ungeachtet der verschiedenen Peer Support Ausbildungen, sind nur wenige Programme spezifisch für den Einbezug von Wissensgrundlagen und praktischen Kompetenzen für das forensische Setting ausgelegt. Howie the Harp Peer Advocacy Center, gegründet 1995 in New York, ist eine der wenigen Ausbildungsstätten, die es aufgrund von verschiedenen Ausbildungszweigen ermöglicht unter anderem spezifisch forensische Peer Spezialisten auszubilden und die Besonderheiten im forensischen Setting wie die Stigmatisierung und die zumeist vorangegangene Inhaftierung von Patient*innen zu thematisieren (Miller & Fuller, 2007). Die Etablierung von Fähigkeiten Aufgaben eigenverantwortlich und situationsgerecht bewältigen zu

können, Techniken zur Stressbewältigung und Copingstrategien, sowie Beratungsmethoden werden hierbei in das Aufgabenfeld der forensischen Peer Spezialist*innen eingebaut.

Ogleich Peer Spezialist*innen in forensischen Settings, wie beispielsweise in England und in den Niederlanden, existieren, sind forensische Peer Spezialist*innen in Deutschland wenig vertreten. Daten über die Implementierung, der Aufgabenfelder, Gehälter und der Differenzierung von forensischen Peer Spezialist*innen zu anderen Peer Support Diensten fehlen und weisen auf einen erheblichen Forschungsbedarf in diesem Bereich hin (Adams & Lincoln, 2020).

1.5 Effekte von Peer Support Work

Die Effekte von Peer Support Work zeigen sich auf unterschiedliche Weise.

Nutzer*innen von Peer Support Work berichten über einen positiven Einfluss auf ihre Genesung, die sich in Form von Unterstützung und Empowerment präsentiert. Psychische Probleme oder Krisen werden mittels Genesungsbegleitung sowohl auf Seite der Betroffenen als auch auf Seite der Behandler*innen normalisiert. Zusätzlich berichten Nutzer*innen von einer Aktivitätssteigerung und einer stärkeren Einbindung in der Gesellschaft. Gefühle von Hoffnung und Zukunftsvisionen werden vermittelt und das Gefühl von Kontrolle über das eigene Handeln und Leben wird entwickelt (Hunt et al 2019).

Studien zeigen, dass betroffene Patient*innen sozial besser eingebunden waren und seltener erneut hospitalisiert werden mussten. Diese Verringerung der Anzahl und Dauer erneuter Krankenhausaufenthalte durch Peer Support ermöglicht Entlastungen im Gesundheitswesen und stellt damit auch ein Vorteil auf gesellschaftlicher Ebene dar (Trachtenberg et al., 2013).

In qualitativen Studien und in diesem Kontext durchgeführten Interviews, sowie Fokusgruppen wurde zudem festgestellt, dass Genesungsbegleiter*innen auch als Vorbilder von Betroffene angesehen werden (Hunt et al. 2019).

Peer-Support Work stellt nicht nur eine Ergänzung zur traditionellen psychiatrischen Versorgung dar, sondern führt, mehreren Übersichtsstudien von qualitativen Studien zufolge, zu einer höheren Zufriedenheit der Nutzer*innen und einer größeren Reduktion von Problemen des alltäglichen Lebens (Utschakowski, 2015).

„Als ich diagnostiziert wurde, brauchte ich hoffnungsvolle Botschaften und Rollenmodelle. Ich war darauf angewiesen, von Wegen in eine bessere Zukunft für mich zu erfahren. (...) Warum ist Hoffnung für Recovery wichtig? Weil Hoffnung die Wurzel aller Energie des Lebens darstellt. (...) Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery. (...) Eine hoffnungsvolle Umgebung ist eine menschlichere Umgebung. Die Mitarbeitenden fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz wertgeschätzt und respektiert, was es ihnen wiederum ermöglicht, zu ihren Klienten mit Hoffnung und Respekt in Beziehung zu treten. Am besten können hoffnungsvolle Umgebungen in der Psychiatrie geschaffen und gefördert werden durch die Einbeziehung von bezahlten Genesungsbegleitenden in allen Behandlungsbereichen. (...) Sie sind starke Vorbilder und der lebendige Beweis für Recovery. Ihre Gegenwart hinterfragt tief verwurzelte innere Einstellungen bezüglich Chronizität und Hoffnungslosigkeit.“ (Patricia Deegan in Burr et al. 2012)

Neben der Existenz von positiven Effekten für Nutzer*innen von Genesungsbegleitung profitieren auch Mitarbeiter*innen von Behandlungseinrichtungen von Peer Support Work.

Genesungsbegleitung trägt dazu bei, dass Mitarbeiter*innen einen besseren Einblick in das Leben der Betroffenen gewinnen und gegenüber dem Genesungsprozess von Betroffenen mehr Verständnis entgegenbringen (Hunt et al. 2019).

1.6 Ziele der Studie

Peer Support im psychiatrischen Setting ist seit Jahren fester Bestandteil in Deutschland.

Mittlerweile erfolgte die Erarbeitung erster Leitlinien zur Implementierung von Peer Support (Heumann et al., 2015). Der Einsatz von Peer Support Workern in der forensischen Psychiatrie ist demgegenüber jedoch noch eine Seltenheit (Nolan, 2015). Demzufolge fehlen Erfahrungen und Erkenntnisse in diesem Bereich, die auf besondere Merkmale der Patient*innen und des Settings der forensischen Psychiatrie eingehen.

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock finanzierte seit Mai 2019 die Ausbildung eines Genesungsbegleiters im Rahmen der Ex-In-Weiterbildung. Nach Beendigung der Ausbildung und anschließender Absolvierung zweier Praktika erhielt der Genesungsbegleiter ein Jahr lang von Mai 2020 bis Mai 2021 eine Teilzeitstelle (50%) in der Klinik für Forensische Psychiatrie, welche hier im Rahmen des 2. Messzeitpunktes evaluiert wurde. Inzwischen ist der Genesungsbegleiter in der Klinik für Forensische Psychiatrie fest angestellt.

Ziel dieser Studie war es, den Implementierungsprozess des Genesungsbegleiters in der Klinik für Forensische Psychiatrie zu evaluieren, die Effekte auf Patienten- und Personalebene zu identifizieren und mögliche Schwierigkeiten, sowie das Verbesserungspotenzial zu erkennen.

Die Gesamtstudie beinhaltete drei Zeitpunkte (T1, T2 und T3), an denen Interviews geführt worden sind. Zum ersten Zeitpunkt (T1) wurden im Vorfeld telefonische Interviews mit Personen mit Leitungsfunktion im Maßregelvollzug geführt, um in Erfahrung zu bringen, ob bereits Erfahrungen mit Genesungsbegleiter*innen gemacht worden sind. Ist dies bejaht worden, wurden Interviews mit den dortigen Genesungsbegleiter*innen erbeten. Zum selben Zeitpunkt (T1) wurden zwei Fokusgruppen mit Mitarbeiterinnen und ein Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock durchgeführt. Zum zweiten Zeitpunkt (T2) wurden drei Einzelinterviews mit Patient*innen, zwei Fokusgruppen mit Patient*innen, zwei Fokusgruppen mit Mitarbeiter*innen und ein Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter durchgeführt. Zum dritten Zeitpunkt (T3) wurden 5 Einzelinterviews mit Patient*innen, eine Fokusgruppe mit Patient*innen, eine Fokusgruppe mit Mitarbeiter*innen und ein Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter durchgeführt.

In der nachfolgenden Grafik werden diese Sachverhalte tabellarisch dargestellt.

Gesamtstudie	
T1	
- telefonische Interviews mit Personen mit Leitungsfunktion	4 (5 Teilnehmer*innen ¹)
- telefonisches Interview Genesungsbegleiter*innen externe Kliniken	3
- Fokusgruppe Mitarbeiter*innen	2 (11 und 9 Teilnehmer*innen)
- Einzelinterview Genesungsbegleiter	1
T2 (nach 6 Monaten)	
- Einzelinterviews Patient*innen	3
- Fokusgruppe Patient*innen	2 (6 und 4 Teilnehmer*innen)
- Fokusgruppe Mitarbeiter*innen	2 (jeweils 5 Teilnehmer*innen)
- Einzelinterview Genesungsbegleiter	1
T3 (nach 12 Monaten)	
- Einzelinterviews Patient*innen	5
- Fokusgruppe Patient*innen	1 (5 Teilnehmer*innen)
- Fokusgruppe Mitarbeiter*innen	1 (5 Teilnehmer*innen)
- Einzelinterview Genesungsbegleiter	1

¹ Ein Interview fand mit zwei Personen statt, daher wurden insgesamt 4 Interviews mit 5 Teilnehmer*innen geführt.

2. Methode

2.1 Setting

Die Klinik für Forensische Psychiatrie (KFP) in Rostock wurde 2001 als dritte und größte forensisch-psychiatrische Klinik (Maßregelvollzug) in Mecklenburg-Vorpommern etabliert. Zu Verfügung stehen derzeit 103 Behandlungsplätze für psychisch kranke Straffällige, darunter 10 Behandlungsplätze für Jugendliche, 8 für Frauen und 3 in einer therapeutischen Außenwohnung.

2.2 Studiendesign

Für diese Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign genutzt und Fokusgruppen, sowie Einzelinterviews mit Patient*innen und dem Genesungsbegleiter, durchgeführt

Die hier vorliegende Datenauswertung bezieht sich ausschließlich auf den 2. Messzeitpunkt der Studie zur Implementierung und Evaluation eines Genesungsbegleiters im November/Dezember 2020.

Im Rahmen des 2. Messzeitpunktes wurden jeweils zwei aus Patient*innen gebildete Fokusgruppen, zwei aus Mitarbeiter*innen gebildete Fokusgruppen, drei Einzelinterviews mit verschiedenen Patient*innen mit unterschiedlich ausgeprägter Kontakthäufigkeit zum Genesungsbegleiter und ein Einzelinterview mit dem in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock angestellten Genesungsbegleiter durchgeführt.

In den oben genannten Gesprächen wurden Mitarbeiter*innen und Patient*innen zu ihren Einstellungen und Erfahrungen bezüglich des PSW-Konzeptes im Allgemeinen, sowie zur spezifischen Person des Genesungsbegleiters in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock befragt. Erfragt wurde weiterhin die Qualität und Häufigkeit des Kontaktes zum Genesungsbegleiter und ob Schwierigkeiten oder Bedenken aufgetreten sind.

Infolge einer Diskussion über die für die Fragestellung relevanten Informationen wurden die von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen zu stellenden Fragen und zu besprechenden Themenbereiche mit Hilfe von standardisierten Leitfäden nach Sichtung entsprechender Literatur festgelegt. Im Vorfeld wurden Überlegungen getroffen, welche Themenbereiche und Fragestellungen für die Studie relevant sein könnten und mit welcher Ausführlichkeit diese eruiert werden sollten. Aufgrund der dünnen Forschungslage bezüglich der Genesungsbegleitung in der forensischen Psychiatrie wurde die Recherche nach geeigneter Literatur auf Genesungsbegleitung im allgemein psychiatrischen Setting ausgeweitet.

Bei der Erstellung der Leitfäden wurde darauf geachtet, systematisch und themenzentriert vorzugehen und dem Prinzip „Vom Allgemeinen zum Spezifischen“ zu folgen. Themenbereiche werden nach diesem Prinzip mit bewusst offenen Fragen eingeleitet, können aber vom Interviewer näher erfragt werden, sodass die Interviewsituation dynamisch bleibt.

2.3 Rekrutierung von Teilnehmer*innen

Patient*innen wurden durch Mitglieder des Forschungsteams während der wöchentlichen Reflexionsrunden auf Station über das Studienprojekt und seine Ziele informiert. Interessierte Patient*innen erhielten eine Teilnehmerinformation, sowie eine Einwilligungserklärung in zweifacher Ausführung.

Zur Rekrutierung von Pfleger*innen wurden die jeweiligen Bereichs- bzw. Stationsleitungen während der täglichen Stationsleitertreffen angesprochen. Das Studienprojekt wurde vorgestellt und es bestand die Möglichkeit Fragen zu stellen. Anschließend wurden die Stationsleitungen darum gebeten, die Pfleger*innen auf Station über die Studie zu informieren und in Kenntnis zu bringen, ob an einer Teilnahme Interesse besteht. Interessierte Mitarbeiter*innen erhielten eine Teilnehmerinformation und die Einwilligungserklärung von eine*m der Forschungsmitarbeiter*innen. Mitarbeiter*innen anderer Professionen, wie Ärzte*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Ergo-/Sporttherapeut*innen, Verwaltungsmitarbeiter*innen wurden ebenfalls durch Ihre jeweilige Leitung angesprochen.

2.4 Teilnehmer*innen

In den zwei Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen wurden jeweils fünf Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Funktionsbereichen und mit unterschiedlichen Positionen befragt. Die erste Fokusgruppe der Mitarbeiter*innen schloss zwei Mitarbeiter*innen der Pflege, jeweils eine*n der Psychologie und der Komplementärtherapien, sowie eine pflegerische Stationsleitung ein. In der zweiten Fokusgruppe wurden ebenfalls zwei Krankenpfleger*innen, jeweils ein Mitarbeiter aus der Komplementärtherapie, der Verwaltung und des ärztlichen Bereiches einbezogen.

In der ersten Fokusgruppe der Patient*innen wurden vier Patient*innen, in der zweiten Fokusgruppe sechs Patient*innen der Klinik befragt.

Weiterhin wurden im Rahmen der Studie drei Einzelinterviews mit drei Patient*innen durchgeführt.

Eingeschlossen waren Patient*innen, die die Volljährigkeit erreicht hatten, einwilligungsfähig waren und während des Studienzeitraumes in der Klinik für Forensische Psychiatrie untergebracht waren.

Ausgeschlossen waren Patient*innen, die von einer JVA in die Klinik für Forensische Psychiatrie zu einer Kurzintervention geschickt worden sind (z.B. für die medikamentöse Einstellung einer neu aufgetretenen Schizophrenie) und die nach dieser Intervention wieder in die Haft zurückgeschickt werden, sodass die Aufenthaltsdauer zu kurz war oder zu wenig Kontaktmöglichkeiten zwischen Patient*innen und Genesungsbegleiter existierten, um Erfahrungen mit diesem gesammelt zu haben. Weiterhin ausgeschlossen wurden Patient*innen, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichend waren, um einer Diskussion in einer Fokusgruppe oder offenen Fragen in einem Einzelinterview zu folgen bzw. diese beantworten zu können, Patient*innen, die minderjährig waren, sowie Patient*innen, bei denen beispielsweise aufgrund einer akuten Psychose die Einwilligungsfähigkeit fehlte.

2.5 Fokusgruppen und Einzelinterviews

2.5.1 Theoretischer Hintergrund von Fokusgruppen und Einzelinterviews

Eine Fokusgruppe entspricht einer moderierten Gruppendiskussion, die das Ziel hat innerhalb eines groben Fragerahmens die Perspektiven der Teilnehmer zu einem Thema zu akquirieren. Ein Vorteil ist die Meinungsvielfalt, die sich aus der offenen Atmosphäre ergibt und gleichzeitig impliziert, dass Teilnehmer*innen neue Anregungen zum Thema erhalten, die zumeist zu einer Vertiefung von Themenaspekten führt. Unterschiedliche Hintergründe und Positionen der Teilnehmer*innen führen außerdem dazu, dass Themen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und diskutiert werden, sodass auch Einblicke aus anderen Perspektiven einen Vorteil der Verwendung von Fokusgruppen präsentieren.

Ein Nachteil der Fokusgruppen ergibt sich dadurch, dass die Gruppendynamik durch einzelne Teilnehmer*innen dominiert werden kann und Diskussionen somit in eine Richtung gelenkt werden können. Auch besteht die Möglichkeit, dass in Fokusgruppen nicht alle Themen von allen Teilnehmer*innen gleichermaßen ausführlich behandelt werden können und in dem Zuge nicht alle Meinungen detailliert präsentiert werden (Tausch & Menold, 2015).

Dieser Umstand zeigt den Vorteil der Verwendung von Einzelinterviews auf, in denen Ansichten zu Themen der Genesungsbegleitung detailliert eruiert werden können und die Patient*innen die Möglichkeit haben, sich ausführlich zu Aspekten des Themas zu äußern.

Ein weiterer Vorteil des Einzelinterviews ist die vertraulichere Atmosphäre zwischen Interviewer*in und Teilnehmer*in, die zumeist zu mehr Offenheit und Vertrauen führt, da die eigene Meinung nicht mit mehreren Personen geteilt werden muss und diese somit mitunter ausführlicher und in einem für die Teilnehmer*innen entspannteren Rahmen ausgedrückt wird.

Die Einzelinterviews wurden in Form von halbstandardisierten Interviews durchgeführt. Dieses gibt zu Orientierungszwecken Fragen vor, die im Verlauf des Gespräches gestellt werden sollen und dem Interview somit eine gewisse Struktur geben. Der/Die Interviewer*in kann bei dieser Form des Einzelinterviews Zusatzfragen stellen oder nachfragen, wenn etwas von den Teilnehmer*innen unklar formuliert wird, sodass das halbstandardisierte Interview ausführlicher Meinungen darstellen kann, als es das standardisierte Interview zulässt. Die Teilnehmer*innen erhalten die Möglichkeit, offen zu formulieren und gegebenenfalls Zusatzinformationen oder Meinungsäußerungen zu weiteren Aspekten des Themas zu äußern (Dr. Al Balushi, 2016)

2.5.2 Inhalte der Fokusgruppen

Erfragt wurde in den Fokusgruppen mit den Mitarbeiter*innen die Einstellung gegenüber dem PSW-Konzept allgemein, die Kontakthäufigkeit im Arbeitsalltag mit dem Genesungsbegleiter und die Qualität des Kontaktes. Weiterhin wurde untersucht, ob Veränderungen der Interaktion zwischen Personal und Patient*innen oder Veränderungen im Arbeitsalltag seit Implementierung des Genesungsbegleiters aufgetreten sind, welche positiven und negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Genesungsbegleiter gemacht wurden und inwiefern Vorschläge für Veränderungen beziehungsweise Verbesserungen und Wünsche seitens der Mitarbeiter*innen aufgetreten sind. Ferner wurden die Mitarbeiter*innen dazu befragt, wie der

Implementierungsprozess eingeschätzt wurde, wie die Kommunikation und Transparenz durch Leitungspersonen im Vorfeld der Implementierung und Qualität des ersten PSW-Kontaktes bewertet wurden und inwiefern positive und negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Implementierung gemacht wurden.

In den Fokusgruppen der Patient*innen wurden ebenfalls die Einstellungen gegenüber dem PSW-Konzept, die Bewertung der Kommunikation und Transparenz durch das Klinikpersonal, die Einschätzung des Kontaktes mit dem Genesungsbegleiter, positive und negative Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Genesungsbegleiter und Veränderungs-/Verbesserungsvorschläge erfragt.

2.5.3 Inhalte der Einzelinterviews

In den Einzelinterviews mit den Patienten wurde der Kontakt zum Genesungsbegleiter, Kenntnisse über seine Arbeitsinhalte, positive und negative Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Genesungsbegleiter, sowie die Einstellung zum PSW-Konzept und weitere Wünsche im Rahmen der Implementierung des Genesungsbegleiters erfragt.

Der Genesungsbegleiter wurde in einem Einzelinterview zu seinen positiven und negativen Erfahrungen mit den Patient*innen und Mitarbeiter*innen, seinen Aufgaben und Rollen, mögliche förderliche Charaktereigenschaften für diesen Beruf und zu seinen Wünschen bzgl. des Berufes befragt.

2.6 Datenanalyse

Alle Interviews wurden auf einem Tonband aufgenommen und von Forschungsmitarbeiter*innen transkribiert. Die Transkription erfolgte mit Microsoft Word. Nachfolgend wurden die Transkripte von der Autorin und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin unabhängig voneinander mehrfach gelesen und auf für die Studie relevanten Informationen untersucht. Hierbei wurde bemerkt, dass spezielle Themenpunkte von unterschiedlichen Teilnehmer*innen in unterschiedlichen Interviews wiederholt aufgegriffen wurden und demnach manche Themen eine hohe Relevanz für Teilnehmer*innen aufwiesen, während sich andere Themenpunkte in ihrer Relevanz für die Teilnehmer*innen unterschieden.

Im Anschluss des mehrfachen Lesens wurden die Interviews thematisch analysiert. Die thematische Analyse ist eine Methode zum Identifizieren, Analysieren und Erstellen von Themen aus Datensätzen (Boyatzis, zitiert in Braun & Clarke, 2006). Diese Analyse ist in ihrer Ausführung flexibel und ermöglicht das Herausfiltern von verschiedenen Standpunkten und Einstellungen zu einem Thema.

Es handelt sich hierbei um eine Form der Datenanalyse, bei der zunächst Daten in Form von Zitaten von Teilnehmer*innen erfasst werden, aus denen im Anschluss Themen und Codes abgeleitet werden.

Zur Erleichterung der Auswertung wurde die Software NVivo 12 pro verwendet und die Analyse der Interviews von der Autorin und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin unabhängig voneinander durchgeführt. Mittels dieser Software konnten sämtliche Interviews nach Schwerpunkten und häufig genannten Themen systematisch durchsucht werden. In einer anschließenden Diskussion

zwischen der Autorin und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin einigte man sich auf relevante Themen und Codes und ließ diese Schritte von der unabhängigen Themenfindung bis hin zu der Einigung auf gemeinsame Themen und Codes von einer weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterin überprüfen. Diese Themen und Codes wurden dann mit Hilfe von Zitaten der Teilnehmer*innen der Interviews gestützt.

Die Datenanalyse erfolgte somit sowohl deduktiv, als auch induktiv.

Zur vereinfachten Darstellung der aus den Interviews gewonnenen Ergebnissen in Form von Themen und Codes, sowie der Definition dieser und den stützenden Zitaten wurden im Anschluss vier Codebücher erstellt. Dabei wurde ein Codebuch für die Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen, ein Codebuch für die Fokusgruppen der Patient*innen, ein Codebuch für die Einzelinterviews mit den Patient*innen, sowie ein Codebuch für das Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter angefertigt (siehe Anhang).

2.7 Ethik

Das Projekt wurde mit Zustimmung der Ethikkommission der Universität Rostock durchgeführt (A2019-0193).

Vor der Erhebung von Daten wurden alle Interessent*innen über Inhalt, Ziele, Teilnahme und Datenschutz des Forschungsprojektes informiert.

Die Patient*innen mussten in der Lage sein, ihre informierte Einwilligung zur Teilnahme zu geben. Die Einwilligungsfähigkeit der Patient*innen wurde durch die Mitarbeiter*innen der Station in Rücksprache mit der Klinikleitung eruiert.

Vor Ihrer Teilnahme wurde den Teilnehmer*innen versichert, dass es Ihr Recht ist die Teilnahme an der Studie ohne negative Konsequenzen zu jedem Zeitpunkt abzubrechen. Diese Erklärung fand sich ausdrücklich in der schriftlichen Teilnehmerinformation wieder (siehe Anhang).

Patient*innen und Mitarbeiter*innen, die sich für eine Teilnahme an der Studie entschieden hatten, erhielten von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin zwei Einwilligungserklärungen, welche Sie datierten und unterschrieben. Ein Mitglied des Forschungsteams unterschrieb ebenfalls die Einwilligungserklärungen und behielt ein Exemplar zur Verwahrung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock.

Die andere Einwilligungserklärung verblieb bei den Teilnehmer*innen.

Die Teilnahme war freiwillig.

2.8 Datenschutz

Den Teilnehmer*innen der Interviews wurden zur Pseudonymisierung in den Transkripten und den darauffolgenden Codebooks Buchstaben-Zahlen-Kombinationen zugewiesen, z.B. TN-1 für Teilnehmer*in 1, P1 für Patient*in 1, MA1 für Mitarbeiter*in 1, sodass keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind. Durch die Vergabe des Codes waren die Daten als pseudonymisiert. Einzelne Personen wurden in der Teilnehmerinformation gesondert darauf hingewiesen, dass auf Grund Ihrer Position in der Klinik (Leitungspositionen, PSW) keine Anonymisierung möglich war.

Namen oder anderweitige Informationen und Textinhalte wie beispielsweise Stationsnummern, Orte

oder Klarnamen von Mitarbeiter*innen und Patient*innen, die zur Identifikation der Person führen könnten, wurden entfernt.

Die Informationen und Daten, die während des Studienzeitraumes erhoben wurden sind, werden vertraulich behandelt und nicht an Personen weitergegeben, die nicht an dieser Studie beteiligt waren. Der Austausch der Informationen und Daten erfolgte zwischen Studienmitarbeitern ausschließlich über den klinikinternen personalisierten und passwortgeschützten Server.

3. Ergebnisse

Für jedes Einzelinterview, als auch für die Fokusgruppen wurden anhand der jeweiligen nVivo-Analysen Codebooks erstellt. Die Ergebnisse der zwei Fokusgruppen der Patient*innen wurden in einem Codebook zusammengefasst. Gleiches galt für die zwei Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen, die drei Einzelinterviews mit den Patient*innen, sowie für das Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter. Es resultierten vier Codebooks, die die Ergebnisse der Implementierungsevaluation von Genesungsbegleitung in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock auf Ebene der Patient*innen, der Mitarbeiter*innen und des Genesungsbegleiters präsentierten. Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse auf Ebene der Patient*innen, auf Ebene der Mitarbeiter*innen und auf Ebene des Genesungsbegleiters präsentiert. Zur Veranschaulichung folgt nach der Aufzählung der identifizierten Oberthemen eine Tabelle, die die Oberthemen und Unterkategorien darstellt. Wurden die Unterkategorien in weitere Unterthemen aufgeteilt, sind diese im Nachfolgenden mit Bindestrichen unter den Unterkategorien vermerkt. Nach Beschreibung der Ergebnisse zu einer Unterkategorie folgen jeweils Zitate, die diese unterstreichen.

3.1 Ebene der Patient*innen

Vier übergeordnete Themen wurden bei den zwei Fokusgruppen mit den Patient*innen identifiziert (siehe Tabelle). Diese waren: **Einstellung der Patient*innen, Erfahrungen der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter, praktische Aspekte** der Genesungsbegleitung und **Wünsche** bezüglich der weiteren Implementierung von Genesungsbegleitung.

Einstellung der Patient*innen	Erfahrungen der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter	Praktische Aspekte	Wünsche
positive Einstellung zum Konzept	emotionale und praktische Unterstützung	Aufgaben	Anzahl
negative Einstellung zum Konzept	geschätzte Verhaltensweisen - Interesse - Sympathie - Vertraulichkeit	Kontaktaufnahme	Dauerhafte Anstellung
	PSW als Vermittler zum Personal		Diversity - Geschlecht - Krankheitshintergrund
	Vorbildfunktion		Ausweitung der Angebote
	Unterschiede Kontakt PSW und Mitarbeiter*innen		
	Verständnis und Vertrauen		
	negative Erfahrungen		

3.1.1 Einstellung der Patient*innen

Das Oberthema „Einstellung der Patient*innen“ wird zum Einen durch die **positive Einstellung zum Konzept** eines Genesungsbegleiters, als auch durch die **negative Einstellung zum Konzept** und verbundener Skepsis gegenüber Genesungsbegleitern repräsentiert.

Als positiv an dem Konzept der Genesungsbegleitung empfunden wurde die Voraussetzung, dass ein*e Genesungsbegleiter*in aufgrund ähnlicher Erfahrungen die Erfahrungen und Situationen der Patient*innen leichter verstehen, nachempfinden und nachvollziehen kann. Das führte dazu, dass Patient*innen eine Kommunikation einfacher zuließen, sich besser verstanden fühlten und offener über Probleme oder Situationen erzählen konnten.

„Ja, also ich hab da dann nochmal darüber nachgedacht und hatte mir auch so gesagt, das wäre schon sinnvoll gewesen, wenn ich so einen damals gehabt hätte, als meine Therapiezeit begann hier. Weil, ich hab zwar sehr viel gelernt hier durch meine Therapeutin, aber manchmal hat es mich das ein bisschen geärgert, weil sie sich gar nicht so richtig hineinversetzen kann und irgendetwas sagt dann, was gar nicht geht, so, ne. Und da denke ich, da wär so einer schon sinnvoll gewesen.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 06:09)

„Ich find das sehr gut. Er versteht uns, kann sich da reinversetzen. Das ist jemand, mit dem man wirklich reden kann.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 03:17)

Manche Patient*innen begegneten dem Konzept eines Genesungsbegleiters mit Skepsis und befürchteten, dass Genesungsbegleiter*innen dazu dienen sollten, die Patient*innen auszuhorchen und bzgl. Drogenkonsum zu kontrollieren.

„Ja eben dadurch, dass die das auch nicht kennen, mit Genesungsbegleitern, ist das erst mal vorbelastet, dass man erst misstrauisch ist. Ne, ich mein, ich hab das auch bei mir in der Gruppe gemerkt, dass die dann auch gefragt haben: „Was gehst du denn da hin? Was machst du denn da?“, und so, ne. Erst mal Misstrauen, so Misstrauen so, ne. Erst mal das Schlechte sehen.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 22:04)

3.1.2 Erfahrungen der Patient*innen mit dem PSW

Das Oberthema „Erfahrungen der Patient*innen mit dem PSW“ beschreibt die Eindrücke und Erfahrungen, die Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter und seiner Vergangenheit gewonnen haben. Es ließen sich bei dem übergeordneten Thema Erfahrungen der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter die sieben Unterthemen **emotionale und praktische Unterstützung, geschätzte Verhaltensweisen, PSW als Vermittler zum Personal, Vorbildfunktion, Unterschiede im Kontakt zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen bzw. Genesungsbegleiter, Verständnis und Vertrauen** und **negative Erfahrungen** kategorisieren .

Viele Patient*innen berichteten von einer **emotionalen und praktischen Unterstützung** des Genesungsbegleiters, die dazu führte, dass Patient*innen ihr Verhalten reflektierten und gegebenenfalls änderten. Hierbei gab der Genesungsbegleiter oftmals Tipps und Ratschläge, wie

man mit negativen Gefühlen, Suchtdruck und mit Rückfällen von Drogenkonsum umgehen kann bzw. diese verhindert.

„Und wenn ich jetzt mal mit [PSW] rede, sag ich mal, dann merke ich er hört mir zu. Er hört mir zu, solange, bis ich ausgesprochen habe. Ja? Und dann versucht er aber, mir Tipps zu geben, und sowas, ja, wie es besser laufen könnte und sowas, ja? Das finde ich halt gut, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 26:44)

„So, auf jeden Fall hat er mir viele Ängste genommen, der Genesungsberater, sehr gute Tipps gegeben, ne, manchmal was, wo ich mir dann dachte „Wieso bist du da nicht allein drauf gekommen, das sind total kleine, kleine Sachen eigentlich“, ne, wo ich Nächte lang gegrübelt hab und auf keine Erkenntnis gekommen bin.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

Als von den Patient*innen empfundene **geschätzte Verhaltensweisen** des Genesungsbegleiters wurden sein **Interesse**, **Vertraulichkeit** und **Sympathie**, die die Entwicklung einer Beziehung des Genesungsbegleiters mit Patient*innen ermöglichte und erleichterte, erwähnt.

Das Interesse des Genesungsbegleiters an den Erfahrungen und Erkrankungen der Patient*innen, durch das Beginnen von Gesprächen und Fragen bzgl. Problemen oder spezifischen Erkrankungen, sorgte für eine Verbesserung der Beziehung, da Patient*innen das Gefühl vermittelt bekamen, dass ihre Gefühle, Erfahrungen, Probleme und Erkrankungen relevant sind und über diese gesprochen werden kann. Zu erwähnen ist dabei, dass der Genesungsbegleiter mitunter auch mit Patient*innen Gespräche geführt hat, die neben einer Suchterkrankung mit psychiatrischen Erkrankungen wie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) kämpften und dieser die Gefühle, die mit einer BPS einhergehen, aufgrund von fehlenden Erfahrungen, nach Einschätzung einer an BPS leidenden Patientin, nicht gänzlich nachempfinden konnte. Gerade hierbei zeigte sich jedoch das Interesse seitens des Genesungsbegleiters an der Erkrankung und deren Ausmaß.

„Ja dann fange ich mal an. Ich bin [P1] von der Station [Nummer] und ich hatte mit [PSW] bis jetzt zwischendurch mal ein Gespräch, da hat er mich so ein bisschen über Borderline ausgefragt und wie man so tickt so. Wollt er ein bisschen über die Krankheit was wissen, ich hab ihm das erklärt.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 00:28)

„Na und er fand das auch gut, dass ich ihm das gesagt habe, weil, damit er auch mal, so aus meinen Augen so ein bisschen sieht, wie so ein Leben eigentlich sein kann, mit so einer Borderline-Erkrankung, sag ich mal, ja?“ (TN1, FoGruPat1_T2, 07:33)

Die Vertraulichkeit zwischen Patient*innen und Genesungsbegleiter wurde durch das Teilen gemeinsamer oder ähnlicher Erfahrungen verstärkt und ermöglichte eine offene Kommunikation.

„Na ich glaube ihm da mehr, ne? Wenn er in Gesprächen sagt zu mir, dass er das vertrauensvoll behandelt und anschließend ins Büro geht und halt nur sagt, über was wir gesprochen haben, z.B. jetzt Familie oder Straftat oder Sucht, ne, da bin ich mir bei der Psychologin nicht ganz so sicher, wenn sie anschließend im Büro sitzt, dass sie vielleicht doch erzählt, dann, ja mit [eigener Name]

das das das. Da habe ich schon mehr Vertrauen zu [PSW].“ (TN2, FoGruPat2_1, 30:19)

„Wenn du mit ihm redest, dann bleibt das halt so, nur dass, ich sag mal nur das Nötigste so, was er halt sagen muss, so. Und das ist auch glaube ich ganz gut so, weil das macht das Vertrauensverhältnis zu ihm auf jeden Fall noch besser.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 24:30)

Ferner berichteten die Patient*innen von einer Wertschätzung gegenüber dem Genesungsbegleiter bis hin zu einer Begeisterung von seinem Werdegang und seiner Person.

„Also ich habe nichts gehört, muss ich sagen, ich hab da bis jetzt mit den Patienten, mit denen ich zu tun habe, die waren alle so begeistert von ihm, also dass sie es auch toll finden, dass er kommt.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 12:53)

Darüber hinaus wurde seitens Patient*innen eine **Vermittlungsfunktion** des Genesungsbegleiters zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen bemerkt, die eine Kommunikation zwischen diesen in Konfliktsituationen erleichterte und zu mehr Verständnis für beide Seiten führte.

Die Funktion als Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen ermöglichte zudem eine Deeskalation von Konfliktsituationen und Unterbindung von Auseinandersetzungen. Weiterhin umfasste die Vermittlungsfunktion die unterschiedlichen Sprachen und Normen von Patient*innen und Mitarbeiter*innen, da diese zumeist in unterschiedlichen sozialen Schichten aufgewachsen sind und Patient*innen zudem eine Prägung durch das Gefängnis erlebt haben.

„Ich hab mal (...) einen schlechten Moment gehabt. (...) Und hab gefragt, ob [PSW] da ist. (...) Ne Viertelstunde später war er da, hat mit mir geredet, hat mich runtergebracht, hat vermittelt zwischen Team und mir. (...) Und hat es hingekriegt, dass ich nicht straffällig werde.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 42:17)

„Also ich denk mal so vielleicht, dass er das besser rüberbringen kann, was in einem Patienten vielleicht vorgeht oder so, ich weiß nicht. Weil es gibt ja auch oft Missverständnisse so, das halt im Büro das und das gedacht wird und man hat das gar nicht so gemeint. Und ich denke mal halt, wenn man jetzt mit ihm darüber reden würde, dass er das dann vielleicht anders oder erklärbarer rüberbringen kann, so. Manchmal hat man ja auch nicht die richtigen Argumente und sowas.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 16:06)

Durch die Kommunikation und Beziehung zwischen Genesungsbegleiter und Patient*innen wurden die **Unterschiede im Kontakt von Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter und den Mitarbeiter*innen** verdeutlicht. Aufgrund von fehlenden Erfahrungen seitens der Mitarbeiter*innen, hatten Patient*innen das Gefühl, dass sich Mitarbeiter*innen nicht in ihre Situation hineinversetzen konnten und Gefühle wie beispielsweise Suchtdruck nicht im selben Ausmaß wie der Genesungsbegleiter nachvollziehen oder nachempfinden konnten.

Auch hierbei fiel die Anpassung an die Gefängniskultur von Patient*innen auf, dessen Ausmaß Mitarbeiter*innen nicht gänzlich nachempfinden oder verstehen konnten.

„Solche Sachen, wo ein Psychologe dann an seine Grenzen stößt. Bei meiner Psychologin, die ich vorher hatte, war es unmöglich mir begreiflich zu machen, das mit diesem Knast-Klischee „Anschleißer“, ne. Wenn ich mich öffne, und auch was sage, was Andere betrifft, ich mich nicht als Anschleißer fühle, ne. Was dieses Knast-behaftete Klischeedenken so ist, ne.“ (TN6, FoGruPat2_T2, 43:04)

„Das Problem ist halt nur, dass die Pflege das nicht, manche Pfleger verstehen das [Suchtdruck, Gedanken an Beschaffungskriminalität, Verhalten aufgrund dieser] nicht, ne. Dass man da selber, dass man das selber abgrenzt, und dass man das nicht miteinander vergleicht. Weil 'n Vergleich treffen, das geht nicht. Die waren ja niemals drauf oder straffällig, zumindest sind sie nicht erwischt worden, weil sonst wären sie ja selber hier. So, was dieses Verständnis betrifft, da ist er halt weit vorne, ne. So, aber das heißt nicht, dass deshalb die Pfleger schlechter sind.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 17:52)

Neben der Vermittlungsfunktion nahm der Genesungsbegleiter für Patient*innen zudem eine **Vorbildfunktion** ein. Diese bezog sich schwerpunktmäßig auf die Bekämpfung seiner Sucht, das Beenden des Begehens von Straftaten und seiner derzeitigen Arbeitstätigkeit, in der er Motivation gefunden hat, Patient*innen in ähnlichen Situationen zu unterstützen. Er verbreitete durch das Erzählen seiner Geschichte und seiner Person Hoffnung und Motivation, dass Straffälligkeit oder Drogenkonsum das Leben nicht dauerhaft bestimmen müssen und förderte bei den Patient*innen die Therapiebereitschaft.

„Und bevor ich das vergesse, das wollte ich noch anschließen um es nicht zu vergessen: Eben halt auch diese Vorbildfunktion. Dass wenn man ihn sieht, und dann auch sieht, er ist einer, der hat es geschafft. So wie von uns jetzt so, der das geschafft hat. Das motiviert natürlich mehr, als hundert Gespräche beim Psychologen, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 45:26)

„ aber ich finde ihn bewundernswert, sag ich ganz ehrlich, weil er wie gesagt von seiner Sucht erzählt, wie er es erlebt hat, wie er sich inmitten in dieser Phase befunden hat, wo er diese Sucht hatte, und was er zu sich genommen hat, wie er da rausgekommen ist, also das finde ich manchmal schon erstaunlich, ja. Weil ich beneide ihn ein bisschen auch, ja? Weil ich habe es zum Beispiel nicht geschafft, aus dieser teilweise... ich habe ja auch bei [einer anderen Person] auch Alkohol getrunken ganz viel und auch gekiff, sage ich mal, ja, kam aber aus diesen Teufelskreis, durch [diese Person] eben nicht mehr raus und darum bewundere ich [PSW] auch, weil er, da durch trotz dieser Weg schwer war für ihn, aber dass er da rausgekommen ist, also. Ich bewundere diesen Menschen teilweise, ne. Muss ich mal so ehrlich sagen.“ (TN1, FoGruPat1_T2,, 07:33)

Diese Erfahrungen, die Patient*innen im Zusammenhang mit dem Genesungsbegleiter gemacht haben, und die Vorgeschichte des Genesungsbegleiters, führten dazu, dass Patient*innen mehr **Verständnis** seitens des Genesungsbegleiter wahrnahmen.

Dieses Verständnis bezog sich auf die Möglichkeit des Genesungsbegleiters sich in die

Patient*innen hineinzusetzen und bestimmte Gefühle oder Gedanken nachempfinden zu können.

Das Teilen von gemachten Erfahrungen erleichterte zudem einen schnelleren Vertrauensaufbau und ermöglichte auch hier eine offenere Kommunikation in einer kürzeren Zeitspanne als es mit Mitarbeiter*innen möglich war. Es wurde festgestellt, dass der Genesungsbegleiter eine Art Vertrauensvorschuss seitens der Patient*innen erhält und bereits von Beginn an tiefergehende Gespräche bezüglich der Suchtproblematik bzw. des Suchtdruckes führen konnte.

„Und das ist eben der Vorteil, was ich empfinde, bei diesem Genesungsberater, dass ich viel schneller geschafft hab, Vertrauen aufzubauen, ne. Eben auch diese, Art die er hat, auch durch, mit Vorkenntnissen, dass er ganz, ganz viele Sachen nachvollziehen kann, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

„Also ich würd zum Beispiel, wenn ich jetzt ein Gespräch hätte mit ihm, von Anfang an gleich ein bisschen mehr erzählen, als ich bei einer Therapeutin, die ich noch gar nicht kenne so, ne. Ich würde da gleich ein bisschen mehr reinsteuern, ne.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 28:12)

Durch die Kommunikation der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter traten dennoch vereinzelt als **negativ empfundene Erfahrungen** von Patient*innen auf, die die Schwierigkeit der Konfrontationen von Patient*innen mit ihrem vergangenen Drogenkonsum aufzeigten. Verdeutlicht wurde, dass es sich hierbei nicht um negative Erfahrungen von Patient*innen mit der Person des Genesungsbegleiters handelte, sondern um das Aufleben von Gefühlen oder Gedanken der Patient*innen im Gespräch mit dem Genesungsbegleiter und diese Konfrontation als stark aufwühlend bis hin zu überfordernd erlebt wurde.

„da hat er, wie gesagt, hab ich das auch erlebt, dass er auch von seiner Sucht viel erzählt hat, wie das für ihn war, wie er damit klar gekommen ist, wie er das geschafft hat und naja ich muss ganz ehrlich sagen, mich hat er an meine Vergangenheit erinnert, also weil ich auch eine schwere Vergangenheit hatte [Details, entfernt]. Und das hat mich genau an den erinnert, und ich bin dann aber aus den Raum rausgegangen, weil ich es einfach nicht mehr ausgehalten habe, weil ich der Meinung war, dass das für mich zu doll war. Dann habe ich eine halbe Stunde im Zimmer gesessen, um das erst einmal so ein bisschen sacken zu lassen, dann bin ich aber nochmal zu ihm gegangen, hab gesagt „[PSW] pass auf, das ist nichts gegen dich, aber das hat mich so dermaßen an meine Vergangenheit erinnert, ich musste da aufstehen und gehen, das war aber nicht wegen dir, weil du etwas Falsches gesagt hast, mich hat es selber einfach dran erinnert und er hat selber auch gesagt, er findet das gut, dass ich ihm das persönlich nochmal gesagt habe, dass er da auch Bescheid weiß und sich da keine Sorgen machen muss.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 03:20)

3.1.3 Praktische Aspekte

Zwei Unterthemen ließen sich bei dem übergeordneten Thema „Praktische Aspekte“ kategorisieren. Patient*innen beschrieben die **Aufgaben** des Genesungsbegleiters in der Klinik und welche Möglichkeiten einer **Kontaktaufnahme** zum Genesungsbegleiter existierten. Zu den Aufgabenbereichen gehörten Gespräche, Freizeitspiele, Kochaktionen und

Entspannungsübungen, die der Genesungsbegleiter mit den Patient*innen durchführte.

„Also zu uns kommt er auch, fragt dann wegen Gesprächsbedarf, setzt sich auch mal zwischendurch hin, macht Freizeitspiele mit uns.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 19:13)

„Entspannungsübungen, da ist er richtig gut.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 58:18)

Patient*innen hatten bei Bedarf einer Kontaktaufnahme die Möglichkeit einen Antrag zu stellen oder bei Pfleger*innen den Gesprächsbedarf zu melden. Zusätzlich fragte der Genesungsbegleiter vor Ort auf den jeweiligen Stationen nach Gesprächsbedarf und bot informelle Gespräche auch im Rahmen von Koch- beziehungsweise Backaktionen an.

„Also momentan, momentan ist so, er ist mittwochs bei uns auf der (Stationsnummer), wenn bei uns Visite ist (...) ist er jeweils bei der anderen Station, wo keine Visite ist und bietet halt momentan an, was zu kochen, oder was zu backen. So, und ansonsten schreibt man ,nen Antrag, also sagt man morgens bei der Morgenrunde „Ich möchte mit ihm reden“. Aber man muss das auch nicht nur bei der Morgenrunde machen, man kann den ganzen Tag über zu den Pflegern gehen und fragen ob [PSW] im Haus ist. Und wenn der im Haus ist, und das hört, dass man ihn braucht, dann ist er auch meistens paar Minuten später da. Man muss halt wirklich nur auf ihn schreiben. So auf diese Station wo du [zu Mitpatient] jetzt bist, kommt er so nicht, außer du schreibst auf ihn. (..) So. Weil er halt am Anfang wirklich für den Zugang da ist, so hat er mir das gesagt.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 06:30)

3.1.4 Wünsche

Das Oberthema „Wünsche“ zeigt die Wünsche der Patient*innen auf, die sich auf den Genesungsbegleiter beziehen, darunter fallen Geschlechts-, sowie Hintergrundpräferenzen, als auch das Bedürfnis, dass das Konzept des Genesungsbegleiters langfristig in der Klinik etabliert bleibt.

Vier Unterthemen ließen sich bei dem übergeordneten Thema Wünsche der Patient*innen im Zusammenhang mit Genesungsbegleitung identifizieren. Dabei handeln es sich um die Unterthemen **Diversität, Anzahl, Dauerhafte Einstellung** und **Ausweitung der Angebote**.

Patient*innen wünschten sich in dem Zusammenhang mehr **Diversität**, die sich auf den **Krankheitshintergrund** und das **Geschlecht** bezog. Patient*innen, die mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie einer Persönlichkeitsstörung, lebten, wünschten sich einen Genesungsbegleiter mit Krankheitshintergrund, der die Gefühle und Sorgen, die mit der Krankheit einhergehen, nachempfinden und verstehen kann und die Ausmaße der Krankheit kennt.

Das könnte parallel zu den Patient*innen mit Suchterfahrungen dazu führen, dass Patient*innen mit einem anderen Krankheitshintergrund sich besser verstanden fühlen, über einen leichteren Zugang zu Genesungsbegleiter*innen verfügen, offener über ihre Situation kommunizieren können und an Copingstrategien arbeiten können, die sich spezifisch auf das Leben mit dem Krankheitsbild beziehen.

Das Geschlecht besaß für die teilnehmenden Patient*innen ebenfalls eine Relevanz. Hierbei gaben manche Frauen an, dass es einfacher wäre, bestimmte Themen mit Frauen zu besprechen, beziehungsweise es leichter wäre sich als Frau gegenüber einer Frau zu öffnen. Gleichzeitig wurde der Wunsch nach einer Genesungsbegleiterin auch von den männlichen Teilnehmern unter den Patient*innen bekräftigt: bestimmte Themenbereiche, wie Beziehungsfragen könnten mit einer weiblichen Genesungsbegleiterin möglicherweise besser besprochen werden.

„Ich hätte auch kein Problem, mit einer Frau zu reden. Sofern die selber abhängig war, ne. Weil die verstehen dann auch andere Sachen besser, kann mir vielleicht auch andere Sachen besser erklären, wo ich früher immer hängen geblieben bin. So Beziehungssachen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 62:04)

„Ich denke schon, ja. Also es gibt auch Themen, wo ich als Frau nicht unbedingt mit ,nem Mann drüber sprechen möchte, wo ich dann auch eine Frau benötige, wäre schon schön, wenn man noch eine Frau hätte, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 37:38)

Weiterhin kam der Wunsch nach einer höheren **Anzahl** von Genesungsbegleiter*innen und einer **dauerhaften Anstellung** dieser auf. Mehr Genesungsbegleiter*innen würden mit mehr Ansichten und Erfahrungen einhergehen und das Potenzial erhöhen, Copingstrategien und Ratschläge zu vermitteln, die ihnen selbst geholfen haben. Sympathie ist zudem individuell, sodass eine höhere Anzahl an Genesungsbegleiter*innen die Wahrscheinlichkeit erhöhen würde, dass Patient*innen sich Genesungsbegleiter*innen öffnen, kommunizieren wollen und Therapiebereitschaft zeigen.

„Ja, und desto mehr, find ich, desto mehr Begleiter hier sind, ne, desto mehr Ansichten hat man und desto mehr Erfahrungen auch so, ne. Das ist denke ich doch ganz gut, als wenn man immer nur einen oder zwei hat, wo man, ne.“ (TN12, FoGruPat2_2, 62:26)

„Ja, ich find auch, dass das, dass er ziemlich viele Erfahrungswerte hat so, ne. Und dass das glaube ich ganz profitabel ist, wenn man so hier die in der Klinik teilt, und (..) ich würde, ich glaub, ich würde es auch ganz gut finden, wenn wirklich jede Station einen so ‘nen Begleiter hat so, ne, der dann halt immer zuständig ist dafür. Und, ja, das ist schon (...) glaub ich ganz gut.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 05:36)

Neben den Aufgabenbereichen des Genesungsbegleiters wurde eine Ausweitung der Aufgaben seitens Patient*innen gewünscht. Es wurde vorgeschlagen, den Genesungsbegleiter in weitere Bereiche, wie Basisgruppen und weiteren Gruppengesprächen einzubeziehen und seine Präsenz, sowie den Patientenkontakt mit dem Genesungsbegleiter zu fördern, sodass mehr Patient*innen mit Genesungsbegleitung in Kontakt kommen und die Vorzüge einer Kombination von Therapie und zusätzlicher Genesungsbegleitung erkennen.

„Dass auch andere Patienten mehr involviert werden, ne. Mehr wissen, was los ist und die Angst verlieren.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 59:39)

3.2 Einzelinterviews mit Patient*innen

Parallel zu den Fokusgruppen wurden bei den Einzelinterviews mit den Patient*innen vier übergeordnete Themen klassifiziert. Dabei handelten es sich um die **Einstellung von Patient*innen zum PSW-Konzept**, **Erfahrungen mit dem PSW**, **Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem Genesungsbegleiter** und **Wünsche bezüglich des Genesungsbegleiters in der Klinik**.

Einstellung von Patient*innen zum PSW-Konzept	Erfahrungen mit dem PSW	Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem Genesungsbegleiter	Wünsche bezüglich des Genesungsbegleiters
positive Einstellung zum PSW-Konzept	Effekte auf Verhalten - Pläne für die Zukunft - veränderte Einstellung zu Therapie und Sucht - Wunsch der Patient*innen selbst Genesungsbegleiter zu werden		
kritische Haltung anderer Patient*innen	Umgang mit Suchtdruck, Drogenerfahrungen und Rückfällen		
	guter Zugang durch eigene Erfahrungen des Genesungsbegleiters		
	Kennenlernen		

3.2.1 Einstellung von Patient*innen zum PSW(-Konzept)

Das Oberthema „Einstellung von Patient*innen zum PSW(-Konzept)“ thematisiert die Haltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und dem Konzept der Genesungsbegleitung. Hier wurden die zwei Unterthemen *positive Einstellung zum PSW-Konzept* und *kritische Haltung anderer Patient*innen* identifiziert.

Patient*innen äußerten sich mit einer positiven Einstellung zum Konzept eines Genesungsbegleiters und nannten dieselben Gründe, wie schon in den Fokusgruppen zuvor beschrieben. Dabei wurde vor allem das Teilen gemeinsamer Erfahrungen als wertvoll betont, was einen schnelleren Vertrauensaufbau begünstigt.

„Und ja, ich finde das schon eigentlich ziemlich gut, dass es so etwas gibt, so. Es ist doch schon was Anderes als mit jemandem darüber zu sprechen, der selber diese Erfahrung gemacht hat, als

wenn man das irgendwie vom Therapeuten, sag ich mal, hört, die das Wissen, sag ich mal, von ihren Lehrbüchern und Studien haben und so weiter, aber selbst nie die Erfahrung gemacht haben und nicht wissen wie es ist, abhängig und süchtig zu sein.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 02:48)

Um die kritische Haltung anderer Patient*innen besser zu eruieren, wurde das Thema in den Einzelinterviews erneut aufgegriffen. Misstrauen und Sorgen der Patient*innen, dass der Genesungsbegleiter zum Aushorchen eingesetzt werden könnte, wurden auch in den Einzelinterviews als mögliche Gründe für die kritische Haltung anderer Patient*innen genannt.

„Na eigentlich sind ja alle Patienten, die hier sind, auch in Haft gewesen und die gehen halt immer davon aus, dass er irgendwie ein Schnüffler ist, irgendetwas, so, herausfinden will für die Therapeuten, was wie ich finde, halt Blödsinn ist, ne.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 20:17)

Darüber hinaus wurde jedoch erwähnt, dass manche Patient*innen aus Gründen wie fehlender Therapiebereitschaft oder Verslossenheit an Kontakt und Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter nicht interessiert waren.

„Es sind auch viele dabei, die das nicht wollen.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 28:26)

3.2.2 Erfahrungen mit PSW

Das Oberthema „Erfahrungen mit PSW“ beschreibt Erfahrungen, die Patient*innen im Umgang mit dem Genesungsbegleiter gewonnen haben. Dabei handelten es sich bei den Themen um das **Kennenlernen, Effekte auf Verhalten, der Umgang mit Suchtdruck, Drogenerfahrungen und Rückfällen** und der **gute Zugang durch eigene Erfahrungen des Genesungsbegleiters**.

Um zu eruieren, wie das **Kennenlernen** des Genesungsbegleiters seitens der Patient*innen verlief, wurde das Thema in den Einzelinterviews aufgegriffen. Hierbei wurde seitens Patient*innen geäußert, dass der Genesungsbegleiter sich auf Stationen, in Reflektionsgruppen und Stationsgruppen vorgestellt hat und bereits während seines ersten Auftretens von seinen Erfahrungen und Erlebnissen mit Drogenkonsum und den Folgen, wie Beschaffungskriminalität, erzählte.

„[PSW], der hat sich vorgestellt bei uns, ne. Er hat sich in der Reflektionsrunde kam er rein, hat sich vorgestellt, Genesungsbegleiter, hat so kurz auch erklärt, was so seine Aufgaben sind, und wie gesagt, ne, ich hatte, hatte sehr, auch grad zu dem Zeitpunkt, ne, absolut viel Gesprächsbedarf.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 07:12)

Patient*innen bemerkten diverse **Effekte auf ihr Verhalten**, nachdem sie eine längere Zeit mit dem Genesungsbegleiter kommuniziert bzw. Gespräche geführt hatten. Diese Effekte präsentierten sich darin, dass Patient*innen Gedanken über **Pläne für die Zukunft** hegten und sich ein Wandel des negativen Denkens in eine optimistischere Art des Denkens mit Hoffnungsgefühlen, Beendigung der Drogensucht und Gedanken an einen Neuanfang vollzog.

„Auf jeden Fall will ich den Weg auch nehmen. Man muss immer was zu tun haben, ne? Abcanceln von den Leuten - das habe ich jetzt ja schon getan - ich habe mit niemandem Kontakt, nicht mal aus meiner Heimat. (...) Ja, ein neues Leben anfangen, ne. Nicht mehr zurückgehen in die Heimat. Und in die andere Stadt, wo ich jetzt gewohnt hab vor kurzem, da gehe ich auch nicht mehr zurück. Also neu aufbauen, alles. (...) Und Beschäftigung suchen, hm. Arbeiten.“ (07:30) (TN3, EinzelPat3_T2)

Neben einer optimistischen Zukunftsaussicht kam es bei den Patient*innen zu einer **veränderten Einstellung zu Therapie und Sucht**, die sich darin zeigte, dass Gespräche mit dem Genesungsbegleiter die Therapiebereitschaft der Patient*innen förderten, diese überdies in einzelnen Fällen auslösten. Die veränderte Einstellung ging mit einer offeneren Kommunikation über Suchtdruck und Gefühle seitens der Patient*innen zu Mitarbeiter*innen einher und ermöglichte es den Mitarbeiter*innen auf die Probleme der Patient*innen besser einzugehen.

„Aber [PSW] hat das so mir erklärt, ne, dass das überhaupt nichts mit anschießen zu tun hat, ne, dass ich mich selbst schützen, schützen, muss und weil ich Therapie machen möchte für mich, dann ist der, der mir die Drogen verkaufen will, nicht mein Freund, den ich verrate, sondern einer der mich, mir schädigt, ne. Und das hat er mir ganz vernünftig in einem Gespräch, zwar ein sehr langes Gespräch, das ging über zwei Stunden, ne. Da hat er sich Zeit genommen und mit mir diese, das so, mit mir so unterhalten, dass ich am Ende gesagt hab „Ja, er hat Recht, ne. Da kann ich mitgehen, das kann ich auch mit mir verantworten“, und wenn ich das jetzt hier in der Klinik melde, oder wie auch immer, wenn ich das sage, dann hab ich kein schlechtes Gewissen, dass ich ein Anschießer bin, ne. Dann interpretiere ich das so, dass ich Verantwortung hab, ne, Kinder, Familie, was weiß ich, und dass es aus Eigenschutz ist halt, ne, und nichts mit Anschießen zu tun hat. Das war für mich so ein ganz wichtiges Erlebnis so, ne. Wo ich immer mit mir gehadert hab, und, ne, was eigentlich auch im Weg steht, in der Therapie, wenn man sich davon nicht richtig distanzieren kann, um eben halt nicht als Verräter dazustehen, ne. Und das war für mich absolut hilfreich, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„Ja, ja das auf jeden Fall. (...) Ich rede jetzt auch so offen, auf der Station, in der Gruppe und so wegen Suchtdruck oder Probleme anzusprechen, das habe ich vorher alles nicht getan. Jetzt komme ich erst aus mir raus, richtig. Vor 2, 3 Wochen ungefähr (.) komme ich jetzt erst mir raus, so richtig.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 08:36)

Zusätzlich zu dem gewonnenen Optimismus, entwickelten manche Patient*innen den **Wunsch, selbst Genesungsbegleiter zu werden** und das Bedürfnis später selbst Patient*innen mit ihren Problemen zu unterstützen.

„Er will das wiedergeben, das was er bekommen hat. Von anderen Therapien, sage ich mal. Und das finde ich ist eine gute Einstellung, die er hat. Und das will ich auch dann tun. Das was er macht. Das zurückgeben. Es sind genug Leute draußen, die Hilfe brauchen.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 34:27)

Durch Gespräche mit dem Genesungsbegleiter über **Drogenerfahrungen, Suchtdruck und Rückfälle** wurde den Patient*innen ein offenerer Umgang mit diesen vermittelt. Anstatt über diese Themen zu schweigen und Rückfälle zu tabuisieren, wurden Patient*innen mit diesen Themen in

Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter direkt konfrontiert und Gefühle der Patient*innen wie Scham, Unbehagen, Angst oder Hilflosigkeit reduziert. Durch das offene An- und Aussprechen von Themen wie Suchtdruck oder Rückfälle, konnten Copingstrategien vermittelt werden und Patient*innen gemeinsam mit dem Genesungsbegleiter an Vorbeugungsmaßnahmen arbeiten, um einen erneuten Drogenkonsum zu verhindern.

„Ja, eigentlich ziemlich gut. Also ich hab ja ein Rückfall gehabt hier auch und habe da halt auch ein Gespräch mit ihm geführt. Zwecks Vorbeugung so, wie man das das nächste Mal [...] ja wie es nicht mehr dazu kommen könnte quasi. Was ich da machen könnte, ja.“ (02:04) (TN1, EinzelPat1_T2)

„Das war hauptsächlich, wie er es geschafft hat (.) von Drogen wegzukommen, mit Suchtdruck umzugehen, was er so gemacht hat, in der Zeit. Und (...) was halt noch, über, über Hepatitis haben wir geredet, natürlich, über den Virus (...). Dass er auch mehrere Entgiftungen hinter sich hat - die hab ich auch schon, dreimal und nie geschafft. Das ging hauptsächlich darum, mit Suchtdruck umzugehen. Was man machen kann, gegen den Suchtdruck.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 04:58)

Wie bereits in den Fokusgruppen, erwähnten Patient*innen auch in den Einzelinterviews einen **guten Zugang durch eigene Erfahrungen des Genesungsbegleiters**.

Eine gemeinsame Erfahrungsbasis und ähnlich erlebte Drogenprobleme ermöglichten einen schnelleren und besseren Beziehungsaufbau zwischen Patient*innen und dem Genesungsbegleiter, als mit Mitarbeiter*innen, die aufgrund von fehlenden Erfahrungen nicht dasselbe Ausmaß an Verständnis und Nachempfindung für die Patient*innen aufbringen konnten.

„Das ist nicht eben dieser Punkt, dass man dann ,nen besseren Draht hat, weil er Straftaten gemacht hat oder irgendwie so, ne. Darum geht's nicht, ne. (...) Das ist einfach nur diesen, diesen Weg, den er auch gegangen ist, den man fast parallel geht, dass er viele Situationen selbst kennt, weiß, wie man reagiert, darauf kommt's mir an, ne. Und davon zu profitieren, von seinen Erfahrungen, und wie er das gemeistert hat, ne (...)“ (38:30) (TN2, EinzelPat2_T2)

„Ja auf jeden Fall, und ich ja auch, ne, wenn er redet. Dann verstehe ich das ja auch. Weil er das ja auch konsumiert hat und jemand der nicht konsumiert hat, kann ja auch nicht das Gefühl sagen.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 19:44)

3.2.3 Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem PSW

Bei den Unterschieden im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem PSW wurde erneut die Schwierigkeit des Nachempfindens aufgrund fehlender Erfahrungen von Mitarbeiter*innen seitens der Patient*innen genannt. Patient*innen fühlten sich teilweise von Mitarbeiter*innen missverstanden und ihre Gefühle und Probleme in Gesprächen nicht ernst genommen. Im Gegensatz dazu hatten Patient*innen in Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter das Gefühl, dass sich dieser besser in sie hineinversetzen konnte und Gefühle, sowie Sorgen besser

nachempfinden konnte.

„So das kriegt, kann kein Psychologe wissen, weil er noch nie in so ,ner Situation war, ne. Es sind nur ganz kleine Details manchmal, das sind nicht riesengroße Dinger, so, ne. Das sind nur ganz kleine Details, das ist mir auch aufgefallen, ne. Ich hab da Nächte lang gegrübelt und (...) wenn ich gemerkt, das war nachher auch schon so, dass die Pflege total genervt war und so. Und keiner konnte mir das richtig erklären, ne. Und dann kommt der und sagt „Ja, das ist so“. (...) [und erklärt wieso diese Grübeleien zustande kamen]“ (TN2, EinzelPat2_T2, 27:30)

„Ganz oft, wenn das (...) einem Psychologe sagt so, „Nein!“ Und dann, wieso nein? Ich hab das, empfinde ich doch so, und ich fühl das doch so, da können Sie doch nicht einfach sagen nein, ne. Ich sag: „Ich hab Angst“, ne, da kann der Psychologe doch nicht sagen: „Nein, Sie haben keine Angst“. Ne (...). Auch ein Beispiel.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 29:10)

3.2.4 Wünsche bzgl. des PSW in der Klinik

Das Oberthema „Wünsche bzgl. des PSW in der Klinik“ beschreibt Wünsche der Patient*innen bezüglich des Genesungsbegleiters und des Konzeptes. Die geäußerten Wünsche der Patient*innen in den Einzelinterviews stimmten mit den genannten Wünschen der Patient*innen der Fokusgruppen überein. Insbesondere eine Erhöhung der Anzahl von Genesungsbegleiter*innen und eine stärkere Einbindung in Gruppentherapien, sowie eine stärkere Förderung seiner Präsenz wurde gewünscht. Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, eine*n Genesungsbegleiter*in auch nach der eigenen Entlassung kontaktieren zu können und bei Rückfällen oder bei Gedanken an erneutem Drogenkonsum eine*n Ansprechpartner*in zu haben, an den/die man sich im akuten Fall wenden kann.

“Und ich will das echt hoffen, dass er [PSW] mich dann weiterhin begleiten würde, auch wenn ich nicht mehr hier im Haus sein sollte hier irgendwann, auch wenn ich entlassen werden sollte, dass er dann trotzdem noch da ist, draußen, wo man einen Ansprechpartner hat, den man ansprechen kann oder Notfalltelefon zum Beispiel, wo man anrufen könnte. Das wollte ich ihn auch noch mal fragen, wenn es soweit sein soll, wie ich entlassen werde, ob sowas gehen würde. Falls ich doch einen Rückfall bauen sollte oder kurz davor bin oder so, dass ich dann jemand anrufen kann und das schildern kann, was ich machen soll jetzt (...) das wäre schon nicht schlecht, wenn so was gehen würde. Darüber wollte ich eigentlich noch sprechen, ob das auch so weit geht. (...) Notfallnummer.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 30:17)

3.3 Ebene der Mitarbeiter*innen

Fünf übergeordnete Themenpunkte wurden in den Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen klassifiziert: **Aufgaben und Rollen des PSW, Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen, Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen, Implementierung und Offene Fragen.**

Aufgaben und Rollen des PSW	Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen	Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen	Implementierung	Offene Fragen
PSW als Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen	Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW - guter Zugang zum PSW - negative Einstellungen der Patient*innen gegenüber dem PSW	Bedenken zerstreut nach Kennenlernen des PSW	Bewertung des Ablaufs	Ansprechpartner*innen
Tätigkeiten und Gespräche des PSW mit Patient*innen	Professioneller Arbeitsumgang	gegenwärtige Skepsis gegenüber dem PSW	Veränderungen seit Implementierung	Aufgaben
Übernahme von Mitarbeiter*innenaufgaben	Wunsch der Patient*innen selbst PSW zu werden			Befugnisse
Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen				

3.3.1 Aufgaben und Rollen des PSW

Das Oberthema „Aufgaben und Rollen des PSW“ beschreibt die von den Mitarbeiter*innen bemerkten Aufgabenbereiche und Rollen des PSW, sowie seine Tätigkeiten mit den Patient*innen und die Abgrenzung des Genesungsbegleiters zu anderen Berufsgruppen. Vier Unterthemen ließen sich dem übergeordneten Thema Aufgaben und Rollen des PSW zuordnen: ***PSW als Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen, Tätigkeiten und Gespräche des PSW mit Patient*innen, Übernahme von Mitarbeiter*innenaufgaben*** und ***Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen***.

Die Funktion des Genesungsbegleiters als ***Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen*** wurde bereits seitens der Patient*innen beschrieben. In der Analyse der Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen fiel auf, dass die Vermittlungsfunktion des Genesungsbegleiters zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen auch seitens der Mitarbeiter*innen vernommen wurde.

Aufgrund fehlender Erfahrungen mit Drogenkonsum seitens der Mitarbeiter*innen, half es den Mitarbeiter*innen bei Fragen zu Drogenkonsum oder verbundenen Gefühlen wie Suchtdruck, mit dem Genesungsbegleiter zu kommunizieren und mehr Verständnis für Patient*innen zu entwickeln. Diese Vermittlungsfunktion unterstützte einen verständnisvolleren Umgang von Mitarbeiter*innen mit Patient*innen und förderte die Beziehung zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen. Patient*innen fühlten sich von Mitarbeiter*innen besser verstanden und konnten sich in der Folge

leichter den Mitarbeiter*innen gegenüber öffnen. Dieses Verständnis seitens der Mitarbeiter*innen förderte neben der Offenheit auch die Therapiebereitschaft der Patient*innen. Weiterhin als nützlich empfunden wurde die Vermittlungsfunktion in Krisensituationen oder bei Suchtmittelrückfällen der Patient*innen, in denen es Mitarbeiter*innen zuvor schwer fiel, Verständnis aufzubringen, wenn Patient*innen beispielsweise bezüglich ihres Drogenkonsums nicht wahrheitsgemäß antworteten.

„kann ich jetzt für mich nur sagen, wie gesagt, ich hatte ja mal das Gespräch gesucht, weil ich etwas nicht nachvollziehen konnte und nicht verstehen konnte. Das hat er mir noch mal ganz gut erklärt aus der Sicht eines süchtigen Straffälligen, hat mich im, und, und, hat mich auch in einigen Vermutungen bestätigt. Das fand ich noch mal so ganz hilfreich, weil wir ja letztlich von den Aussagen der Patienten über die Jahre hinweg von den Erfahrungen leben, ne. Wie es denn, wie es denn in Haft ist, wo Sachen gehehlt werden zum Beispiel, ne. An wen man sich wendet und so weiter. Das, und das noch mal so eins zu eins bestätigt zu bekommen, das fand ich sehr hilfreich, also dass man da nicht aufm Holzweg ist.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 58:48)

„Hmhm, das stimmt aber. Ich hab auch mal ein Gespräch mit ihm gehabt, auch gerade über Drogen, und Konsum, und. Und auch diese, diese Wirkung der Entzugsproblematik, ne. Die man sich ja als jemand, den das noch nie betroffen hat, auch wirklich nicht vorstellen kann. Und, und das stimmt, da hat er ja ein großes Wissen und kann da ja auch aus Erfahrung sprechen. Und das fand ich auch sehr interessant, ja. Und ja, auch diese Sache, dass sie einen betrügen, weil sie's müssen, ne. Und das erklärt er einem ja auch eigentlich sehr, sehr schlüssig dann, weil das auch in seiner Biographie so vorkommt, dass er wirklich aufgrund dieser, dieser Sucht und dieser Abhängigkeit und dieser Entzugssymptome halt auch in seinem privaten Leben ja alles oder viel verloren hat, sage ich jetzt mal, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 60:58)

Die Beobachtungen über die **Tätigkeiten und Gespräche des Genesungsbegleiters mit Patient*innen** stimmten seitens Mitarbeiter*innen mit denen der Patient*innen überein. Mitarbeiter berichteten, dass der Genesungsbegleiter Gespräche mit den Patient*innen geführt hat, sowie Spiele, Koch- und Backaktionen mit diesen durchgeführt hat. Vereinzelt nahm der Genesungsbegleiter an Stationsgruppen teil.

Im Fokus seiner Tätigkeit standen jedoch intensive Gespräche mit den Patient*innen, die dem Austausch von Erfahrungen, wie Copingstrategien, und Gefühlen, wie Suchtdruck, dienten.

„Zu den Patienten hat er im Moment ein ganz gutes Verhältnis, er nimmt also auch die Gespräche wahr, die Patienten melden sich auch doch, ja, in unregelmäßigen Abständen an. Hat auch schon, ja, wenn man das Gruppe bezeichnen möchte, kann man das ruhig, aber bisschen Backnachmittag oder Backvormittag mit denen gemacht, Kekse hergestellt, was sehr gut angenommen wurde. Ist dann auch verteilt worden, auch auf die andere Gruppe – er konnte nur mit einer Gruppe backen. Die haben dann aber auch bereitwillig gesagt „Ja, können die oben natürlich auch mit bekommen“ und genauso wird es beim nächsten Mal andersrum sein.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 10:20)

Ein weiteres identifiziertes Unterthema war die **Übernahme von Mitarbeiter*innenaufgaben:**

Aufgrund von zeitlich eingespanntem oder fehlendem Personal, waren beispielsweise Back- oder Spielaktionen der Mitarbeiter*innen mit den Patient*innen oftmals nicht möglich. In diesen Situationen übernahm der Genesungsbegleiter gerne Mitarbeiter*innenaufgaben und beschäftigte sich auf vielfältige Art und Weise mit den Patient*innen. Des Weiteren bot der Genesungsbegleiter seine Unterstützung bei Ausgängen der Patient*innen an, was von den Mitarbeiter*innen als entlastend wahrgenommen wurde.

„Aber ich weiß, in der einen Situation ist es bei uns auch so gewesen, wir hatten den ersten Auf-, den ersten Ausgang mit einer Patientin, die ein paar Tage vorher eigentlich noch im KR [Krisenraum] gewesen ist und da hat er dann auch tatsächlich seine Hilfe angeboten, ne. Und ich wär nun derjenige gewesen, der mit (Patientenname) und hatte auch so ein bisschen meine Bauchschmerzen, weil wie gesagt, es war nun aber ihr Geburtstag, ein lang geplanter Ausgang mit einer geeigneten dritten Person, ne. Und da gab's dann ganz klare Festlegungen, wenn sie das so und so lange schafft, sich an die Regeln zu halten, wird dieser Ausgang stattfinden. Aber natürlich war's dann für alle Beteiligten „Ohje“, ne (lacht), und da fand ich das gut, dass er da dann auch mit Frau Professor [Name] besprochen, ob das, ob das möglich ist, dass er außer mir dann halt noch mitgeht. Das hätte er gemacht. Nun ist die geeignete dritte Person gekommen und wir mussten das nicht machen, aber ich find das eigentlich auch gut, dass er da so relativ flexibel dann auch ist, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 27:48)

In den Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen fiel die **Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen** auf. Während der Genesungsbegleiter auf den Stationen und bei den Pfleger*innen sehr präsent war, existieren kaum Schnittstellen des Genesungsbegleiters mit den Mitarbeiter*innen der Ergo- und Sporttherapie. Folge der fehlenden Praxisschnittstellen und geringer Relevanz war fehlendes Wissen seitens der Mitarbeiter*innen über die Aufgabenbereiche des Genesungsbegleiters.

„Ne, aber auch so über weitere Informationen. Ich sag's jetzt mal so: Wir haben das vielleicht, oder höchstwahrscheinlich, gelesen, aber es interessiert uns minimal, weil wir keine Praxisschnittstellen haben. Und das ist dann überflüssige Information, gleichzeitig, was ja die Krux an der Sache ist, haben wir uns zum Startzeitpunkt gefragt, ist er denn jetzt eigentlich da, ne. Also das ist so ein bisschen wie so ein – also was ist relevant, was ist nicht relevant? Dieser Filter ist unterwegs, ja.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 14:50)

3.3.2 Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen

Das Oberthema „Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen“ beschreibt die Bewertung des Kontaktes und des Umganges zwischen dem Genesungsbegleiter und der Patient*innen seitens der Mitarbeiter*innen.

Drei Unterthemen, **Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW, professioneller Arbeitsumgang** und **Wunsch der Patient*innen selbst PSW zu werden**, ließen sich bei den Fokusgruppen der Mitarbeiter kategorisieren.

Die **Einstellung der Patient*innen** gegenüber dem PSW wurde in die zwei Unterthemen **guter Zugang zum PSW** und **negative Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW** eingeteilt. Mitarbeiter*innen empfanden viele Patient*innen offener und zugänglicher im Kontakt mit dem

Genesungsbegleiter. Vermutete Faktoren, die die Offenheit und den **guten Zugang zum Genesungsbegleiter** bewirkten, waren ähnliche Erfahrungen, Erfahrungen mit Drogenkonsum, Suchtdruck, Rückfällen und Beschaffungskriminalität, sowie dem daraus resultierenden Verständnis des Genesungsbegleiters gegenüber den Patient*innen. Hierbei wurde festgestellt, dass Themen beziehungsweise fehlende Erfahrungen wie Suchtdruck für Mitarbeiter*innen eine Erschwerung der offenen Kommunikation bewirkte, da es Patient*innen schwer fiel, Tipps und Ratschläge von Personen anzunehmen, die bestimmte Gefühle nicht nachempfinden konnten.

„Und er kann, glaube ich, so Dinge mit ihnen besprechen, die sie von uns nicht annehmen könnten, auf keinen Fall, ne. Da würden die mir nur: Du weißt doch gar nicht, worüber wir reden, ne. Du weißt ja nicht mal wie das ist, wenn man so abhängig ist, ne und so'n Suchtdruck hat. Und das geht, das ist bei ihm eben nicht so, ne. Er hat all das erlebt und kann das auch so kommunizieren und ich halte das durchaus für wertvoll für die Patienten.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 23:58)

„Und ich finde auch immer, die Patienten nehmen das von solchen Menschen, die selbst mal betroffen waren, von ihren Erfahrungen erzählen, besser an als von uns, die ihr Wissen nur aus 'm Buch haben oder aus dem Bauch raus. Also ich denke diese Leute kommen manchmal besser an, als wir, wenn wir Ratschläge geben.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 59:40)

Wie schon bei den Fokusgruppen der Patient*innen erläutert, kamen jedoch auch seitens der Mitarbeiter*innen Gefühle auf, dass teilweise eine **negative Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW** existierte. Die negative Einstellung wurde auf die vergangene Anpassung der Patient*innen an die Gefängniskultur zurückgeführt, die in Misstrauen gegenüber dem Genesungsbegleiter resultierte. Dieses Misstrauen bezog sich auf die Aufgabenbereiche des Genesungsbegleiters und bezog die Sorge mit ein, dass der Genesungsbegleiter möglicherweise Patient*innen aushorchen könnte. Folge dieses Misstrauen war, dass manche Patient*innen sich gegenüber dem Genesungsbegleiter verschlossen und Gespräche bzw. den Kontakt zu diesem verweigert haben.

„Und auf der (Station Nummer) zumindest, war es noch so, dass sich, glaube ich, vereinzelt Patienten mal ein Gespräch mit ihm gesucht haben, aber die Mehrzahl der Patienten, aber es lag auch an der Patientenkonstellation, die ja jetzt auf Station (Nummer) ist, dass die [PSW], habe ich immer wieder gehört, eher als Maulwurf betrachten und da sehr, ich weiß nicht wie es jetzt ist, aber die Konstellation gab es ja damals auf der (Stationsnummer).“ (08:27) (TN 11, FoGruMA1_T2)

Die Mitarbeiter*innen der Fokusgruppen waren mit dem **professionellen Arbeitsumgang** des Genesungsbegleiters zufrieden. Hervorgehoben wurde seine Fähigkeit Nähe und Distanz bei Patient*innen gut einzuschätzen und je nach Situation anzuwenden und nach jedem Gespräch mit Patient*innen den Mitarbeiter*innen davon zu berichten. Dieser offene Umgang mit Gesprächen, aber auch der höfliche Umgang mit Mitarbeiter*innen und seine Fähigkeit Situationen mit Patient*innen gut einzuschätzen, führten zu dem positiven Gesamtbild der Mitarbeiter*innen zu seinem Arbeitsumgang.

„Oder auch dieses „Nähe, Distanz“, das hat er auch ganz toll im Griff, ja.“ (TN3, FoGruMA1_T2, 31:43)

„Wann immer er mit einem Patienten spricht, kommt er hinterher ins Stationszimmer und berichtet uns davon. Und ich denke, wenn wir jetzt über den Punkt Umgangsformen sprechen, also da gibt es gar nichts auszusetzen, das ist, das macht er wirklich sehr gut. Er hat sicherlich ,ne ganz andere Art und Weise mit den Patienten zu sprechen, als wir das jetzt zum Beispiel machen würden. Aber das ist ja auch; denke ich; gerade das Vorteilhafte daran.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 16:10)

Die Mitarbeiter*innen bemerkten den **Wunsch der Patient*innen selbst PSW zu werden**. Seitens der Mitarbeiter*innen wurde vernommen, dass es Patient*innen half, eine Person zu treffen, die aus ihrem Erfahrungsschatz die Fähigkeit entwickelt hat, anderen Menschen in ähnlichen Situation zu unterstützen und bei ihrer Genesung zu begleiten.

Dies resultierte in dem Wunsch, selbst aus Erfahrungen einen Nutzen zu ziehen und nach ihrer Genesung, Patient*innen zu helfen und eine Arbeit anzunehmen, die Ihnen sinnvoll und zufriedenstellend erschien.

„Genau, ne. Einige Patienten wollten sogar jetzt in seine Laufbahn gehen, also die wollten jetzt auch Genesungsberater werden, haben gesagt „Oh, das ist aber was Tolles. Vielleicht wäre das auch für mich später.“ (TN3, FoGruMA1_T2, 32:44)

„Also auf der (Stationsnummer) hatten wir tatsächlich einen Patienten, der, der hat das jetzt sehr fest ins Auge gefasst und auch die Vorbereitung dahingehend getroffen. Aber das ist auch ein Patient, der tatsächlich geeignet ist dafür.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 33:05)

3.3.3 Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen

Das Oberthema „Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen“ thematisiert die Haltung der Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und welche Erfahrungen die Mitarbeiter*innen mit dem Genesungsbegleiter sammeln konnten. Die Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen ließen sich in die zwei Unterthemen **Bedenken zerstreut nach Kennenlernen des PSW** und **gegenwärtige Skepsis gegenüber dem PSW** strukturieren.

Viele Mitarbeiter*innen betrachteten das Konzept der Genesungsbegleitung zu Beginn misstrauisch und hatten die Sorge, dass keine klare Trennung seiner Zugehörigkeit existierte. Viele befürchteten ein Bündnis des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen und eine daraus resultierende ungünstige Patient*innen-Mitarbeiter*innen-Beziehung. Eine weitere Befürchtung war der Handel bzw. die Einschleusung von Drogen, die mit Hilfe des Genesungsbegleiters erfolgen könnte. Neben diesen weitgehenden Befürchtungen, wurde auch auf zwischenmenschlicher Ebene befürchtet, dass der Genesungsbegleiter keine nötige Distanz zu den Patient*innen aufbringen kann und kein professioneller Arbeitsumgang möglich ist.

Nach dem Kennenlernen des Genesungsbegleiters wurden die Bedenken seitens der Mitarbeiter*innen zerstreut und wandelten sich in ein vertrautes Verhältnis zwischen

Mitarbeiter*innen und dem Genesungsbegleiter.

„Also ich hatte erheblich Bedenken, als es darum ging. Mein stärkster, meine stärksten Bedenken gingen ja in die Richtung, dass es keine klare Trennung gibt, dass er quasi zum Personal gehört und nicht zur Patientengemeinschaft. Also die Bedenken habe ich gar nicht mehr. Ich hab schon den Eindruck, dass er, dass es ganz klar ist, dass er zu unserer Seite gehört (lacht).“ (22:15) (TN7, FoGruMA1_T2)

„Na, ich hätte ihm tatsächlich, ganz ehrlich, am Anfang, also es ist ja, man hat ja zu Patienten, auch wenn man sie jetzt respektiert und mag und schätzt und so weiter, doch irgendwie ein relativ distanzierteres Verhältnis sag ich mal, ne. Und ich glaube zu Beginn, ohne ihn zu kennen, wäre er genau da bei mir auch. Vielleicht nicht ganz, aber doch mit relativ viel Distanz, ne. Und ich denke, er hat mich jetzt persönlich mehr oder weniger doch davon überzeugt, dass man ihm da absolut vertrauen kann“ (TN11, FoGruMA1_T2, 68:28)

Trotz alledem behielten manche Mitarbeiter*innen eine nach wie vor **gegenwärtige Skepsis gegenüber dem PSW** bei. Fehlende Informationen zu seiner Abstinenzdauer und im Allgemeinen zu seiner Vergangenheit mit dem Drogenkonsum und der Beschaffungskriminalität, führten zu weiterhin bestehenden Vorbehalten bezüglich seiner Person. Dies resultierte weiterhin in Misstrauen bei Informationsweitergabe, auch aus dem Bereich des privaten Lebens der Mitarbeiter*innen, in den Pausen.

„Dadurch dass wir dann wirklich dann auch Mahlzeiten oft mit ihm zusammen einnehmen, und und und. Ja. Man unterhält sich natürlich in der, in den Pausen über Privates und nicht über Dienstliches, ne. Und insofern bei einem, wenn es denn stimmt, der drei Jahre erst clean ist, keine Ahnung, was der mit den ganzen Informationen macht, ne. Und letzten Endes, (lacht), ihn ausgrenzen geht auch nicht. Er sitzt ja nun mal da.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 20:16)

„Also so eine Weiterbildung zum Genesungsbegleiter würde ich auch begrüßen, weil man muss ehrlich sein, einige Mitarbeiter, sind sehr, stehen der Sache noch sehr skeptisch gegenüber.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 27:44)

3.3.4 Implementierung

Das Oberthema Implementierung beschreibt die Einschätzung des Ablaufes der Implementierung des Genesungsbegleiters seitens der Mitarbeiter*innen und der von Ihnen darauffolgenden wahrgenommenen Veränderungen. Das Oberthema ließ sich in die zwei Unterthemen **Bewertung des Ablaufs** und **Veränderungen seit Implementierung** differenzieren.

Der Ablauf der Implementierung wurde seitens der Mitarbeiter*innen durchwachsen bewertet. Die Implementierung des Genesungsbegleiters stellte sich als schwierig heraus, da es aufgrund des Auflebens der Covid-Pandemie und der Umstrukturierung des Hauses zu einem erschwerten Informationsfluss und daraus resultierenden fehlenden wahrgenommenen Informationen bezüglich

des Genesungsbegleiters seitens der Mitarbeiter*innen kam.

Diese Phase führte zu einem allgemein stressigen Arbeitsalltag der Mitarbeiter*innen und erschwerte einen Kommunikations- und Beziehungsaufbau zwischen den Mitarbeiter*innen und dem Genesungsbegleiter. Seitens der Klinikleitung wurden gute Voraussetzungen für die Implementierung des Genesungsbegleiters geschaffen, Einführungen und Vorstellungen bei den Stationsübergaben geplant und dem Genesungsbegleiter ein Büro für seine Tätigkeiten zur Verfügung gestellt. Trotz dieser Vorbereitung musste der Genesungsbegleiter viel Eigeninitiative bei seinem Arbeitsbeginn zeigen.

„Ja, ich denke aber, die Einführung von [PSW], und das ist ja schon ,ne große Sache, die ist einfach auch, da sind einfach auch Informationen untergegangen aufgrund der ganz vielen anderen Neuerungen. Das war so ein Projekt, was irgendwie auch noch zusätzlich dazu kam und nebenher lief, und das waren, denke ich, auch teilweise ungünstige Startbedingungen für ihn, die er selbst regeln musste.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 22:15)

Die bemerkten Veränderungen seit der Implementierung des Genesungsbegleiters hielten sich nach Angaben der Mitarbeiter*innen in Grenzen. Erläutert wurde, dass der Genesungsbegleiter in Zeiten der Übergangsphase Mitarbeiter*innenaufgaben übernahm und diese Unterstützung als hilfreich wahrgenommen wurde, aber keine tiefgreifenden Veränderungen in den Tagesablauf der Mitarbeiter*innen oder Veränderungen in der Beziehung von Mitarbeiter*innen und Patient*innen resultierten.

3.3.5 Offene Fragen

Das Oberthema „Offene Fragen“ thematisiert die fehlenden Kenntnisse der Mitarbeiter*innen bzgl. Befugnissen, Aufgaben und Ansprechpartner*innen des Genesungsbegleiters, nachdem er zu diesem Zeitpunkt bereits 6 Monate in der Klinik beschäftigt war. Die Unterthemen **Ansprechpartner*innen**, **Aufgaben** und **Befugnisse** ließen sich bei dem Oberthema offene Fragen ermitteln.

Die Mitarbeiter*innen der Fokusgruppen fühlten sich über die **Ansprechpartner*innen** bezüglich des Projektes und der Implementierung des Genesungsbegleiters nicht hinreichend informiert. Während der Gespräche in den Fokusgruppen fiel auf, dass Mitarbeiter*innen die Klinikleitung für die Ansprechpartnerin für den Genesungsbegleiter hielten und über zwischengeschaltete Ansprechpartner*innen nicht informiert waren.

„Also, das – mir war völlig unklar, dass (Name 2) und (Name 1) die Ansprechpartner sind.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 07:08)

Neben offenen Fragen bezüglich der Ansprechpartner*innen, fielen auch fehlende Informationen bezüglich seiner **Aufgaben** seitens der Mitarbeiter*innen auf. Es wurden Fragen zu seinen Inhalt und Rahmenbedingungen seiner Gespräche gestellt, z. B. inwiefern diese begleitet werden oder alleine geführt werden, ob sie in einem Rhythmus stattfinden und ob ein Konzept seitens der Klinik

besteht. Seine Eigeninitiative mit Koch- und Backaktionen und Gesprächsangeboten wurde gelobt, jedoch die fehlende Information zu seinen anderen Aufgabenbereichen, falls vorhanden, kritisiert. Seitens der Mitarbeiter*innen kam der Vorschlag auf, seine Aufgabenbereiche zu konkretisieren und die Mitarbeiter*innen darüber zu informieren.

„Was sind denn seine Aufgaben konkret? Also ich glaube, [PSW] hat für sich selbst, ne gute, klare Vorstellung, was er alles könnte, was er gerne machen würde, [Zustimmung von anderer Person] wie er es umsetzen kann und versucht auch den Weg zu finden, ne, selbstständig und so. Braucht immer so ein bisschen Zeit, aber ist denn mittlerweile eigentlich ganz klar von Klinikseite aus gesagt worden: „Das und das und das ist deine Aufgabe!“? Also entweder, kann sein, ich hab diese Info verpasst, es wirkte für mich am Ende immer noch so ein bisschen wie „Wir müssen mal noch schauen. Da vielleicht ein bisschen da, und ein bisschen da, und das wäre noch möglich...“ und vielleicht sind ein, zwei Sachen konkreter benannt worden offiziell.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 26:43)

„Und meine Frage ist, hat er überhaupt von der Klinik her so ein Konzept? Er macht viel so alleine, führt da ein Gespräch, macht eine Backaktion Kontakt zu bekommen, das beruht aber alles auf Eigeninitiative. Meine Frage ist, besteht auch ein Konzept von Seiten der Klinik? (...) So, das ist meine Frage.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 45:45)

3.4 Ebene des Genesungsbegleiters

Neben den Erfahrungen der Genesungsbegleitung seitens Patient*innen und Mitarbeiter*innen, wurden auch die Erfahrungen des Genesungsbegleiters in einem Einzelinterview evaluiert. Es ließen sich 5 übergeordnete Themen klassifizieren: **Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen, Erfahrungen mit Patient*innen, förderliche Faktoren, Rollen und Aufgaben des PSW, Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft.**

Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen	Erfahrungen mit Patient*innen	Förderliche Faktoren	Rollen und Aufgaben des PSW	Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft
positive Erfahrungen	positive Erfahrungen	förderliche Charaktereigenschaften	Evaluation seines Berufes	
negative Erfahrungen	Einstellungsänderung	Supervision	Kontaktmöglichkeiten	
	Verständnis durch eigene Erfahrungen		wechselseitiger Austausch und Informationsweitergabe	
	negative Erfahrungen			

3.4.1 Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen

Das Oberthema "Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen" beschreibt den Umgang der Mitarbeiter*innen

mit dem Genesungsbegleiter aus Sicht des Genesungsbegleiters und die Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit den Mitarbeiter*innen gemacht hat. Während des Arbeitszeitraumes des Genesungsbegleiters konnte dieser hauptsächlich **positive**, aber auch vereinzelt **negative Erfahrungen** mit Mitarbeiter*innen sammeln.

Der Genesungsbegleiter erlebte von Anfang an eine respektvolle Kommunikation und einen professionellen Umgang mit den Mitarbeiter*innen. Schnell fassten viele Mitarbeiter*innen zu dem Genesungsbegleiter Vertrauen und es entwickelte sich in kurzer Zeit ein lockerer, freundlicher aber dennoch professioneller Arbeitsumgang zwischen dem Genesungsbegleiter und den Mitarbeiter*innen.

Ein Grund, der vom Genesungsbegleiter aufgeführt wurde und die schnelle Entwicklung eines lockeren und freundlichen Arbeitsumganges zwischen Genesungsbegleiter und Mitarbeiter*innen erklärt, ist sein authentischer und offener Umgang mit seiner Vergangenheit und seinem Leben. Diese Offenheit führte zu Interesse seitens der Mitarbeiter*innen an seiner Vergangenheit und half eine Vertrauensbasis aufzubauen und resultierte in **positiven Erfahrungen** seitens des Genesungsbegleiters mit den Mitarbeiter*innen.

„die Mitarbeiter die auf ein „Sie“ bestanden haben, zu Anfang, als sie mich kennengelernt haben, ganz von alleine auf das „du“ übergegangen sind. Die meisten duzen mich auch generell, was ich sehr gut finde und die Lage entspannt für mich, das wäre zu den Mitarbeitern. Ergänzend vielleicht, wir sind ständig auf Augenhöhe.“ (TNI, 02:06)

„Ich hätte nicht gedacht, dass es so schnell geht, dass die Leute hier Vertrauen zu mir fassen. Ich habe aber auch in meinem Leben die Erfahrung gemacht, je offener ich mit meinem Leben umgehe, je mehr ich dazu stehe und je authentischer ich bin, dass die Leute auch damit etwas anfangen können. Ich habe von Anfang an kein Geheimnis aus meinem Leben gemacht, hab genauso gesagt „Stellt Fragen, aber rechnet damit, ich beantworte sie auch alle, auch wenn es euch nicht gefällt, was ich da sag.“ Und viele sind da neugierig und so habe ich das Eis gebrochen.“ (TNI, 09:24)

Einzelne Mitarbeiter*innen standen dem Konzept und dem Genesungsbegleiter kritisch gegenüber. Die negativen Erfahrungen, von dem der Genesungsbegleiter in dem Einzelinterview berichtete, bezogen sich auf einen Einzelfall und äußerten sich in einem unharmonischen Umgang und einer von Beginn an kritischen Einstellung und einem fehlendem Interesse gegenüber dem Konzept.

„Und dann saß er da im Stationszimmer alleine und hat mich zur Rede gestellt, was ich überhaupt will, und da habe ich halt gesagt „Schönen Tag, mein Name ist [PSW]“ habe nicht mit dem du angefangen, hab gesagt „Mein Name ist [PSW] ich bin Genesungsbegleiter, es war ausgemacht mich heute in der Gruppe vorzustellen, ich habe mich im Team bereits eine dreiviertel Stunde vorher für eine dreiviertel Stunde vorgestellt, Einblicke in mein Leben, was ich hier machen möchte, was ich getan habe, da waren Sie leider nicht da. Warum auch immer“, da hat er sich gleich angefangen zu rechtfertigen, er müsse hier gar nichts, er ist hier schließlich der Oberarzt. Da habe ich bemerkt okay er ist auf einer ganz anderen Ebene, da kommst du mit Vernunft nicht durch (...)“ (TNI, 16:40)

3.4.2 Erfahrungen mit Patient*innen

Das Oberthema „Erfahrungen mit Patient*innen“ thematisiert den Umgang des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen der Klinik aus Sicht des Genesungsbegleiters und die Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit diesen gemacht hat. Es ließen sich vier Unterthemen bei den Erfahrungen mit Patient*innen differenzieren: **positive Erfahrungen, Einstellungsänderung, negative Erfahrungen und Verständnis durch eigene Erfahrungen.**

Positive Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit den Patient*innen gewinnen konnte, bezogen sich auf den Abbau von Misstrauen, die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses und den Beginn einer Beziehung zwischen Patient*innen und Genesungsbegleiter. Auch hier beruhte wieder die Vertrauensentwicklung auf einer gemeinsamen Erfahrungsbasis und der Überwindung von Zurückhaltung seitens der Patient*innen. Diese Entwicklung des Vertrauensverhältnisses wurde von beiden Seiten ähnlich wahrgenommen. Betont wurde zudem, dass viele Patient*innen dem Konzept und dem Genesungsbegleiter zugänglich und offen eingestellt waren und viele Patient*innen einen Kommunikationsbedarf aufwiesen.

„wenn ich mit denen spreche und die Patienten mitkriege, dass ich nichts aus dem Lehrbuch irgendetwas vorlese, sondern die Sachen, die Probleme, die sie haben, ich selbst hatte und weiß von was ich spreche, in dem Moment ist das Eis gebrochen und das klappt wunderbar.“ (TNI, 04:02)

Neben der Einstellungsänderung der Patient*innen durch die Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter, konnte auch eine Einstellungsänderung des Genesungsbegleiters während seiner Arbeit mit Patient*innen vernommen werden.

Hervorgehoben wurde die Änderung seines Bewertungsverhaltens gegenüber Patient*innen und ihrer Straftaten. Aufgrund seiner Hafterfahrung und der im Gefängnis geltenden Hierarchien, die Inhaftierte nach ihren jeweiligen Straftaten bewerten und Mitgefangene sie dementsprechend behandeln, unterschied auch der Genesungsbegleiter früher zu Haftzeiten Patient*innen nach ihren Delikten. Durch Kurse im Rahmen seiner Ausbildung erlebte der Genesungsbegleiter ein Umdenken und unterschied Patient*innen während seiner Arbeit als Genesungsbegleiter nicht mehr nach ihren jeweiligen Straftaten, sondern nach ihrem individuellen Rede- und Hilfebedarf. Patient*innen, die keinen Bedarf hatten, mit dem Genesungsbegleiter zu kommunizieren, wurden seitens des Genesungsbegleiters von den Patient*innen unterschieden, die den Hilfe- und Kommunikationsbedarf hatten und eine Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter wünschten.

„Na ja, Änderungen in meiner Art sind hauptsächlich durch den Kurs und durch die Ausbildung entstanden. Also was ich da gelernt habe, da erfahren hab, durch die Gruppenarbeit, vom ich zum wir-Wissen, habe ich in vielen Positionen angefangen, umzudenken, was auch dazu beiträgt, dass ich hier nicht nach Straftaten unterscheide, sondern nach Patienten, wer mich braucht, der wird bedient, wer mich nicht braucht, dem kann ich nicht helfen. Aber ich unterscheide nicht, Patient A hat dies gemacht, Patient B hat das gemacht, geht für mich nicht. Früher habe ich das anders gemacht, aufgrund meiner Hafterfahrung, da gibt es Hierarchien. Stehen bestimmte Leute ganz

unten, mach ich hier nicht, bewusst nicht.“ (TNI, 14:32)

Sowohl in den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit den Patient*innen, als auch bei den Fokusgruppen der Mitarbeiter*innen wurde die Relevanz der gemeinsamen Erfahrungen und dem daraus resultierenden **Verständnis durch die Erfahrungen des Genesungsbegleiter** verdeutlicht. Zu diesem Ergebnis kam auch die Analyse des Einzelinterviews mit dem Genesungsbegleiter. Neben den bereits erwähnten Effekten wie ein leichterer Zugang, das von Patient*innen gefühlte Verständnis und die offene Kommunikation, betonte der Genesungsbegleiter den Wandel der Einstellung bei den Patient*innen. Viele Patient*innen verstanden in Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter, dass sowohl der Genesungsbegleiter, als auch die Mitarbeiter*innen nicht gegen die Patient*innen arbeiteten, sondern mit ihnen arbeiten wollten und sie auf dem Weg der Genesung zu unterstützen versuchten.

Das Teilen gemeinsamer Erfahrungen und die damit verbundenen offeneren Gespräche mit dem Genesungsbegleiter unterstützte Patient*innen dabei, ihren eigenen Weg der Genesung zu gehen und eigene Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsprozesse zu entwickeln.

Ein weiterer Vorteil, der aus den Erfahrungen des Genesungsbegleiters resultierte, ist das Erkennen von Drogenkonsum, anhand des spezifischen Verhaltens und Merkmalen der Patient*innen, das ein schnelles Eingreifen und Handeln seitens der Mitarbeiter*innen ermöglichte.

„Man kriegt es auch vom Verhalten mit, also ich kenn die Anzeichen, wenn jemand anfängt so zu machen und ihm fallen die Augen zu, weiß ich ganz genau, der hat entweder Opiate konsumiert oder irgendeine andere Form konsumiert, Codein zum Beispiel, das lässt auch gerne jucken. Und das sieht man einfach, solche Schweine erkennt man, weil man selber mal ein Schwein war. Und es ist etwas anderes, wenn ich durch Erfahrung von einem anderen gesehen werde, und das als Erfahrung abspeichere oder irgendwas im Buch les und es so abspeichere. Es ist ein riesiger Unterschied, ich habe das halt selbst erfahren und weiß wovon ich rede, daher weiß ich auch wohin ich gucken muss, weil ich mich selbst im Spiegel gesehen habe, wenn ich breit war und das gebe ich gerne weiter.“ (TNI, 24:50)

„Dass die Patienten mitkriegen, dass ich nicht gegen, sondern mit ihnen arbeite und dass ich nach Kräften versuche, das Selbsterlebte weiterzutragen, dass jeder daraus was für sich ziehen kann, Parallelen ziehen kann, und sich verstanden fühlt, weil es das Wichtigste ist, dass ein Patient sich verstanden fühlt.“ (TNI, 30:17)

„meistens ist es so, dass ich ganz genau weiß, was sie meinen, weil ich an den Stellen in Therapien selbst schon festgesteckt habe, wie solle ich jemandem erklären was Suchtdruck für mich ist, gerade. Ich weiß, weil ich schon oft welchen hatte oder heute teils noch habe, aber auch weiß, wie ich damit umgehen kann. Ich weiß, nicht nur wie es ist, sondern ich weiß auch, wie man das ändern kann und das ist für mich schön. Das wird auch angenommen, dankend angenommen, von den Patienten spezifisch.“ (TNI, 33:27)

Negative Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit Patient*innen machte, bezogen sich meist

auf verschlossene und ablehnende Patient*innen.

Wie bereits in den Fokusgruppen der Patient*innen erwähnt, nehmen manche Patient*innen eine kritische und verschlossene Einstellung gegenüber dem Genesungsbegleiter ein. Dabei handelt es sich meist um Patient*innen, die wenig Therapiebereitschaft zeigten oder eine individuelle Antipathie gegenüber dem Genesungsbegleiter empfanden. Diese Patient*innen lehnten das Kennenlernen des Genesungsbegleiters und Gespräche mit diesem ab.

„Ne, die Schwierigkeiten die ich mit Patienten habe, sind die Patienten, die zumeist alles ablehnen. Beispiel da ist gerade jemand gewesen, der ist total blöd auf mich zu sprechen, von Anfang an, weil ich das verkörpere, was er nicht hinkriegt. Das habe ich ihm natürlich nicht auf die Nase gebunden, das habe ich so für mich akzeptiert. Und auch wo anders gemeldet, aber nicht bei ihm. Das passiert aber immer wieder, das finde ich auch nicht schlimm.“ (04:02)

„dann gibt es Leute, die mich von vornerein ablehnen, dann gibt es Leute, die mich unsympathisch finden, warum auch immer. Mir ist aber auf der Straße auch nicht jeder grün, der mir über den Weg läuft, aus welchen Gründen auch immer – kann ich nicht wissen. Aber auf sowas bin ich vorbereitet und da besteh ich auch nicht auf irgendetwas, wenn mir jemand Signale gibt, das passt nicht, dann ist das so.“ (TNI, 20:19)

3.4.3 Förderliche Faktoren

Das Oberthema „Förderliche Faktoren“ beschreibt förderliche Eigenschaften und Instanzen für die Tätigkeit als Genesungsbegleiter. Als Unterthemen ließen sich **förderliche Charaktereigenschaften** und **Supervision** differenzieren.

Als **förderliche Charaktereigenschaften**, die die Arbeit als Genesungsbegleitern erleichterte, nannte der Genesungsbegleiter seine Kommunikationsfähigkeit, seine Geduld und Beharrlichkeit, Patient*innen zu helfen und zu motivieren und seine Fähigkeit eigene Stärken und Schwächen anzuerkennen und an diesen anzusetzen. Der Genesungsbegleiter berichtete von Patient*innen, die bisher noch keine Therapiebereitschaft zeigten, er aber nach wie vor versuchte, diese in die Richtung von Offenheit und einer Therapiebereitschaft zu motivieren. Diese Geduld spiegelte sich auch darin wieder, dass der Genesungsbegleiter Patient*innen nicht direkt bei der ersten Begegnung aufgab, sondern versuchte sich mittels Ratschlägen von anderen Mitarbeiter*innen auf Patient*innen einzustellen und sich um mehrere Versuche einer Kontaktaufnahme bemühte. Diese Eigenschaft führte dazu, dass viele Patient*innen bei der ersten Begegnung möglicherweise noch verschlossen und eher ablehnend waren, sich aber mit weiteren Begegnungen oder anderen Gesprächsansätzen langsam öffneten und die Hilfe des Genesungsbegleiters annahmen.

„ Hier ist ein Patient, den habe ich versucht zu motivieren, und ich habe ihm versprochen, ich nerve ihn solange, bis ich ihn motiviert habe, und auch wenn er mich mittlerweile sieht, lacht er schon, weil er genau weiß, was ich will, die Antwort ist leider immer die gleiche, aber das macht nichts. Ich weiß, der wird wahrscheinlich immer Nein sagen, probiere es aber trotzdem weiter. Einfach nur, ich gebe wirklich nicht auf. Also hätte ich damals aufgegeben, wäre ich jetzt nicht clean und würde hier sitzen und ich gebe einfach nicht auf.“ (TNI, 11:35)

Fehlten dem Genesungsbegleiter Informationen oder verstand er das Verhalten von Patient*innen nicht, suchte er sich aktiv Hilfe, Ratschläge und Informationen bei anderen Mitarbeiter*innen, wie den Bezugspfleger*innen, den Psychologen*innen und dem ärztlichen Fachpersonal. Dieses Verhalten unterstrich seine Teamfähigkeit und sein Einschätzungsvermögen, als auch seine Bereitschaft, Hilfe zu suchen.

Als weitere förderliche Eigenschaft führte der Genesungsbegleiter an Patient*innen Gedanken oder Strategien weiterzugeben, die ihm selbst geholfen haben.

„Also klar, meine Art, ich weiß was ich will, ich weiß ganz genau, was ich will, ich weiß genau wo meine Stärken sind, ich weiß aber auch ganz genau wo meine Schwächen sind, ich bin authentisch, ehrlich und reflektiert, und ich gebe mir Mühe, Dinge zu erkennen, die aus dem Ruder laufen, und frag auch nach. (...) Also ich frage oft nach, ist das so und so und habe ich das richtig verstanden oder habe ich das richtig erklärt oder was auch immer. So kriege ich das mit und damit kann ich etwas anfangen.“ (TNI, 07:29)

Supervisionen, in denen der Genesungsbegleiter die Möglichkeit hat, Probleme mit Patient*innen oder Themen, wie den Umgang mit Patient*innen anzusprechen, wurden von dem Genesungsbegleiter als weiterer förderlicher Faktor benannt. Der Genesungsbegleiter nutzte hierbei verschiedene Möglichkeiten der Supervisionen. Über ExIn, wo der Genesungsbegleiter seine Ausbildung gemacht hat, erfolgten regelmäßige Supervisionsgruppen, an denen auch andere Genesungsbegleiter*innen teilnahmen. Intern in der Klinik fanden Supervisionen mit der Stationsleitung des Genesungsbegleiters statt, die ihn im Tagesgeschehen miterlebte und dahingehend Feedback geben konnte und in größeren Abständen erfolgten Supervisionen mit der Klinikleitung.

Diese Supervisionen dienen dem Genesungsbegleiter dazu, seine Arbeit und die Erfahrungen, die er während seiner Arbeit mit Patient*innen sammelt, zu reflektieren und sich zusätzlich mit anderen Genesungsbegleiter*innen über Ansichten, Situationen und Problemen auszutauschen.

„Habe ich nächsten Sonnabend, Supervision. Ich hatte schon Intervisionen vorher und da sprechen wir aktiv Problematiken an, Umgang mit Patienten oder, wenn es Themen sind, das gehen wir alles an, das finde ich sehr gut, und rein reflektier ich mich mit zwei anderen Genesungsbegleitern, die aktiv arbeiten, auch über die Arbeit, wie sie bestimmte Sachen sehen, wie sie mit Situationen umgehen und ja...“ (TNI, 13:53)

3.4.4 Rollen und Aufgaben des PSW

Das Oberthema „Rollen und Aufgaben des PSW“ thematisiert Aufgabenbereiche des Genesungsbegleiters, sowie die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme seitens der Patient*innen und die eigene Bewertung seines Berufes.

Bei dem Oberthema Rolle und Aufgaben des PSW ließen sich drei Unterthemen differenzieren. Dabei handelte es sich um die **Evaluation seines Berufs, Kontaktmöglichkeiten der Patient*innen zum PSW** und den **wechselseitigen Austausch und Informationsweitergabe**.

Der Genesungsbegleiter bewertete seine Arbeit als sinnvoll und zufriedenstellend.

Er beschrieb seine Tätigkeit als einzigartige Gelegenheit, welche er in seinem gesamten Leben noch nie hatte und berichtete davon, dass das Umfeld und die Möglichkeit Patient*innen zu helfen ihm Freude bereiteten. Der Genesungsbegleiter arbeitete gerne und gewann Zufriedenheit daraus, zu wissen, dass er als Patient von Genesungsbegleiter*innen profitiert hätte. Positive Rückmeldungen seitens Mitarbeiter*innen und Patient*innen bestätigten seine positive **Evaluation seines Berufs**.

„ So eine Gelegenheit wie diese habe ich mein ganzes Leben lang nicht gehabt, so ein Umfeld wie es hier ist, so ein Klima wie es hier ist, arbeitsmäßig, patientenmäßig mal hintergestellt, die sind alle unterschiedlich, aber das trägt alles dazu bei, dass ich hier gerne herkomme und dann wird das auch gut, von ganz alleine und da ist mir auch das Geld ganz egal, das kommt auch von ganz alleine. Und in der Anfangszeit ist es nicht leicht, da schauen die erstmal, fragen wer ist es und so, da mache ich mir gar keine Illusionen. Alles gut.“ (TN1, 13:07)

„Alleine zu wissen, dass da jemand ist, der eine Zeit lang süchtig war und es hinkriegt, und sein Wissen heute an andere weitergibt, das wäre für mich damals wertvoll gewesen. Das ist auch einer der Aspekte, warum ich das mache. Das ist eine schöne Aufgabe, wirklich.“ (TN1, 37:05)

Die von dem Genesungsbegleiter angegebenen **Kontaktmöglichkeiten der Patient*innen** stimmten mit den Analysen aus den Angaben der Patient*innen und Mitarbeiter*innen überein. Es bestand die Möglichkeit Gespräche über die Station anzumelden oder den Gesprächsbedarf von Patient*innen an Mitarbeiter*innen weiterzutragen. Patient*innen wurden zudem aktiv von dem Genesungsbegleiter angesprochen und nach Gesprächsbedarf befragt. Patient*innen, die bereits aus früherer Haft den Genesungsbegleiter persönlich kannten, kamen auch von sich aus auf ihn zu und suchten ein Gespräch mit diesem.

„Der Patientenkontakt gestaltet sich im Alltag so, entweder werden Gespräche angemeldet über Station, ich laufe aber auch im ganzen Haus rum, und spreche Patienten von alleine an und frage wie es geht, oder wenn ich Leute kenne, ich kenne Leute von draußen, aus der Haft, einen kenne ich aus Therapie, mit dem war ich zusammen auf Therapie, auf der letzten. Dann spricht sich das auch herum, das ist der und der und so und so, dann kommen die Leute auch von alleine.“ (TN1, 04:02)

Die bereits bei den Interviews der Patient*innen und Mitarbeiter*innen angegebene Vermittlungsfunktion wurde seitens des Genesungsbegleiters unter seiner Aufgabe des **wechselseitigen Austausches und der Informationsweitergabe** bestätigt.

Der Genesungsbegleiter tauschte sich während seiner Arbeit sowohl mit Patient*innen über seine Erfahrungen aus, als auch mit den Mitarbeiter*innen. Er wurde während seiner Arbeit nach seiner Meinung, seinen Eindrücken und seinen Erfahrungen bzgl. des Drogenkonsums und den damit verbundenen Gefühlen und dem Verhalten seitens der Mitarbeiter*innen befragt und bewirkte eine Verbesserung des Verständnis seitens der Mitarbeiter*innen für die Patient*innen.

Diese Vermittlungsfunktion führte auch auf Seiten der Patient*innen zu einer Verbesserung des

Verständnisses für das Verhalten und das Handeln der Mitarbeiter*innen und der Erkenntnisentwicklung, dass diese nicht gegen Patient*innen arbeiten, sondern sie bei ihrer Suchtbekämpfung unterstützen wollen, und sorgte für ein harmonischeres Miteinander zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen.

„Andererseits kann ich auch all das was die Mitarbeiter für den Patienten wollen, den Patienten mitteilen. Dass das kein Gegeneinander ist, sondern dass sie eigentlich das Beste für die Patienten wollen. Und das verstehen die meisten nicht, aber wenn ich das denen erkläre, dann verstehen die das irgendwie doch. Es funktioniert in beide Richtungen, nicht nur vom Patienten zum Mitarbeiter, sondern auch andersrum. Und das finde ich total schön.“ (TN1, 05:58)

„Das sieht man – oder ich sehe das. Ich brauch da nicht lange gucken, ich hab da meine Zeichen, worauf ich achte, das ist auch kein Allheilmittel, natürlich entgehen mir auch Signale, klar, ich bin da nicht zu 100% Vollprofi, da gibt es immer ein paar, aber in der Regel kriege ich das mit.“

Ich erzähle das auch den Mitarbeitern, woran ich bestimmte Dinge erkenne und zum Glück hören die genau da zu und nehmen das auch an und probieren das aus.“ (TN1, 23:50)

3.4.5 Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft

Der Genesungsbegleiter äußerte im Rahmen des Einzelinterviews lediglich einen Wunsch bezüglich des Berufes der Genesungsbegleitung in der forensischen Psychiatrie in der Zukunft.

Dieser Wunsch beinhaltete, die Genesungsbegleitung in forensischen Psychiatrien zu einem festen Bestandteil zu implementieren, da hiermit eine neue Möglichkeit des Austausches geschaffen wird. Dieser Austausch von Erfahrungen, Gefühlen und Problemen zwischen Patient*innen und Genesungsbegleiter*innen führe zu einer Entwicklung von Offenheit, Therapiebereitschaft, Änderung des Denkens und der Einstellung. Patient*innen erhielten die Möglichkeit über Gefühle zu kommunizieren, die Genesungsbegleiter*innen nachempfinden können, weil sie sie selbst erlebt hatten.

Genesungsbegleitung wurde aus der Sicht des Genesungsbegleiters als eine Form von Sprache angesehen, die des Weiteren auch auf Seiten der Mitarbeiter*innen Vorteile, wie mehr Verständnis für Patient*innen oder eine Verbesserung des Verhältnisses von Mitarbeiter*innen und Patient*innen, mit sich zog.

Genesungsbegleitung ist ein Ansatz, der auf vielfältige Art und Weise und auf verschiedenen Ebenen einen Austausch ermöglicht, zwischen Patient*innen und Genesungsbegleiter*innen, zwischen Genesungsbegleiter*innen und Mitarbeiter*innen und schlussendlich zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen.

„Was ich mir am allermeisten wünsche? Das es zum festen Bestandteil wird, weil dadurch eine Möglichkeit zum Austausch geschaffen wird, die sonst nie stattfinden kann. Ein Mensch, der aus einem Land kommt und nicht meine Sprache spricht ist ohne Dolmetscher aufgeschmissen, außer er kann mit Händen und Füßen oder zeichnen, ansonsten kommt keine Kommunikation zustande.“

Obwohl hier alle gut geschult sind, sehr gut geschult nebenbei und viele Erfahrungen gemacht haben, und auch fachlich super kompetent sind, sind da trotzdem noch Dinge, die sie nicht erfassen können, weil sie sie nicht erlebt, sondern anders erfasst haben.“ (TN1, 35:12)

4. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, den Implementierungsprozess eines Genesungsbegleiters in der Klinik für Forensische Psychiatrie zu evaluieren, so z. B. die Effekte auf Patient*innen- und Personalebene zu identifizieren und mögliche Schwierigkeiten sowie Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen. Ferner wurde untersucht, inwiefern die Arbeit als Genesungsbegleiter in der forensischen Psychiatrie Einflüsse auf den Genesungsbegleiter selbst hat. Um diese Prozesse zu untersuchen, wurden zu zwei Erhebungszeitpunkten, (hier Zeitpunkt der ersten Erhebung einfügen) und zum Zeitpunkt T2, 6 Monaten nach Beginn der Arbeit des Genesungsbegleiters, Daten erhoben. Zum Zeitpunkt T1 wurden im Vorfeld telefonische Interviews mit Personen mit Leitungsfunktion geführt, um in Kenntnis zu bringen, ob bereits Erfahrungen mit Genesungsbegleiter*innen gemacht worden sind. Ist dies bejaht worden, wurden Interviews mit den dortigen Genesungsbegleiter*innen erbeten. Zum selben Zeitpunkt (T1) wurden zwei Fokusgruppen mit Mitarbeiterinnen und ein Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock durchgeführt. Zum Zeitpunkt T2 wurden drei Einzelinterviews mit Patient*innen, zwei Fokusgruppen mit Patient*innen, zwei Fokusgruppen mit Mitarbeiter*innen und ein Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter durchgeführt, die von der Autorin in der vorliegenden Dissertation beschrieben und untersucht worden sind.

4.1 Einfluss von Genesungsbegleitung auf Patient*innen

Die Mehrheit der Patient*innen berichtete bereits vor Implementierung von einer positiven Einstellung bezüglich des Konzeptes von Genesungsbegleitung. Hierbei wurde seitens der Patient*innen auf die Bedeutung von ähnlichen Erfahrungen mit Suchtmitteln oder von Erfahrungen mit Beschaffungskriminalität des Genesungsbegleiters hingewiesen. Diese geteilten Erfahrungen bildeten die Grundlage für das Gefühl von Patient*innen, dass Genesungsbegleiter*innen Situationen oder Gefühle der Patient*innen leichter als Mitarbeiter*innen verstehen, nachempfinden und nachvollziehen können. Genesungsbegleitung, dessen Grundlage das Teilen gemeinsamer Erfahrungen ist, bedeutet Verständnis und Empathie für Andere aufzubringen. Dies führt, wie auch andere Studien zeigen, zu einem Gefühl der Zugehörigkeit und der Verbundenheit (Mead et al, 2001).

Außerdem stellten wir fest, dass Patient*innen sich von anderen Mitarbeiter*innen nicht in Gänze verstanden fühlten, dieses Verständnis aber hilfreich in der Therapie von Suchterkrankungen ist und die Grundidee der Genesungsbegleitung darstellt. So bildet auch das Bedürfnis nach einer menschlicheren und nutzerorientierteren psychiatrischen Arbeit eine der historischen Wurzeln von Genesungsbegleitung. Diese Peer-to-peer-Arbeit, in der Betroffene sich gegenseitig unterstützen, Informationen austauschen, voneinander profitieren, z. B. in Selbsthilfegruppen, wird innerhalb der Betroffenenbewegung seit Jahrzehnten praktiziert. Oft unterstützten jedoch auch Menschen, die selbst weniger Hilfe benötigen, andere Betroffene, mit einem höheren Hilfebedarf und ebneten Studien zufolge den Weg für die aktuelle Peer-to-Peer-Entwicklung, die mit einer Qualifizierung der Peers einhergeht, die speziell auf die Bedürfnisse von psychiatrischen Patient*innen abgestimmt ist (Andreas Knuf, 2016).

Patient*innen berichteten weiterhin davon, dass der Kontakt zu dem Genesungsbegleiter ihnen bei dem Umgang mit negativen Gefühlen, Suchtdruck und mit Rückfällen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum half, z. B. durch das Erteilen von Ratschlägen aus dessen eigener Erfahrung. In den Interviews wurde deutlich, dass die Gespräche mit dem Genesungsbegleiter einen bedeutsamen Einfluss auf das zukünftige Verhalten und der Einstellung bzgl. der Therapie und der Suchterkrankung bei den Patient*innen hatten. So wurden etwa Rückfällen besprochen und Strategien entwickelt, wie diese in der Zukunft vermieden werden könnten. Ähnliche Ergebnisse wurden in anderen Studien gefunden, in denen Genesungsbegleitung zu geringeren Rehospitalisierungsraten führte, eine erhöhte Therapiebereitschaft induzierte, die Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen förderte und den Drogenkonsum der Betroffenen reduzierte (Reif et al., 2014).

Außerdem wurde deutlich, dass der Kontakt mit dem Genesungsbegleiter dazu beitrug, dass Patient*innen sich der Therapie mehr öffneten und diese in der Folge zusätzlich mehr Engagement in der Behandlung ihrer Suchterkrankung zeigten. Diese erhöhte Therapiebereitschaft und das Schmieden von Zukunftsplänen können als Zeichen der Entwicklung von Verantwortung für das eigene Handeln betrachtet, und somit als Indiz für Empowerment gewertet werden, wie dies häufig in Studien zur Genesungsbegleitung in der Allgemeinpsychiatrie beobachtet wurde (Repper & Carter, 2011).

Durch die Kommunikation der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter wurden jedoch auch vereinzelt negative Gefühle induziert. Diese bezogen sich zumeist auf die Konfrontation der Patient*innen mit ihrem vergangenen Drogenkonsum oder ihrem zu Zeiten des Drogenkonsums bestandenem sozialen Umfeld. Es wurde deutlich, dass diese Konfrontation von Patient*innen als stark aufwühlend bis hin zu überfordernd erlebt wurde und mitunter Zeit nötig war, diese Gefühle und Gedanken seitens der Patient*innen zu verarbeiten. Die Verarbeitung dieser Gefühle und Gedanken stellt jedoch einen wichtigen Aspekt der Konfrontationstherapie dar, die ursprünglich in der Behandlung von Ängsten und Phobien angewandt wurde, jedoch auch in der Suchtbehandlung in Form von Expositionsübungen Anwendung findet. Ihre Wirksamkeit zur Rückfallprävention konnte in einer Reihe von Studien belegt werden (Lindenmeyer, 2005).

Die Mehrheit der Patient*innen empfanden nach dem Kennenlernen des Genesungsbegleiters Sympathie und Wertschätzung gegenüber diesem. Gründe dafür sind möglicherweise Ähnlichkeiten, die Patient*innen und der Genesungsbegleiter aufgrund von Parallelen in der Lebensgeschichte aufweisen und persönlichen Faktoren, die dazu führen, Personen mit denen man sich verbunden fühlt, sympathisch zu finden. Diese Sympathie und Wertschätzung ermöglichten einen Vertrauensaufbau der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und förderten in diesem Zusammenhang eine offene und vertrauliche Kommunikation, in der auch für Patient*innen psychisch belastende Themen, wie Drogenrückfälle oder Probleme im sozialen Umfeld, besprochen werden konnten.

Weiterhin wurde in der Studie ersichtlich, dass neben positiven Einflüssen auf Patient*innen, positive Einflüsse des Genesungsbegleiters auf die Beziehung von Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu vermerken waren.

Manche Patient*innen sahen Mitarbeiter*innen als „gegenerische Seite“ an und berichteten teilweise in den Fokusgruppen eine verschlosseneren Haltung gegenüber den Mitarbeiter*innen. Anderer Studien berichten von ähnlichen Beobachtungen und einer bemerkten Wir-Ihr-Trennung, die auf dem Gefühl von fehlendem Verständnis seitens Mitarbeiter*innen gegenüber psychiatrischen Patient*innen beruhe (Mead et al, 2001).

Diese Einstellung von manchen Patient*innen gegenüber dem Personal zeigt, dass eine sorgfältige Beobachtung und laufende Evaluierung der Implementierung von Genesungsbegleiter*innen wichtig dafür ist, ungünstige Entwicklungen der Patient*innen und der Genesungsbegleiter*innen zu verhindern. Supervisionen, in denen kritische Situationen besprochen werden und Empfehlungen ausgesprochen werden können, wie auf Konfliktsituationen zu reagieren ist, sind von großer Bedeutung und sollten Genesungsbegleiter*innen angeboten werden.

Zu erwähnen auch, dass die Akzeptanz seitens der Patient*innen gegenüber Genesungsbegleiter*innen ebenfalls keine Selbstverständlichkeit darstellt und sorgfältig beobachtet werden sollte, um ungünstige Entwicklungen und zwischenmenschliche Spannungen zu verhindern. Ein intensives Monitoring des gesamten Entwicklungs- und Arbeitsprozesses ist hierbei notwendig, um Genesungsbegleiter*innen gewinnbringend für Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu integrieren (Lacroix, 2016).

Dem Genesungsbegleiter wurde seitens der Patient*innen eine Vermittlungsfunktion zugeschrieben, die in Konfliktsituationen zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen eine deeskalierende Wirkung aufwies und eine Kommunikation zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen erleichterte und zu mehr Verständnis von und für beide Seiten führte. Da Mitarbeiter*innen aufgrund fehlender Erfahrungen das Verhalten von Patient*innen in manchen Situationen möglicherweise nicht verstehen oder den Leidensdruck nicht nachempfinden können, könnte es zu Konflikten zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen kommen, die mitunter in einer Eskalation enden könnten. Dies kann dann zu negativen Konsequenzen für die Patient*innen führen und in der Folge demotivierend für diese sein. Die Vermittlungsfunktion des Genesungsbegleiters erlaubte es, solche Konfliktsituationen zur Zufriedenheit beider Seiten zu lösen und negative Konsequenzen zu verhindern.

Durch die Gespräche mit dem Genesungsbegleiter wurden die von Patient*innen bemerkten Unterschiede im Kontakt mit dem Genesungsbegleiter und den Mitarbeiter*innen verdeutlicht. Wie bereits zuvor genannt, wurde das Fehlen von ähnlichen Erfahrungen seitens der Mitarbeiter*innen hervorgehoben, was den Hauptunterschied zwischen dem Genesungsbegleiter und den Mitarbeiter*innen ausmachte. Gleichzeitig wurde auch festgestellt, dass die Anpassung der Patient*innen an die Gefängniskultur eine Verständnisschwierigkeit darstellt und die Gänge der von Patient*innen angenommenen Normen und Wertvorstellungen Mitarbeiter*innen unbekannt ist. Als Beispiel zu erwähnen ist das fehlende Melden von Mitpatient*innen, die gegen Regeln verstoßen, aufgrund der Sorge von Mitpatient*innen in Folge schlecht behandelt zu werden.

Studien zeigen, dass unter Gefangenen die Regel gilt, Gefangene nicht an das Anstaltspersonal zu verraten und ein Verstoß zu Gewaltübergriffen durch Mitgefangene führen kann (Chong, 2014).

Diese Hafterfahrungen können Patient*innen prägen und ihr Denken als auch ihr Verhalten im Maßregelvollzug weiterhin beeinflussen. Genesungsbegleiter*innen könnten hierbei, aufgrund ihrer selbst gemachten Erfahrungen, auch Mitarbeiter*innen dabei unterstützen, Verständnis für diese Normen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen der Patient*innen aufzubringen.

Das Bekämpfen der ehemaligen Drogensucht des Genesungsbegleiters, sein derzeitiges straffreies Leben und seine derzeitige Arbeit, führte bei den Patient*innen zu dem Gefühl von Motivation und Hoffnung, auch dieses Leben führen zu können. Studien zeigen, dass diese Hoffnung erforderlich für die Therapiebereitschaft von Patient*innen und für die Entwicklung von Fähigkeiten dafür ist, ihr soziales Umfeld mitzubestimmen und ihr Leben selbst zu gestalten (Repper, 2013).

Neben dieser Hoffnung wurde eine veränderte Einstellung der Patient*innen zu ihrer Therapie und Sucht bemerkt, die sich darin zeigte, dass die Therapiebereitschaft der Patient*innen nicht nur gefördert, sondern überdies in einzelnen Fällen auch ausgelöst wurde. Neben Verständnis, Empathie und Akzeptanz, berichteten Patient*innen auch in anderen Studien, von der Entwicklung von Hoffnung (Davidson et al, 2012). Diese Entwicklung von Hoffnung konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Zusätzlich zeigten Studien, dass Genesungsbegleiter*innen für Patient*innen eine Vorbildfunktion einnahmen und sie dadurch das Vertrauen der Patient*innen gewinnen konnten (Hunt & Byrne., 2019, Miyamoto & Sono, 2012). Diese Effekte spiegelten sich auch in der Beziehung der Patient*innen mit den Mitarbeiter*innen wieder, indem Mitarbeiter*innen eine offener Kommunikation seitens Patient*innen erlebten und besser auf diese eingehen konnten.

Viele dieser Effekte von Genesungsbegleitung auf Patient*innen lassen sich im Kontext des Recoverymodells CHIME interpretieren (Leamy et al., 2011). Fünf Bereiche tragen nach dem CHIME-Recoverymodell zu der persönlichen Genesung bei. Dabei handelt es sich um die Bereiche Verbundenheit, Hoffnung & Optimismus, Identität, Bedeutung & Zielrichtung und Empowerment. Durch die Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter fühlten Patient*innen eine Verbundenheit und gewannen Hoffnung, dass eine Genesung möglich ist und wurden überdies motiviert ihr Leben zu ändern und Zukunftspläne zu gestalten. Weiterhin konnten Patient*innen ein positives Selbstbild entwickeln, indem die Vorbildfunktion des Genesungsbegleiters dazu beitrug, aufzuzeigen, dass eine Suchterkrankung oder der Drogenkonsum weder das Leben bestimmen müssen noch einen Menschen in seiner Gänze definieren. Durch Gespräche mit dem Genesungsbegleiter zeigten Patient*innen eine erhöhte Therapiebereitschaft, das als Indiz für Empowerment und Verantwortungsübernahme, sowie Kontrolle über ihr Handeln und Leben gewertet werden kann. Wie bereits zuvor beschrieben, fühlten sich die Patient*innen dem Genesungsbegleiter aufgrund ähnlicher Erfahrungen verbunden und berichteten von einem Gewinn von Hoffnung durch die Gespräche, die sie mit dem Genesungsbegleiter führten. Diese Hoffnung bezog sich darauf, dass Patient*innen, wie der Genesungsbegleiter, dazu in der Lage sind, ihre Suchterkrankung zu bekämpfen, Stigmata zu überwinden und ein abstinentes Leben zu führen, indem sie arbeiten können und von anderen Menschen wertgeschätzt werden. Dies könnte als Indiz für den, durch die Überwindung von Stigmata ermöglichten, Wiederaufbau eines positiven Selbstbildes gewertet werden. Das Schmieden von Zukunftsplänen durch Gespräche mit dem Genesungsbegleiter, wie von Patient*innen berichtet, kann als Zeichen für das Setzen von Zielen und dem Aufbau eines

zukunftsorientierten, sinngebenden Lebens gewertet werden. Zusammengefasst werden damit alle Bereiche des CHIME-Recoverymodells durch den Einfluss von Genesungsbegleitung auf Patient*innen erfüllt.

Neben der Möglichkeit, dass Patient*innen Gespräche mit dem Genesungsbegleiter anmelden konnten, ging der Genesungsbegleiter auch in Eigeninitiative auf Patient*innen zu und erfragte den Gesprächsbedarf. Zusätzlich wurden auch informelle Gespräche im Rahmen von beispielsweise Kochaktionen angeboten. Hierbei wurde deutlich, dass Patient*innen eine Ausweitung der vorhandenen Angebote des Genesungsbegleiters in der Klinik begrüßen würden. Wünsche bezogen sich auf das Einbeziehen des Genesungsbegleiters in Gruppengespräche oder Basisgruppen und die Möglichkeit eine*n Genesungsbegleiter*in auch nach der eigenen Entlassung kontaktieren zu können. Dies würde zum Einen mehr Patient*innen involvieren und dem Konzept der Genesungsbegleitung mehr Aufmerksamkeit schenken, als auch mögliche Rückfälle verhindern, wenn ein*e Ansprechpartner*in vorhanden ist, die*den man in akuten Situationen kontaktieren kann.

Verschiedene Einsatzbereiche der Genesungsbegleitung sind bereits international erfolgreich etabliert und präsentieren sich im Home Treatment, im Case-Management, bei Kriseninterventionen, sowie in Einzel- und Gruppenangeboten und zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen im Akutsetting (Mahlke et al., 2019). Auch im forensischen Setting könnte die Genesungsbegleitung auf ähnliche Einsatzbereiche ausgeweitet werden, wie sie in der Allgemeinpsychiatrie beschrieben und bereits etabliert sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der seitens Patient*innen angesprochen wurde, war der Wunsch nach Diversität der Genesungsbegleiter*innen. Patient*innen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen könnten mit Genesungsbegleiter*innen, die mit denselben psychiatrischen Erkrankungen leben, möglicherweise besser kommunizieren und sich besser verstanden fühlen. Auch die Bedeutung des Geschlechtes von Genesungsbegleiter*innen wurde betont: Themen würden von Patient*innen präferiert mit dem weiblichen oder männlichem Geschlecht besprochen werden. Eine Ausweitung des Geschlechtes und des Hintergrundes könnte demzufolge mehr Patient*innen involvieren, motivieren und im Folgenden auch eine Therapiebereitschaft dieser begünstigen.

In wenigen Fällen nahmen Patient*innen eine negative Haltung bzgl. des Konzeptes von Genesungsbegleitung ein. Teilweise berichteten Patient*innen davon, dass andere Patient*innen skeptisch auf das Konzept der Genesungsbegleitung reagierten und befürchteten, von dem Genesungsbegleiter ausspioniert zu werden. Anlass für dieses Misstrauen könnte, wie bereits genannt, die Anpassung an die im Gefängnis geltenden Normen und Wertevorstellungen sein, beziehungsweise die Anpassung an Regeln und Umgangsformen der Mitgefangenen, mit denen Patient*innen die überwiegende Zeit ihrer Haftzeit verbracht haben und auf deren Akzeptanz sie angewiesen waren. Studien zeigen, dass Strafgefangene vom Personal oft als verschlossen, verbittert und nicht vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Diese wiederum halten das Personal für herablassend, hochmütig und niederträchtig (Schwarz & Stöver, 2010). Dadurch könnte bei Patient*innen mit Haft Erfahrung ein Denken vorhanden sein, dass Mitarbeiter*innen und damit auch Genesungsbegleiter*innen mit Misstrauen und Skepsis begegnet wird.

Patient*innen berichteten in den Fokusgruppen, dass das Konzept der Genesungsbegleitung bei vielen von ihnen unbekannt war, sodass dieses fehlende Wissen oder fehlende Erfahrungen mit Genesungsbegleitung weitere Gründe für die empfundene Skepsis darstellen könnten, welcher durch mehr Aufklärung und Information entgegengewirkt werden könnte.

Vereinzelte Patient*innen zeigten kein Interesse an der Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter. Grund dafür könnte sein, dass diese Patient*innen noch relativ neu in der forensischen Psychiatrie waren und/oder keine Therapiebereitschaft zeigten. Es ist möglich, dass eine längere Anwesenheit des Genesungsbegleiters und der Patient*innen dazu führen könnte, dass diese Patient*innen im Verlauf des Gesprächs mit dem Genesungsbegleiter dann doch suchen. Gleichzeitig sollte hierbei erwähnt werden, dass Sympathie individuell ist und manche Menschen einfach nicht gut miteinander auskommen, sodass es auch möglich ist, dass manche Patient*innen aufgrund dieser fehlenden Sympathie und Harmonie keine Beziehung zu dem Genesungsbegleiter aufbauen können. Berichte der Patient*innen von fehlendem Wissen bezüglich des Konzeptes der Genesungsbegleitung seitens Patient*innen deuten jedoch auf die Notwendigkeit von Vorabinformationen, Schulungen oder Kursen für Patient*innen hin, in denen die potentiellen Vorzüge der Genesungsbegleitung aufgezeigt werden und Bedenken beseitigt werden können.

4.2. Einfluss von Genesungsbegleitung auf Mitarbeiter*innen

Die Mitarbeiter*innen erlebten den Genesungsbegleiter vor allem während seiner Tätigkeiten auf Station und nach Gesprächen mit Patient*innen, wenn der Genesungsbegleiter die Mitarbeiter*innen über diese informierte und Relevantes aus den Gesprächen berichtete. Weiterhin konnten Mitarbeiter*innen den Genesungsbegleiter bei Back- oder Kochaktionen mit den Patient*innen auf verschiedenen Stationen erleben.

Die Anwesenheit eines Genesungsbegleiters ermöglichte es den Mitarbeiter*innen bei Fragen zu Drogenkonsum oder Gefühlen wie Suchtdruck, den Genesungsbegleiter anzusprechen und mehr Verständnis für Patient*innen zu entwickeln. Gleichzeitig half die Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter in Krisensituationen, in denen es Mitarbeiter*innen an Verständnis fehlte, wenn Patient*innen, aufgrund ihrer Suchterkrankung gegen Regeln verstießen und beispielsweise rückfällig wurden.

Genesungsbegleitung trug auch in anderen Studien dazu bei, dass Mitarbeiter*innen einen besseren Einblick in das Leben der Patient*innen gewannen und mehr Verständnis gegenüber den Gefühlen und Gedanken von Patient*innen aufbrachten (Hunt et al. 2019). Dieser Gewinn an Verständnis seitens der Mitarbeiter*innen für Verhaltensweisen von Patient*innen konnte auch in der hier vorliegenden Studie bestätigt werden und bestätigte die Vermittlungsfunktion sowohl aus Sicht der Patient*innen als auch der Mitarbeiter*innen. Diese Vermittlungsfunktion und die damit verbundene Entwicklung von Verständnis unterstützte einen offeneren Umgang von Mitarbeiter*innen mit Patient*innen und könnte langfristig zu einer Verbesserung der Beziehung zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen führen.

Mitarbeiter*innen konnten in diversen Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter diesen nach seinen gemachten Erfahrungen befragen und befanden sich damit in einem zuvor nicht vorhandenen Verhältnis, in dem es möglich war, mit jemandem zu kommunizieren, der Erfahrungen mit Drogen gemacht hat, dieser gleichzeitig jedoch auf Seiten der Mitarbeiter*innen steht und mit seinen Drogenerfahrungen offen umgeht. Studien zeigen, dass die Zusammenarbeit mit einem*r Genesungsbegleiter*in bei manchen Mitarbeiter*innen eine persönliche Entwicklung hinsichtlich einer größeren Offenheit und Reflexionsfähigkeit angestoßen habe (Aretz & Jungbauer, 2019).

Neben den bereits genannten Tätigkeiten des Genesungsbegleiters in Form von Gesprächen und anderen Aktionen mit den Patient*innen, übernahm dieser zeitweilig Mitarbeiter*innenaufgaben, wenn zeitlich eingespannte Mitarbeiter*innen z. B. nicht in der Lage waren, Back- oder Spielaktionen mit Patient*innen durchzuführen. Diese Unterstützung, die sich auch in Ausgängen mit Patient*innen gezeigt hat, wurde von den Mitarbeiter*innen als entlastend und hilfreich wahrgenommen. Obwohl die zeitweilige Übernahme von Mitarbeiter*innenaufgaben primär nicht angedacht war, half sie dabei, dass Patient*innen eine Beschäftigung hatten und nicht frustriert waren, falls Mitarbeiter*innen dafür keine zeitliche Kapazitäten aufwiesen.

Der Genesungsbegleiter zeigte während seiner Arbeitszeit einen professionellen Arbeitsumgang mit den Patient*innen auf, der von den Mitarbeiter*innen positiv bewertet wurde. Betont wurde seine Fähigkeit den Patient*innen auf einer professionellen Weise und gleichzeitig auf einer persönlichen Ebene zu begegnen.

Gleichermaßen wurde positiv hervorgehoben, dass der Genesungsbegleiter nach seinen Gesprächen mit Patient*innen die Mitarbeiter*innen über wichtige Informationen in Kenntnis setzte. Durch diesen Austausch zwischen Genesungsbegleiter*innen und Mitarbeiter*innen können Mitarbeiter*innen neue Sichtweisen auf einzelne Praxissituationen bekommen und Lösungsideen entwickeln, wie andere Studien zeigen (Afting-Ijeh & Etspüler, 2016).

Mitarbeiter*innen bemerkten eine Verbesserung ihrer Einstellung zum Genesungsbegleiter nach dem Kennenlernen des Genesungsbegleiters. Viele befürchteten zu Beginn ein Bündnis des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen und einer daraus resultierenden ungünstigen Mitarbeiter*innen-Patient*innen-Beziehung. Weitere Befürchtungen thematisierten das Einschleusen von Drogen oder des fehlenden professionellen Arbeitsumganges. Diese Bedenken wurden zerstreut, als die Mitarbeiter*innen den Genesungsbegleiter kennengelernt hatten. Vereinzelt Mitarbeiter*innen behielten eine nach wie vor gegenwärtige skeptische Einstellung gegenüber dem Genesungsbegleiter bei. Fehlende Informationen zu seiner Abstinenz oder seiner Vergangenheit begünstigten diese Skepsis.

Es ist anzunehmen, dass eine längere Zusammenarbeit diesen Umständen entgegenwirken könnte, da das Kennenlernen bei jedem Menschen ein individuell langer Prozess ist und es sich hierbei um eine vergleichsweise kurze Implementierungsdauer des Genesungsbegleiters von 6 Monaten handelte.

In den Gesprächen mit den Mitarbeiter*innen wurde bemerkt, dass nach wie vor offene Fragen zu

seinen Tätigkeitsbereichen und Befugnissen bestanden, die jedoch in Gesprächen mit den Ansprechpartner*innen geklärt werden könnten. Entgegenwirken könnte man diesen offenen Fragen mit Vorträgen oder Sitzungen, in denen das Konzept und die Vorzüge der Genesungsbegleitung erklärt werden und Raum für die Beantwortung von Fragen oder Raum für Diskussion besteht. Wie bereits andere Studien zeigen, können Mitarbeiter*innen durch Workshops auf die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter*innen vorbereitet werden, in denen Bedenken und Ängste ausgesprochen und ernst genommen werden (Lacroix, 2016). Vorbereitungen im Rahmen einer Kick-off-Veranstaltung, in denen Mitarbeiter*innen das Projekt, das Curriculum und die Aufgabenbereiche der mit EX-IN ausgebildeten Genesungsbegleiter*innen ausführlich dargestellt wurde, können Befürchtungen hinsichtlich Kürzungen von Stellen in der eigenen Berufsgruppe der Mitarbeiter*innen entkräften (Denk & Weibold, 2016). Obwohl Vorbereitungen im Rahmen der Implementierung des Genesungsbegleiters stattgefunden haben, nahmen nicht alle Mitarbeiter*innen diese Informationen und Vorbereitungen wahr. Durch verpflichtende Fortbildungen und organisierte Treffen zwischen Genesungsbegleiter*innen und anderen Teammitgliedern könnte diesem Umstand entgegengewirkt werden. Auch sollte versucht werden Gespräche zwischen Genesungsbegleiter*innen und anderen Teammitgliedern zu fördern.

Hinsichtlich des neuen Berufes der Genesungsbegleitung wurde dieser nicht als Konkurrenz wahrgenommen, sondern als zusätzliches Teammitglied angesehen, das einen wertvollen Beitrag für Patient*innen und Mitarbeiter*innen gleichermaßen leistet. Die Arbeit im Team mit Genesungsbegleiter*innen bedeutet, dass Verantwortung und Kompetenzen neu sortiert werden müssen. Dadurch wird es ermöglicht, ein breiteres Spektrum zu bieten, wie auf Patient*innen zugegangen und kommuniziert werden kann und je nach Teammitglied die Möglichkeit zu haben, eine andere Facette der Patient*innen anzusprechen (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 2016)

4.3. Einfluss von Genesungsbegleitung auf den Genesungsbegleiter

Neben den Einflüssen von Genesungsbegleitung auf die Patient*innen und Mitarbeiter*innen, wurden auch die Einflüsse der Arbeit des Genesungsbegleiters auf ihn selbst, untersucht.

Die gemachten Erfahrungen des Genesungsbegleiters in Bezug auf seine berufliche Tätigkeit in der Klinik wurden von diesem mehrheitlich als positiv bewertet. Er berichtete von einer respektvollen Kommunikation, einem professionellen Umgang und einem schnellen Vertrauensaufbau seitens der Mitarbeiter*innen. Ein Grund für diesen schnellen Vertrauensaufbau, war der offene Umgang des Genesungsbegleiters mit seiner Vergangenheit und seinem Leben.

Auch die Erfahrungen des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen wurden von ihm als mehrheitlich positiv bewertet. Durch die Kommunikation kam es zu einem Abbau von Misstrauen und zu einem Vertrauensaufbau sowie einer Beziehungsentwicklung zwischen Genesungsbegleiter und Patient*innen.

Diese Umstände und positiven Erfahrungen des Genesungsbegleiters sowohl mit Patient*innen als auch mit Mitarbeiter*innen führten zu seiner Zufriedenheit mit dem Beruf. Weiterhin berichtete er davon, bei schwierigen Patient*innen Geduld zu zeigen und nach wie vor zu versuchen, bei diesen

eine Therapiebereitschaft zu begünstigen oder auszulösen, da er ähnliche Patient*innen bereits von der Genesungsbegleitung überzeugen konnte.

Dies könnte man als Entwicklung einer Selbstwirksamkeitserwartung werten, dem Vertrauen, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können (Miyamoto & Sono, 2012).

Vereinzelt machte der Genesungsbegleiter negative Erfahrungen mit Patient*innen. Diese bezogen sich zumeist auf verschlossene oder ablehnende Patient*innen, die keine Therapiebereitschaft zeigten oder eine individuelle Antipathie gegenüber dem Genesungsbegleiter empfanden. Studien zeigen, dass die Entwicklung einer Beziehung zwischen Genesungsbegleiter*innen und Patient*innen mit verschiedenen Herausforderungen einhergeht und Patient*innen verschiedene Genesungsbegleiter*innen, aufgrund von Faktoren wie bestimmten Charaktereigenschaften, empfundener Sympathie, dem Geschlecht und dem Hintergrund, präferieren (Ogundipe & al., 2019).

Manche Patient*innen zeigen kein Interesse an Genesungsbegleiter*innen oder sind von dem Nutzen der Genesungsbegleitung nicht überzeugt, da sich beispielsweise die psychischen Probleme zwischen ihnen und dem Genesungsbegleiter unterscheiden, wie in weiteren Studien beobachtet (Vandewalle & al., 2016). Diese Schwierigkeiten wurden in allgemeinspsychiatrischen Settings beobachtet und stellen demzufolge keine spezifische Schwierigkeit des forensischen Settings dar. Da das Empfinden von Sympathie oder Antipathie bei jedem Menschen individuell ausfällt, ist anzunehmen, dass eine Erhöhung der Anzahl von Genesungsbegleitern die Chance erhöht, von Patient*innen als sympathisch empfundene Genesungsbegleiter*innen zu akquirieren. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass eine längere Anwesenheitsdauer und eine verstärkte Präsenz des Genesungsbegleiters auch zu einem Misstrauensabbau bei diesen Patient*innen führt, bis hin zum Auslösen einer Therapiebereitschaft.

Der Genesungsbegleiter evaluierte seine Arbeit als sinnvoll und zufriedenstellend. Er beschrieb seine Arbeit als Genesungsbegleiter als einzigartige Gelegenheit und berichtete von der empfundenen Freude, Patient*innen helfen zu können. Er empfand die Arbeit als sinnvoll und gewinnbringend, da er selbst als Patient früher von einer Genesungsbegleitung profitiert hätte. Das Wissen, dass ein Mensch, der Drogen genommen hat, abstinent und zufrieden leben kann und gleichzeitig diese Arbeit machen kann, hätte ihn früher motiviert und ihm Hoffnung geschenkt. Das Ausüben eines Berufes, in dem eigene Erfahrungen anderen Menschen helfen und es der Konfrontation mit der eigenen Vergangenheit bedarf, sowie dem Entwickeln verschiedener Kompetenzen, kann als Fortführung der eigenen Genesung und der sozialen Integration des Genesungsbegleiters verstanden werden (Repper & Carter, 2011).

Positive Rückmeldungen seitens Mitarbeiter*innen und Patient*innen bestätigen die Bewertung seines Berufes und bestärken den Genesungsbegleiter in diesem. Er berichtete ferner von einer Wertschätzung seitens der Patient*innen und Mitarbeiter*innen, die seine Bewertung des Berufes bestätigen. Mit der Möglichkeit der Ausübung dieses Berufes beschrieb er sein derzeitiges Leben als sinngebend und zufriedenstellend. Diese entgegengebrachte Wertschätzung und das Etablieren

einer Zufriedenheit in Beruf und Leben, wurde in anderen Studien der Allgemeinpsychiatrie bestätigt (Gillard et al., 2022).

Hierbei ist zu erwähnen, dass andere Studien auch von Frust berichten, wenn Genesungsbegleiter*innen sich missverstanden fühlten oder von anderen Klinikmitarbeiter*innen abgelehnt wurden (Gillard et al., 2022). Ablehnungen seitens der Patient*innen und Mitarbeiter*innen begegnete der Genesungsbegleiter mit Geduld und versuchte, die ihm entgegengebrachten Haltungen zu ändern. Eine Unzufriedenheit oder Enttäuschung des Genesungsbegleiters, aufgrund von ablehnenden Patient*innen und Mitarbeiter*innen, konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

Neben der Entwicklung einer Selbstwirksamkeitserwartung, wurde das Entwickeln von speziellen Fähigkeiten und Kommunikationstechniken, sowie dem Selbstbewusstsein bemerkt (Miyamoto & Sono, 2012). Inwieweit das Entwickeln von diesen Fähigkeiten und Techniken, auf die Arbeit des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen oder auf die zugrundeliegende Ausbildung als Genesungsbegleiter*in zurückzuführen ist, lässt sich schwierig trennen, da sowohl die Ausbildung, als auch die Arbeit und weitere Faktoren, wie Supervisionen, diese Entwicklung beeinflussen und begünstigen können.

Weiterhin stellen Zufriedenheit, ein positives Selbstwertgefühl und gute Arbeitsverhältnisse förderliche Faktoren für Abstinenz dar und könnten Rückfälle mit Drogenkonsum verhindern.

Der einzig geäußerte Wunsch seitens des Genesungsbegleiters war die Implementierung der Genesungsbegleitung zu einem festen Bestandteil in der Therapie von Patient*innen im Maßregelvollzug.

4.4. Limitationen der Studie

Durch die Durchführung von Interviews und Fokusgruppen bestand die Gefahr von Versuchsleiter-Effekten. Der Versuchsleiter-Effekt bezeichnet die unabsichtliche Beeinflussung des Ergebnisses durch Versuchsleiter*innen oder, wie in dieser Studie, Interviewer*innen. Beeinflussende Faktoren sind z. B. die Geschlechtszugehörigkeit, das Alter, der Status, die Kleidung, der fehlende Hintergrund von Straffälligkeit oder Suchterkrankungen und beispielsweise das Antwortverhalten im Interview. Durch die vorige Entwicklung eines Interviewleitfadens und Analyse der Daten durch mehrere Personen wurde versucht diesen Versuchsleiter-Effekten vorzubeugen.

Eine weitere Einschränkung, die sich aus dem hier vorliegenden Studiendesign ergibt, könnte die Anzahl der teilnehmenden Patient*innen und Mitarbeiter*innen sein. Da es sich hierbei um eine überschaubare Anzahl von Teilnehmer*innen handelt, stellt sich eine Verallgemeinerung als schwierig dar. Durch die Wiederholung der Themen in den Gesprächen mit den Patient*innen und Mitarbeiter*innen konnten verschiedene Aspekte und Meinungen jedoch wahrscheinlich ausreichend abgebildet und eine Datensaturierung erreicht werden.

Eine ähnliche Einschränkung gilt für die Ergebnisse im Zusammenhang mit dem

Genesungsbegleiter: aufgrund seiner Einzelperson gelten die hier gewonnenen Ergebnisse nur für seine Person und ermöglichen keine Verallgemeinerung für andere Genesungsbegleiter*innen.

Bei den für diese Studie ausgewählten Patient*innen handelte es sich vor allem um Patient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die infolge dieser Erkrankung Straftaten begangen haben oder um Patient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung und einer Persönlichkeitsstörung. Da nur wenige Patient*innen mit anderen Erkrankungen wie z. B. Schizophrenie für diese Studie akquiriert wurden, könnten die Ergebnisse für diese Gruppe von Patient*innen nicht repräsentativ sein. Durch das verwendete qualitative Forschungsdesign wird jedoch versucht eine Breite an Ergebnissen zu erreichen, ohne Anspruch auf Repräsentativität zu erheben.

Um hier eine größere Bandbreite von Erfahrungen abzubilden, müssten Genesungsbegleiter*innen und Patient*innen mit einem anderen Hintergrund (Erkrankungen wie Schizophrenie etc.) akquiriert werden und auf Besonderheiten in dieser Gruppe von Patient*innen eingegangen werden.

Eine weitere nennenswerte Einschränkung der ausgewählten Untersuchungsmethode bezieht sich auf die freiwillige Teilnahme der Patient*innen, sodass anzunehmen ist, dass mehrheitlich Patient*innen teilgenommen haben, die eine positive Grundhaltung zu dem Konzept der Genesungsbegleitung eingenommen haben. Demzufolge könnten kritische Stimmen fehlen oder unterrepräsentiert sein.

Weiterhin waren die Patient*innen mehrheitlich männlich und ohne Migrationshintergrund, sodass Meinungen von Patientinnen und Meinungen von Patient*innen mit Migrationshintergrund ebenfalls unterrepräsentiert sein könnten. Andererseits entsprechen diese soziodemografischen Eigenschaften den derzeit im Maßregelvollzug in Mecklenburg-Vorpommern untergebrachten Personen.

Diese Einschränkungen zeigen den weiteren Forschungsbedarf in der Genesungsbegleitung und der besonderen Bedürfnisse in den hier aufgeführten Untergruppen auf.

4.5. Schlussfolgerung

Diese Studie ergab, dass wenige forensische Psychiatrien Erfahrungen mit Genesungsbegleiter*innen gemacht haben und das Konzept der Genesungsbegleitung, sowohl für Patient*innen als auch für Mitarbeiter*innen, etwas Neues darstellt.

Einhergehend mit der Implementierung von Genesungsbegleiter*innen in der forensischen Psychiatrie sind Herausforderungen, die sich auf das spezielle Setting im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie beziehen.

Patient*innen betonten die Wichtigkeit geteilter Erfahrungen und implizieren damit die Wichtigkeit von Erfahrungen mit Straffälligkeit und Drogenkonsum der Genesungsbegleiter*innen. Eine Vergangenheit, die Straftaten und Substanzmissbrauch einbezieht, kann jedoch auch eine Herausforderung für die Entwicklung des Vertrauens von Mitarbeiter*innen darstellen und benötigt

eine umfassende Aufklärung und Information über das Konzept der Genesungsbegleitung, deren potenziellen Vorteile und die in dem Zusammenhang möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten. Gleiches gilt für Patient*innen, die aufgrund eines Krankheits Hintergrundes straffällig geworden sind und möglicherweise die Implementierung von Genesungsbegleiter*innen mit bestimmten Erkrankungen wünschen, um dasselbe Maß an Verständnis, Empathie und Akzeptanz gewinnen zu können, wie es in dem vorliegenden Setting verdeutlicht wurde.

Dies erfordert weitere Forschung, welche Schwierigkeiten in dieser Konstellation auftreten könnten und welche Lösungsstrategien entwickelt werden könnten.

Ferner sollte darauf hingewiesen werden, dass die Implementierung von Genesungsbegleitung in der forensischen Psychiatrie ein Prozess ist, dessen Einflüsse auf Patient*innen, Genesungsbegleiter*innen und Mitarbeiter*innen, als auch dessen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und Rechtssystem noch nicht umfassend und abschließend geklärt sind. Die Studienergebnisse zeigen jedoch potentielle Vorteile auf, die auf allen Ebenen wiedergespiegelt werden und weisen darauf hin, dass die Implementierung von Genesungsbegleitung in der forensischen Psychiatrie eine sinnvolle Ergänzung zu den bisherigen Therapiebausteinen darstellt.

Thesen

Die Genesungsbegleitung kann bei Patient*innen die Entwicklung von Bewältigungsstrategien zum Umgang mit negativen Gefühlen, Suchtdruck und mit Rückfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum fördern.

Genesungsbegleitung kann dazu beitragen, dass Patient*innen eine optimistische Einstellung verinnerlichen, Verantwortung für ihr Handeln übernehmen und zukunftsorientiert und optimistisch zu denken, sowie dabei helfen, ein positives Selbstbild über sich zu entwickeln. Weiterhin können Patient*innen durch Genesungsbegleitung eine erhöhte Therapiebereitschaft zeigen und durch diese motiviert werden, ein abstinentes Leben zu führen bis hin dazu selbst Genesungsbegleiter*in zu werden.

Neben diesen genannten Effekten, kann Genesungsbegleitung dazu beitragen, dass Patient*innen mehr Verständnis für Mitarbeiter*innen, als auch Mitarbeiter*innen mehr Verständnis für Patient*innen entwickeln und die Kommunikation infolgedessen in beide Richtungen erleichtert wird. Treten bei Mitarbeiter*innen Fragen oder Unklarheiten bezüglich Patient*innen oder ihrem Verhalten auf, können Mitarbeiter*innen die Genesungsbegleiter*innen dazu befragen und mehr Empathie für Patient*innen entwickeln. Dies kann die Beziehungsentwicklung zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen positiv beeinflussen.

Des Weiteren kann Genesungsbegleitung eine Vermittlungsfunktion zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen einnehmen und dabei helfen Konflikte oder Eskalationen zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen zu verhindern und/oder Lösungsstrategien für solche Situationen zu entwickeln.

Genesungsbegleitung kann unter Umständen bei Patient*innen negative Gefühle oder Gedanken auslösen, die mit den Gefühlen und Reaktionen bei Expositionen in vivo verglichen werden können.

Das Konzept der Genesungsbegleitung kann bei Patient*innen als auch bei Mitarbeiter*innen wenig bekannt sein und/oder zu Unbehagen führen. Mit Veranstaltungen in Form von Fortbildungen, Weiterbildungen oder Vorträgen kann diesem Umstand entgegengewirkt werden.

Genesungsbegleiter*innen können unter Umständen nicht von anderen Teammitglieder*innen als Teammitglied wahrgenommen oder akzeptiert werden. Persönliche Vorurteile oder eine fehlende Sympathieentwicklung können dies begünstigen.

Regelmäßige Supervisionen können Genesungsbegleiter*innen dafür nutzen um schwierige Situationen zu besprechen, die sie mit Patient*innen oder Mitarbeiter*innen erlebt haben und dabei helfen Konfliktlösungen für solche Situationen zu entwickeln.

Die Tätigkeit als Genesungsbegleiter kann Genesungsbegleiter*innen ein sinnvolles, zufriedenheitserfüllendes und gewinnbringendes Leben ermöglichen, sowie seinem/ihren Tag Struktur verleihen und das Bedürfnis eines erneuten Drogenkonsums verhindern.

Die Genesungsbegleitung kann, sofern Mitarbeiter*innen als auch Patient*innen adäquat vorbereitet werden, im forensischen Setting erfolgreich implementiert werden.

6. Zusammenfassung

In der Einleitung werden die Begriffe Forensische Psychiatrie und Peer Support Work definiert, die Geschichte von Peer Support Work in der Psychiatrie, sowie deren Einsatz in der forensischen Psychiatrie dargestellt, die Effekte von Peer Support Work betrachtet und die Ziele der vorliegenden Studie erläutert.

In der Methode wird dargestellt, wie die Erfahrungen mit Genesungsbegleitung auf verschiedenen Ebenen untersucht wurden, welchen Hintergrund Fokusgruppen und Einzelinterviews haben und nach welchen Kriterien Teilnehmer*innen rekrutiert worden sind, als auch wie die Rekrutierung dieser stattgefunden hat. Weiterhin wird in der Methode der Prozess der Datenanalyse erklärt.

Im Ergebnisteil werden die Erfahrungen mit Genesungsbegleitung und die Effekte auf Ebene der Patient*innen, der Mitarbeiter*innen und auf den Genesungsbegleiter selbst dargestellt.

In einer Diskussion werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fachliteratur reflektiert, die Relevanz von Genesungsbegleitung im forensischen psychiatrischen Bereich betrachtet, Möglichkeiten der Verbesserungen der Implementierung von Genesungsbegleiter*innen vorgestellt und Probleme bei der Interpretation der Ergebnisse beleuchtet.

Aus den Ergebnissen und der Diskussion werden Schlussfolgerungen für die forensisch-psychiatrische Praxis gezogen.

7. Literaturverzeichnis

1. Mead S., Hilton D., Curtis L. (2001): Peer Support: A Theoretical Perspective
Psychiatric Rehabilitation Journal 2001, 25(2), 134-141
DOI: 10.1037/h0095032
2. Dass R., Gorman P. (1985): How Can I Help? Stories and reflections on service
Knopf Verlag
3. Richard J., Rebinsky R., Suresh R., Kubic S., Carter A., Cunningham J., Ker A., Williams K., Sorin M. (2022): Scoping review to evaluate the effects of peer support on the mental health of young adults
BMJ Open 2022, 12(8)
DOI: 10.1136/bmjopen-2022-061336
4. Mahlke C., Schulz G., Sielaff G., Nixdorf R. (2019): Einsatzmöglichkeiten von
Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt -
Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62(5)
DOI: 10.1007/s00103-018-2875-z
5. Völlm B.A., Foster S., Bates P., Huband N. (2017): How best to engage users of forensic
services review and recommendations.
International Journal of Forensic Mental Health 2017, 16 (2), 183-195
DOI: 10.1080/14999013.2016.1255282
6. Nossek A., Werning A., Otte I., Vollmann J., Juckel G., Gather J. (2021): Evolvment of
Peer Support Workers' Roles in Psychiatric Hospitals: A Longitudinal Qualitative
Observation Study.
Community Mental Health Journal 2021, 57, 589-597
DOI: 10.1007/s10597-020-00741-1
7. Davidson L., Bellamy C., Guy K., Miller R. (2012): Peer support among persons with severe
mental illnesses: a review of evidence and experience.
World Psychiatry 2012, 11(2), 123-128
DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
8. Sushma C., Dr. Meghamala S. Tavaragi (2016): Moral Treatment: Philippe Pinel
The International Journal of Indian Psychologie 2016, 3(2)
DOI: 10.2515/0302.152
9. Weiner D. B. (1979): The apprenticeship of Philippe Pinel: A new document, „Observations
of Citizen Pussin on the insane.“
The Americal Journal of Psychiatry 1979, 136 (9), 1128-1134
DOI: 10.1176/ajp.136.9.1128
10. Siebenhüner H. (2007): Harry Stack Sullivan und seine Interpersonale Theorie - Tradition
und Perspektiven (Dissertation Klagenfurt)
URN: urn:nbn:at:at-ubk:1-2809
11. Tang P., (2013): A Brief History of Peer Support: Origins
http://peersforprogress.org/pfp_blog/a-brief-history-of-peer-support-origins/
Zugegriffen: 10.01.2023

12. Dr. Scott A., Dr. Doughty C., Kahi H. (2011): Peer Support Practice in Aotearoa New Zealand
 URL: <https://hdl.handle.net/10092/5367>
 Zugegriffen: 05.01.2023
13. Understanding Voices: The roots of peer support
 URL: <https://understandingvoices.com/working-with-voices/peer-support/the-roots-of-peer-support/>
 Zugegriffen: 10.01.2023
14. Project Return Peer Support Network
 URL: <https://prpsn.org/about-us-peer-support-network.html?id=121>
 Zugegriffen: 11.01.2023
15. Heuchemer P., Errami S. (2016): Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
 URL:
https://www.dvgrp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschueren/experten.pdf
 Zugegriffen: 11.01.2023
16. NICE Guideline, 2014, Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014
 National Clinical Guideline 178
17. Ex-In-Niederrhein Entstehung und Entwicklung
 URL: <https://www.ex-in-niederrhein.de/entstehung-und-entwicklung>
 Zugegriffen: 11.01.2023
18. Ex-In - Genesungsbegleitung
 URL: <https://ex-in.de/ex-in-genesungsbegleitung/>
 Zugegriffen: 11.01.2023
19. Gühne U., Weinmann S., Riedel-Heller S., Becker T. (2018): Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
 DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8
20. (11/2020) Genesungsbegleiter*innen: Rollen klären, Stellen sichern und finanzieren, Arbeit angemessen entlohnen. Positionspapier der ver.di Bundesfachkommission Psychiatrie Einrichtungen
 URL: <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++f0d2014e-c32a-11e9-880d-001a4a160100>
 Zugegriffen: 20.03.2023
21. Baron R. (2011): Forensic Peer Specialists: An Emerging Workforce.
 Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Research
22. Miller L., Fuller D (2007): How Forensic Peer Specialists Can Help Your Program
 The CMHS National GAINS Center for Systemic Change for Justice Involved Persons with Mental Illness
 URL: <https://slideplayer.com/slide/4282984/>
 Zugegriffen: 20.03.2023

23. Adams W.E, Lincoln A.K. (2020): Forensic peer specialists: Training, employment, and lived experience.
Psychiatric Rehabilitation Journal 2020, 43(3), 189-196
DOI: 10.1037/prj0000392
24. Hunt E., Byrne M. (2019): Peer Support Workers in Mental Health Services
A Report on the Impact of Peer Support Workers in Mental Health Services
Dublin: Health Service Executive
URL: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/peer-support-workers-in-mental-health-services.pdf>
Zugegriffen: 22.03.2023
25. Trachtenberg M., Parsonage M., Shepherd G., Boardman J. (2013): Peer support in mental health: is it good value for money?
Centre for Mental Health
URL: https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/peer_support_value_for_money_2013.pdf
Zugegriffen: 22.03.2023
26. Utschakowski J. (2016) in Utschakowski J., Sielaff G., Bock T., Winter A. (2015): Experten aus Erfahrung Peerarbeit in der Psychiatrie
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2016, S.19
27. Patricia Deegan (2012) in Burr C., Schulz M., Winter A., Zuaboni G. (2012): Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2012, S.15-20
28. Heumann K., Utschakowski J., Mahlke C., Bock T. (2015): Implementierung von Peer Arbeit
Nervenheilkunde 2015, 34(04), 275-278
DOI: 10.1055/s-038-1627581
29. Nolan C. (2015): Arbeiten mit Peers im forensischen Setting - Wie wirkt sich die Mitarbeit von Betroffenen auf die Patienten aus? (Bachelorarbeit)
Fachhochschule der Diakonie
30. Tausch A., Menold N. (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung
Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?
GESIS Papers 2015/12
DOI: 10.21241/ssoar.44016
31. Dr. Al Balushi K. (2016): The Use of Online Semi-Structured Interviews in Interpretive Research
International Journal of Science and Research 2016, 7(4)
DOI: 10.21275/ART20181393
32. Braun V., Clarke V. (2006): Using thematic analysis in psychology
Qualitative Research in Psychology 2006, 3(2), 77-101
DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

33. Knuf A. (2016) in Utschakowski J, Sielaff G., Bock T., Winter A. (Hg.): Experten aus Erfahrung
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2016, S.43-44
34. Reif S., Braude L., Lyman D.R, Dougherty R.H, Daniels A.S, Ghose S.S, Salim O., Delphin-Rittmon M.E (2014): Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence
Psychiatric services (Washington, D.C) 2014, 65(7), 853-861
DOI: 10.1176/appi.ps.201400047
35. Repper J., Carter T. (2011): A review of the literature on peer support in mental health services
Journal of mental health (Abingdon, England) 2011, 20(04), 392-411
DOI: 10.3109/09638237.2011.583947
36. Lindenmeyer J. (2004) in Neudeck P., Wittchen H. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen: Theorie und Praxis
Hogrefe Verlag, 1. Auflage 2005, S. 201
37. Lacroix A. (2016) in Utschakowski J., Sielaff G., Bock T., Winter A. (Hg.): Experten aus Erfahrung
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2016, S. 210
38. Chong V. (2014): Gewalt im Strafvollzug (Dissertation Universität Tübingen)
39. Miyamoto Y., Sono T. (2012): Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature
Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH 2012, 8, 22-29
DOI: 10.2174/1745017901208010022
40. Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis
The British journal of psychiatry: the journal of mental science 2011, 199(6),445-452
DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733
41. Schwarz K., Stoever H. (2010): Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug: Das Beispiel der Arbeitsstituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen – Oslebshausen.
Schriftreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, S. 20
42. Aretz T., Jungbauer J. (2019): Wie bewerten Führungskräfte den Einsatz von psychiatrienerfahrenen Genesungsbegleitern?
Psychiatrische Praxis 2019, 46(08), 432-438
DOI: 10.1055/a-1004-7093
43. Afting-Ijeh M., Etspüler S. (2016) in Utschakowski J., Sielaff G., Bock T., Winter A. (Hg.): Experten aus Erfahrung
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2016, S.136-143
44. Denk P., Weibold B. (2016) in Utschakowski J., Sielaff G., Bock T., Winter A. (Hg.): Experten aus Erfahrung
Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2016, S. 229
45. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2016): Experten aus Erfahrung Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams
https://www.dvgrp.org./fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschueren/experte

n.pdf

Zugegriffen: 20.03.2023

46. Ogundipe E., Borg M., Sjaafjell T., Bjorlykhaug K., Karlsson B. (2019): Service Users' Challenges in Developing Helpful Relationships with Peer Support Workers
Scandinavian Journal Of Disability Research 2019, 21(01), 177-185
DOI: 10.16993/sjdr.580
47. Vandewalle J., Debyser B., Beeckman D., Vandecasteele T., Van Hecke A., Verhaeghe S. (2016): Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review
International Journal of Nursing Studies 2016, 60, 234-250
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018
48. Gillard S., Foster R., White S., Barlow S., Bhattarcharya R., Binfield P., Eborall R., Faulkner A., Gibson S., Goldsmith L., Simpson A., Lucock M., Marks J., Morshead R., Patel S., Repper J., Rinaldi M., Ussher M., Worner J. (2022): The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study
BMC Psychiatry 2022, 22(1), 373
DOI: 10.1186/s12888-022-03999-9

Anlage

§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 62 StGB Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

§ 67d StGB Dauer der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

Anhang

Codebook Fokusgruppen Patient*innen

Themen Name	Beschreibung	Beispiel/ Erklärung	Gegenbeispiel
1. Einstellung der Patient*innen	<i>Oberthema.</i> Haltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter-Konzept, sowohl positive als auch negative Haltungen eingeschlossen.	Dieses Oberthema wird zum Einen durch die positive Haltung der Patient*innen gegenüber dem Konzept eines Genesungsbegleiters, als auch durch eine negative Haltung und verbundener Skepsis gegenüber Genesungsbegleitern repräsentiert.	
1.a. Positive Einstellung zum Konzept	Bejahende Haltung der Patient*innen zur Etablierung eines Genesungsbegleiters in der Klinik für Forensische Psychiatrie.	„Ja, also ich hab da dann nochmal darüber nachgedacht und hatte mir auch so gesagt, das wäre schon sinnvoll gewesen, wenn ich so einen damals gehabt hätte, als meine Therapiezeit begann hier. Weil, ich hab zwar sehr viel gelernt hier durch meine Therapeutin, aber manchmal hat es mich das ein bisschen geärgert, weil Sie sich gar nicht so richtig hineinversetzen kann und irgendetwas sagt dann, was gar nicht geht, so, ne. Und da denke ich, da wär so einer schon sinnvoll gewesen.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 06:09)	Beinhaltet lediglich die befürwortende Haltung gegenüber dem spezifischen Konzept eines Genesungsbegleiters und nicht die Art und Weise wie dessen Etablierung geschehen oder der Prozess erfolgt ist.
1.b. Negative Einstellung zum Konzept	Vorbehalte, die Patient*innen gegenüber dem Konzept eines Genesungsbegleiters hegen.	„Also ich hab irgendwie gehört gehabt, dass, wo er angefangen hat hier, und auf der Aufnahme rumgetigert ist halt, dass viele da halt nicht gut darauf reagiert haben, weil die halt dachten, der will bloß aushorchen und sowas alles. Aber ich denke, das ist ja auch nicht sinnvoll für Patienten, die halt gerade am Anfang sind, die noch dieses gewisse	Beinhaltet lediglich Misstrauen und Skepsis gegenüber dem spezifischen Konzept eines Genesungsbegleiters und nicht ein allgemeines Misstrauen gegenüber dem Klinikpersonal.

		Denken drinhaben, so.“ (TN4, FoGruPat1_T2, 14:06)	
2. Erfahrungen der Patient*innen mit dem PSW	<i>Oberthema.</i> Eindrücke, die die Patient*innen im Umgang mit dem Genesungsbegleiter gewonnen haben.	Dieses Oberthema wird durch die vielfältigen Erfahrungen der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter, seiner Vergangenheit und die daraus resultierende Beziehungsebene repräsentiert.	
2.a. Emotionale und praktische Unterstützung	Tipps und Gedanken, die der Genesungsbegleiter den Patient*innen mitgibt und die dazu führen, dass Patient*innen ihr Verhalten überdenken und ggf. ändern.	„Und wenn ich jetzt mal mit [PSW] rede, sag ich mal, dann merke ich er hört mir zu. Er hört mir zu, solange, bis ich ausgesprochen habe. Ja? Und dann versucht er aber, mir Tipps zu geben, und sowas, ja, wie es besser laufen könnte und sowas, ja? Das finde ich halt gut, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 26:44)	Beinhaltet das Vermögen des Genesungsbegleiters den Patient*innen praxisorientierte Tipps und emotionale Hilfestellung zu geben, wie man in bestimmten Situationen agieren kann, um die Sucht weiterhin zu bekämpfen. Dies beinhaltet kein Expositionstraining oder Tipps, die in einer psychologischen Therapiesitzung, gegeben werden.
2.b. Geschätzte Verhaltensweisen	Positive Eigenschaften, die die Patient*innen dem Genesungsbegleiter zuschreiben.	Dieses Thema charakterisiert die positiven Eigenschaften, die Patient*innen dem Genesungsbegleiter und seinem Patientenumgang zuschreiben.	Beinhaltet Eigenschaften des spezifischen Genesungsbegleiters, die die Patient*innen bei diesem wertschätzen. Hierbei wird nicht das allgemeine Konzept bewertet.
2.b.a. Interesse	Wissbegierde des Genesungsbegleiter bzgl. den Patient*innen, ihren Problemen und ihrer Vergangenheit.	„ Ja dann fange ich mal an. Ich bin [P1] von der Station [Nummer] und ich hatte mit [PSW] bis jetzt zwischendurch mal ein Gespräch, da hat er mich so ein bisschen über Borderline ausgefragt und wie man so tickt so. Wollt er ein bisschen über die Krankheit was wissen, ich hab ihm das erklärt.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 00:28)	Beinhaltet das Interesse des Genesungsbegleiters an den Geschichten, Problemen und Krankheiten der Patient*innen. Hierbei handelt es sich um das vom Genesungsbegleiter ausgehende Interesse und nicht das von Patient*innen ausgehende Interesse, ihre Lebensgeschichte zu teilen.
2.b.b. Vertraulichkeit	Gefühl der Patient*innen, das dazu verleitet sich in Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter schneller zu öffnen und keine Bedenken zu hegen, dass ihre Geschichten und	„Na ich glaube ihm da mehr, ne? Wenn er in Gesprächen sagt zu mir, dass er das vertrauensvoll behandelt und anschließend ins Büro geht und halt nur	Beinhaltet das Gefühl der Patient*innen, dass der Genesungsbegleiter die Gespräche vertraulich behandelt und Informationen, die nicht dem Schutze der

	Sorgen weitergetragen werden.	sagt, über was wir gesprochen haben, z.B. jetzt Familie oder Straftat oder Sucht, ne, da bin ich mir bei der Psychologin nicht ganz so sicher, wenn sie anschließend im Büro sitzt, dass sie vielleicht doch erzählt, dann, ja mit [eigener Name] das das das. Da habe ich schon mehr Vertrauen zu [PSW].“ (TN1, FoGruPat2_2, 24:04)	Patient*innen oder der Mitarbeiter*innen dienen, nicht weitergibt. Dies beinhaltet nicht Informationen, die eine Gefährdung darstellen und weitergetragen werden müssen.
2.b.c. Sympathie	Wertschätzung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter in der Klinik für Forensische Psychiatrie.	„ja so von sich aus ist er ein sehr netter Mensch, man kann sich mit dem gut unterhalten“ (TN1, FoGruPat1_T2, 03:20)	Beinhaltet die subjektive Einschätzung der Patient*innen, den Genesungsbegleiter als Menschen als angenehm zu empfinden. Hierbei geht es spezifisch um die Person des Genesungsbegleiters und nicht um eine allgemeine Sympathie gegenüber Menschen, die Genesungsbegleiter sind.
2.c. Vorbildfunktion	Das Bild einer motivierenden Leitfigur, die der Genesungsbegleiter für Patient*innen einnimmt.	„Und bevor ich das vergesse, das wollte ich noch anschließen um es nicht zu vergessen: Eben halt auch diese Vorbildfunktion. Dass wenn man ihn sieht, und dann auch sieht, er ist einer, der hat es geschafft. So wie von uns jetzt so, der das geschafft hat. Das motiviert natürlich mehr, als hundert Gespräche beim Psychologen, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 45:26)	Beinhaltet, von Patient*innen ausgehend, die Funktion des Genesungsbegleiters als Vorbild für die Patient*innen. Dies bezieht sich v.a. Auf die Geschichte des Genesungsbegleiters, dass dieser trotz in der Lage war, seine Sucht zu bekämpfen und nun seine Motivation darin gefunden hat, Patient*innen bei Suchtproblemen zu helfen und zu unterstützen. Dies beinhaltet keine Vorbildfunktion, die der Genesungsbegleiter aufgrund anderer Faktoren (Familienstand, erfolgreiche Verbrechen) hat.
2.d. Verständnis und Vertrauen	Patient*innen schenken dem Genesungsbegleiter ihren Glauben und haben das Gefühl, dass dieser sich gut in sie hineinversetzen kann.	„Ja. Auf alle Fälle. Weil wie gesagt, er versteht das halt, was wir selber durchgemacht haben, weil er es auch erlebt hat, ne. Ich kann mit ihm über den Vollzug	Diese Art von Vertrauen beinhaltet kein Vertrauen seitens der Patient*innen, dass der Genesungsbegleiter sie in ihrer Suchterkrankung mittels

		sprechen, ja oder Drogen oder Alkoholproblem, ne. Das versteht er halt alles, ne.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 21:12)	Drogenbeschaffung o.Ä. bestärkt.
2.e. PSW als Vermittler zum Personal	Eine Funktion des Genesungsbegleiters, die sich als Bindeglied zwischen Mitarbeiter*innen der Klinik und der Patient*innen definieren lässt.	„Ich hab mal (...) einen schlechten Moment gehabt. (...) Und hab gefragt, ob [PSW] da ist. (...) Ne Viertelstunde später war er da, hat mit mir geredet, hat mich runtergebracht, hat vermittelt zwischen Team und mir. (...) Und hat es hingekriegt, dass ich nicht straffällig werde.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 42:17)	.Beinhaltet das Gefühl der Patient*innen, dass der Genesungsbegleiter neben den positiven Vorteilen für Patient*innen, auch Vorteile für die Mitarbeiter*innen erzielt. Dies bezieht sich darauf, dass der Genesungsbegleiter in bestimmten Situationen als Bindeglied fungiert und eine verständnisvolle Kommunikation zwischen beiden Seiten ermöglicht. Dies beinhaltet keine sprachliche Übersetzung oder das Weitergeben von Patientenwünschen, seitens des Genesungsbegleiters.
2.f. Unterschiede Kontakt PSW & Mitarbeiter*innen	Diskrepanzen zwischen Patient*innen und dem Personal existieren, die aus fehlenden Erfahrungen der Mitarbeiter*innen und demzufolge fehlendes Vermögen sich gänzlich in die Patient*innen hineinzuversetzen und Gefühle nachzuempfinden, resultieren.	„Weil wenn man irgendwo Probleme hat, ne, oder Suchtdruck, einem Pfleger kann man das zwar erzählen, aber der kann sich da nicht reinversetzen. Der hat das im Buch gelernt, und versucht das anzuwenden, was er gelernt hat, aber er kann das nicht nachvollziehen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 03:17)	Beinhaltet keine Kritik an Mitarbeiter*innen oder dem Pflegepersonal in ihrem Patientenumgang, sondern lediglich die Erfahrung der Patient*innen, dass sich Mitarbeiter*innen, aufgrund fehlender Lebenserfahrungen, nicht in die Patient*innen hineinversetzen und ihre Sorgen und Gefühle nachempfinden können.
2.g. Negative Erfahrungen	Situationen der Patient*innen im Zusammenhang mit dem Genesungsbegleiter, die zu negativen Gefühlen und Gedanken seitens der Patient*innen geführt haben.	„da hat er, wie gesagt, hab ich das auch erlebt, dass er auch von seiner Sucht viel erzählt hat, wie das für ihn war, wie er damit klar gekommen ist, wie er das geschafft hat und naja ich muss ganz ehrlich sagen, mich hat er an meine Vergangenheit erinnert, also weil ich auch eine schwere Vergangenheit hatte [Details, entfernt]. Und das hat mich genau an den erinnert, und ich bin dann aber aus den	Beinhaltet lediglich negative Gefühle bei Patient*innen, die aufgrund der Erzählungen des Genesungsbegleiters entstehen und nicht allgemeine Sorgen oder negative Emotionen, die nicht aus den Gesprächen entstanden sind.

		<p>Raum rausgegangen, weil ich es einfach nicht mehr ausgehalten habe, weil ich der Meinung war, dass das für mich zu doll war. Dann habe ich eine halbe Stunde im Zimmer gesessen, um das erst einmal so ein bisschen sacken zu lassen, dann bin ich aber nochmal zu ihm gegangen, hab gesagt „[PSW] pass auf, das ist nichts gegen dich, aber das hat mich so dermaßen an meine Vergangenheit erinnert, ich musste da aufstehen und gehen, das war aber nicht wegen dir, weil du etwas Falsches gesagt hast, mich hat es selber einfach dran erinnert und er hat selber auch gesagt, er findet das gut, dass ich ihm das persönlich nochmal gesagt habe, dass er da auch Bescheid weiß und sich da keine Sorgen machen muss“ (TN1, FoGruPat1_T2, 03:20)</p>	
3. Praktische Aspekte	<p><i>Oberthema.</i> Faktoren, die in der Tätigkeit des Genesungsbegleiters einfließen, wie beispielsweise seine Aufgabenbereiche in der Klinik oder welche Möglichkeiten existieren, mit dem Genesungsbegleiter in Kontakt zu treten.</p>	<p>Dieses Oberthema repräsentiert die Tätigkeitsbereiche des Genesungsbegleiters, sowie die Optionen, die den Patienten zu Verfügung stehen, um mit dem Genesungsbegleiter in ein Gespräch zu kommen.</p>	
3.a. Aufgaben	<p>Amtsfunktionen des Genesungsbegleiter in der Klinik und im Umgang mit den Patient*innen.</p>	<p>„Also zu uns kommt er auch, fragt dann wegen Gesprächsbedarf, setzt sich auch mal zwischendurch hin, macht Freizeitspiele mit uns.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 19:13)</p>	<p>Beinhaltet lediglich Tätigkeiten des Genesungsbegleiters, die in seiner Position inbegriffen sind. Dazu zählen keine Aufgaben, die er außerhalb seines Berufslebens, nachgeht.</p>
3.b. Kontaktaufnahme	<p>Welche Möglichkeiten in der Klinik existieren, mit dem Genesungsbegleiter in Kontakt zu treten.</p>	<p>„Also momentan, momentan ist so, er ist mittwochs bei uns auf der (Stationsnummer), wenn bei uns Visite ist (...) ist er jeweils bei der anderen Station, wo keine Visite ist und bietet</p>	<p>Beinhaltet die Möglichkeit der Patient*innen in Kontakt mit dem Genesungsbegleiter zu treten. Dies beinhaltet keine Kontaktaufnahme zu anderen</p>

		<p>halt momentan an, was zu kochen, oder was zu backen. So, und ansonsten schreibt man nen Antrag, also sagt man morgens bei der Morgenrunde „ich möchte mit ihm reden“. Aber man muss das auch nicht nur bei der Morgenrunde machen, man kann den ganzen Tag über zu den Pflegern gehen und fragen ob [PSW] im Haus ist. Und wenn der im Haus ist, und das hört, dass man ihn braucht, dann ist er auch meistens paar Minuten später da. Man muss halt wirklich nur auf ihn schreiben. So auf diese Station wo du jetzt bist, kommt er so nicht, außer du schreibst auf ihn. (..) So. Weil er halt am Anfang wirklich für den Zugang da ist, so hat er mir das gesagt“ (TN11, FoGruPat2_T2, 06:30)</p>	<p>Personalmitgliedern oder den Wunsch nach einer Kontaktmöglichkeit nach Verlassen der forensischen Psychiatrie.</p>
4. Wünsche	<p><i>Oberthema.</i> Welche weiteren Aspekte des Genesungsbegleiterkonzept in der Klinik sich Patient*innen wünschen, die die Anzahl, das Geschlecht, die Tätigkeitsbereiche und den Krankheitshintergrund thematisieren.</p>	<p>Dieses Oberthema zeigt die Wünsche der Patient*innen auf, die sich auf den Genesungsbegleiter beziehen, darunter fallen Geschlechts-, sowie Hintergrundpräferenzen, als auch das Wollen, dass das Konzept des Genesungsbegleiters langfristig in der Klinik etabliert bleibt.</p>	
4.a. Diversität	<p>Diversität von Genesungsbegleiter*innen, die sich in Geschlecht oder Krankheitshintergrund unterscheiden.</p>	<p>Dieses Thema befasst sich mit den Wünschen der Patient*innen, nach Diversität bei Genesungsbegleitern in der Klinik.</p>	<p>Dies beinhaltet Wünsche der Patient*innen nach einer anderen Anzahl und Art von Genesungsbegleitern. Dies bezieht sich nicht auf den Charakter des Genesungsbegleiters in der Klinik.</p>
4.a.a. Geschlecht	<p>Welche Vorteile es bringen könnte, einen weiblichen Genesungsbegleiter zusätzlich zu einem männlichen Genesungsbegleiter einzustellen und welche</p>	<p>„Ich denke schon ja. Also es gibt auch Themen, wo ich als Frau nicht unbedingt mit nem Mann drüber sprechen möchte, wo ich dann auch eine Frau benötige,</p>	<p>Beinhaltet die Präferenz der Patient*innen je nach Themen oder persönlichen Präferenzen mit einem Genesungsbegleiter eines bestimmten Geschlechtes</p>

	Bedeutung das Geschlecht hat.	wäre schon schön, wenn man noch eine Frau hätte, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 37:38)	zu sprechen. Dies beinhaltet keine sexuelle Komponente.
4.a.b. Krankheits-hintergrund	Vorteile für Patient*innen, die durch einen Genesungsbegleiter mit einem Krankheitshintergrund, zusätzlich zu einem Genesungsbegleiter mit Suchthintergrund, entstehen könnten.	„Ich sag mal so, ich hab jetzt auch nicht so mit Sucht und Alkohol und Drogen, sag ich mal. Ich habe ja mehr so das Borderline-Problem, mit Schneiden und das manchmal zu bewältigen ja. Und ich glaube das wäre gut, wenn man auch so vielleicht jemanden hat, der sich auch mit dieser Krankheit auskennt. Ob man da vielleicht auch eine Gruppe aufmachen kann, so DBT, das extra für so Borderliner gemacht wird. Das man da einfach nochmal die Krankheit noch ein bisschen ausweitet, sage ich mal, und dass man mit dem noch einmal drüber sprechen kann, oder mit der, sag ich mal. Die da auch Ahnung davon hat, ne. So suchtkrank bin ich ja nicht, ich habs ja auch mehr mit dem Kopf, sag ich mal, und der Psyche und dem Schneiden halt so, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 38:46)	Beinhaltet die Präferenz der Patienten je nach eigenem Hintergrund, mit Genesungsbegleiter zu kommunizieren, die entweder einen Sucht- oder Krankheitshintergrund haben. Dies beinhaltet nicht das Interesse der Patienten mit Genesungsbegleiter eines anderen Hintergrundes zu sprechen, um mehr über diesen zu erfahren, sondern lediglich damit der Genesungsbegleiter den Patienten besser verstehen kann oder sich der Patient besser verstanden fühlt.
4.b. Ausweitung der Aufgaben	Wunsch der Patient*innen, den Genesungsbegleiter in mehrere Bereiche mehr einzubeziehen und seine Präsenz sowie den Patientenkontakt mit dem Genesungsbegleiter mehr zu fördern.	„Vielleicht, dass er auch mal an Basisrunden oder irgendwie so teilnehmen mal kann, reinschnuppern kann?“ (TN6, FoGruPat2_T2, 1:0:01)	Beinhaltet den Wunsch der Patient*innen, den Genesungsbegleiter in mehr Bereiche einzubeziehen und seine Präsenz auch bei anderen Patient*innen, die dem Konzept möglicherweise noch skeptisch gegenüberstehen, zu fördern. Dies beinhaltet nicht den Wunsch der Patient*innen, mehr Zeit mit dem Genesungsbegleiter zu verbringen.
4.c. Anzahl	Wunsch der Patient*innen, dass es mehrere Genesungsbegleiter in der Klinik gibt.	„Ja, und desto mehr, find ich, desto mehr Begleiter hier sind, ne, desto mehr Ansichten hat man und desto mehr Erfahrungen auch so, ne. Das ist	Beinhaltet den Wunsch der Patient*innen, dass mehr Genesungsbegleiter in der Klinik verfügbar sind, um eine schnellere und häufigere

		denke ich doch ganz gut, als wenn man immer nur einen oder zwei hat, wo man, ne.“ (TN12, FoGruPat2_2, 1:02:26)	Kontaktaufnahme zu gewährleisten. Dies beinhaltet nicht die negative Einstellung zum derzeit dort angestellten Genesungsbegleiter.
4.d. Dauerhafte Anstellung	Wunsch der Patient*innen, dass das Konzept und das Amt eines Genesungsbegleiters in der Klinik langfristig etabliert bleibt.	„Aber das dieses Projekt auf jeden Fall am Leben bleibt (Zustimmung im Hintergrund).“ (TN5, FoGruPat2_T2, 59:07)	Beinhaltet den Wunsch der Patient*innen, dass der Genesungsbegleiter langfristig in der Klinik etabliert bleibt. Dies beinhaltet nicht, dass eine Etablierung eines Genesungsbegleiters außerhalb der Klinik erfolgen soll.

1. Einstellung der Patient*innen

1.a. Positive Einstellung zum Konzept

„Das finde ich auch besser so, wenn jetzt so einer jetzt dabei ist, der sich wirklich richtig in einen hineinversetzen kann und ja.“ (05:34, TN3, FoGruPat1_T2)

„Ja, also ich hab da dann nochmal darüber nachgedacht und hatte mir auch so gesagt, das wäre schon sinnvoll gewesen, wenn ich so einen damals gehabt hätte, als meine Therapiezeit begann hier. Weil, ich hab zwar sehr viel gelernt hier durch meine Therapeutin, aber manchmal hat es mich das ein bisschen geärgert, weil Sie sich gar nicht so richtig hineinversetzen kann und irgendetwas sagt dann, was gar nicht geht, so, ne. Und da denke ich, da wär so einer schon sinnvoll gewesen.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 06:09)

„Ja also so direkt gesprochen habe ich mit ihm ja noch nicht, hab ihn halt beobachtet und mir angehört in der Gruppe. Ja, das find ich halt gut so, ne, und ich habe aber auch schon bei meiner letzten Therapiezeit hier oft daran gedacht, mal einen zu haben, der wirklich das auch alles durchlebt hat so und so, also habe ich das regelmäßig das im Kopf gehabt. Jetzt weiß ich, das einer da ist und ja, ich denke, dass würde gut klappen, wenn man sich mit ihm unterhält, also, wenn ich das persönlich jetzt mach so, ne. So wenn er jetzt auch Straftaten begangen hat in seinem Leben und Konsum, ja dann wird man da viel, wie sagt man das, viel gleicher und so, also, dass man das Gleiche durchlebt hat und so funktioniert das Gespräch auch besser, ne. Das ist ja immer so.“ (TN3, FoGruPat1_2, 22:53)

„Ich find das sehr gut. Er versteht uns, kann sich da reinversetzen. Das ist jemand, mit dem man wirklich reden kann.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 03:17)

1.b. Negative Einstellung zum Konzept

„Also ich hab irgendwie gehört gehabt, dass, wo er angefangen hat hier, und auf der Aufnahme rumgetigert ist halt, dass viele da halt nicht gut darauf reagiert haben, weil die halt dachten, der will bloß aushorchen und sowas alles. Aber ich denke, das ist ja auch nicht sinnvoll für Patienten, die halt gerade am Anfang sind, die noch dieses gewisse Denken drinhaben, so.“ (TN4, FoGruPat1_T2, 14:06)

„Ja eben dadurch, dass die das auch nicht kennen, mit Genesungsbegleitern, ist das erst mal vorbelastet, dass man erst misstrauisch ist. Ne, ich mein, ich hab das auch bei mir in der Gruppe gemerkt, dass die dann auch gefragt haben: „Was gehst du denn da hin? Was machst du denn da?“, und so, ne. Erst mal Misstrauen, so Misstrauen so, ne. Erst mal das schlechte sehen.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 22:04)

2. Erfahrungen der Patient*innen mit dem PSW

2.a. emotionale und praktische Unterstützung

„Und wenn ich jetzt mal mit [PSW] rede, sag ich mal, dann merke ich er hört mir zu. Er hört mir zu, solange, bis ich ausgesprochen habe. Ja? Und dann versucht er aber, mir Tipps zu geben, und sowas, ja, wie es besser laufen könnte und sowas, ja? Das finde ich halt gut, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 26:44)

„Da habe ich mir einen Ratschlag geholt. Ansonsten wie [P3] schon gesagt hat, Strategien. Sowas in der Richtung kann man mit ihm auf jeden Fall besprechen, ne. Oder so einen Notfallplan mal fertig machen.“ (TN4, FoGruPat1_T2, 32:09)

„So, auf jeden Fall hat er mir viele Ängste genommen, der Genesungsberater, sehr gute Tipps gegeben, ne, manchmal was, wo ich mir dann dachte „Wieso bist du da nicht allein drauf gekommen, das sind total kleine, kleine Sachen eigentlich“, ne, wo ich Nächte lang gegrübelt hab und auf keine Erkenntnis gekommen bin.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

„Und bei [PSW] war das, es war zwar ein langes Gespräch, aber der hat das geschafft, mir in einem Gespräch mir zu erkläre, dass es auch sowas wie Selbstschutz gibt. Was ich nachvollziehen konnte, und wo ich dann ganz anders damit umgehen konnte. Also meine Meinung ist, und meine Erfahrung, dass es eine sehr gute Sache ist, ne. Und das ist mir sehr, sehr geholfen hat, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 43:04)

„So und dann aber, wenn [PSW] aber zum Beispiel nicht da wäre, und dieser Patient versteht nicht und wird immer angespannter, dann irgendwann eskaliert die Situation auch. Also ich würde mal sagen, dass [PSW] auch dazu beiträgt, dass ein Patient vielleicht besser mit irgendwelchen Situationen klarkommt, weil er nicht die richtige Methode oder so gelernt hat damit umzugehen.“ (TN6, FoGruPat2_T2, 20:48)

„Weil am Anfang hatte ich immer recht viel mit dem Suchtdruck zu kämpfen, und da hat er mir halt gesagt, ich soll mich fragen, was ich denn will. Will ich jetzt wieder Drogen nehmen, und wieder in dem Loch landen, oder will ich was Anderes? Und diese Methode hilft mir halt immer relativ gut so, ne. Wenn dann der Suchtdruck kommt und ich Bock habe Drogen zu nehmen, frag ich mich halt: „Willst du das überhaupt noch so? Du hast es die letzten zehn Jahre gehabt, willst du nicht mal was Anderes ausprobieren so, ne?“ Und naja, dann lässt der Suchtdruck, sage ich mal, relativ schnell auch wieder nach so bei mir, ne.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 46:43)

„Und bei [PSW] ist, find ich für mich, er versteht mich und kann mich da auch mit ganz wenig Wörtern wieder runterbringen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 03:17)

2.b. geschätzte Verhaltensweisen

2.b.a. Interesse

„Ja dann fange ich mal an. Ich bin [P1] von der Station [Nummer] und ich hatte mit [PSW] bis jetzt zwischendurch mal ein Gespräch, da hat er mich so ein bisschen über Borderline ausgefragt und wie man so tickt so. Wollt er ein bisschen über die Krankheit was wissen, ich hab ihm das erklärt.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 00:28)

„Na und er fand das auch gut, dass ich ihm das gesagt habe, weil, damit er auch mal, so aus meinen Augen so ein bisschen sieht, wie so ein Leben eigentlich sein kann, mit so einer Borderline-Erkrankung, sag ich mal, ja?“ (TN1, FoGruPat1_T2, 07:33)

„das finde ich auch ganz gut, ne, dass er auch dieses Interesse hat, wie geht es den Patienten. Ja er guckt nach, fragt auch die Patienten, also spricht sie auch an, Na, wie geht es Ihnen denn? Und Wie ist es zurzeit so, ja, also ja er zeigt Interesse, wie es den Patienten geht und das finde ich halt gut“ (TN1, FoGruPat1_T2,

11:35)

„Und dass ich die Erfahrung gemacht hab, dass wenn ich mich angemeldet hab, er auch sofort gekommen ist, ne. Und auch Termine gemacht hat, die er immer eingehalten hat, und dass ihm das schon wichtig war so, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

2.b.b. Sympathie

„Aber ich find ihn halt sehr nett“ (TN1, FoGruPat1_T2, 00:28)

„ja so von sich aus ist er ein sehr netter Mensch, man kann sich mit dem gut unterhalten“(TN1, FoGruPat1_T2, 03:20)

„Also ich habe nichts gehört, muss ich sagen, ich hab da bis jetzt mit den Patienten mit denen ich zu tun habe, die waren alle so begeistert von ihm, also dass sie es auch toll finden, das er kommt.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 12:53)

„Und so wie ich ihn kennengelernt habe ist es ein echt netter Mensch.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 24:04)

„Also mit anderen Worten, sie können menschlich auch ganz gut mit ihm, glaub ich?’
[TN2]:,Ja.’“ (TN2, FoGruPat1_T2, 19:33)

2.b.c. Vertraulichkeit

„Also ich fühle mich in den Gesprächen immer geborgen sag ich mal, wenn ich mit ihm rede, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 24:04)

„Na ich glaube ihm da mehr, ne? Wenn er in Gesprächen sagt zu mir, dass er das vertrauensvoll behandelt und anschließend ins Büro geht und halt nur sagt, über was wir gesprochen haben, z.B. jetzt Familie oder Straftat oder Sucht, ne, da bin ich mir bei der Psychologin nicht ganz so sicher, wenn sie anschließend im Büro sitzt, dass sie vielleicht doch erzählt, dann, ja mit [eigener Name] das das das. Da habe ich schon mehr Vertrauen zu [PSW].“ (TN2, FoGruPat1_T2, 30:19)

„Ja und, so die Erfahrung hab ich gemacht, dass er das auch nicht so missbraucht, so das was man ihm erzählt.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 23:40)

„ Es bleibt unter sich. Man braucht absolut keine Angst haben, dass einem das, so wie ich vorhin schon gesagt habe, so gegen einen verwendet wird, was man ihm erzählt.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 23:52)

„Wenn du mit ihm redest, dann bleibt das halt so, nur dass, ich sag mal nur das Nötigste so, was er halt sagen muss, so. Und das ist auch glaube ich ganz gut so, weil das macht das Vertrauensverhältnis zu ihm auf jeden Fall noch besser.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 24:30)

„Das, was man besprochen hat, bleibt bei ihm, das geht da nicht vorne ins Büro und wird breit getreten.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 26:39)

2.c. Vorbildfunktion

„ aber ich finde ihn bewundernswert, sag ich ganz ehrlich, weil er wie gesagt von seiner Sucht erzählt, wie er es erlebt hat, wie er sich inmitten in dieser Phase befunden hat, wo er diese Sucht hatte, und was er zu sich

genommen hat, wie er da rausgekommen ist, also das finde ich manchmal schon erstaunlich ja. Weil ich beneide ihn ein bisschen auch, ja? Weil ich habe es zum Beispiel nicht geschafft, aus dieser teilweise... ich habe ja auch bei [einer anderen Person] auch Alkohol getrunken ganz viel und auch gekifft, sage ich mal, ja, kam aber aus diesen Teufelskreis, durch [diese Person] eben nicht mehr raus und darum bewundere ich [PSW] auch, weil er, da durch trotz dieser Weg schwer war für ihn, aber dass er da rausgekommen ist, also. Ich bewundere diesen Menschen teilweise, ne. Muss ich mal so ehrlich sagen.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 07:33)

„Also was heißt anderen Draht, ja irgendwie, ich sag mal so, mir ist eigentlich egal, ob er gegessen hat oder nicht, ne. Das macht den, das macht ja nicht Menschen jetzt, weiß nicht, wie soll ich das jetzt sagen? Es macht den Menschen nicht gerade böser oder so, ja? Also im Gegensatz, wie er da rausgekommen ist und selber jetzt hier als Genesungsbegleiter arbeitet ja, also, dass er selber jetzt an der Klinik arbeitet und anderen Menschen helfen möchte, ja. Das finde ich ja gut, und ob er jetzt nun auch gegessen hat oder nicht, ja Mensch, jeder Mensch macht irgendwo Fehler. Und jeder Mensch macht auch im Leben etwas durch, und er hatte auch seine, ich sehe das so, er hatte auch seine Phase, ja, wo er auch seine Strafe abgesessen hat, aber ich finde ihn trotzdem als Mensch irgendwie, na, bewundernswert, sag ich mal, ne. Habe ich ja vorhin auch schon gesagt, wie er da rausgekommen ist und das alles, wie er das gemeistert hat, dass er jetzt auch hier arbeitet, in einer Klinik wo suchtkranke Menschen sind, sage ich mal und denen er auch helfen möchte“ (TN1, FoGruPat1_T2, 24:04)

„Und was ja das Beste daran auch ist, halt, dass er rausgekommen ist. Dass er davon auch sprechen kann, also der hat es ja geschafft, das ist natürlich auch sehr interessant für uns, ne.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 27:47)

„Und bevor ich das vergesse, das wollte ich noch anschließen um es nicht zu vergessen: Eben halt auch diese Vorbildfunktion. Dass wenn man ihn sieht, und dann auch sieht, er ist einer, der hat es geschafft. So wie von uns jetzt so, der das geschafft hat. Das motiviert natürlich mehr, als hundert Gespräche beim Psychologen, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 45:26)

„Dementsprechend dadurch, dass er jetzt schon seit zehn Jahren, oder ein bisschen länger, den Absprung davon geschafft hat, hat es mir halt einfach geholfen, wie er die Dinge sieht, so. Also dass er glücklich damit ist, dass er aufgehört hat, und mittlerweile seit zehn Jahren clean ist.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 46:43)

„So für das Verständnis, was die Sucht betrifft, ist er halt einfach ein brutaler Vorteil. So, weil er es erstens selber durchgemacht hat, und was das Wichtigste für mich ist, er hats geschafft, und er ist halt immer noch sauber. Das ist halt jedes Mal wenn man ihn sieht ist das „Okay, das kann ich auch schaffen!“ Und egal wie scheiße ich mich fühl, oder (...) wie unwohl ich mich hier drinnen fühl, weiß ich, das hat alles einen Sinn so, und fürs Durchhalten ist das halt positiv.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 16:25)

„Er hat das ja auch ziemlich gut gesagt, ne. Dass er halt Beschaffungskriminalität gemacht hat, ne. Er ist ja der Fahrrad-Zocker. Er hat immer Fahrrad gezockt so, ne. Hat auch immer davon offen erzählt, ne. Ja. (...) Und ist auch gut zu sehen, also für mich, ne, dass wenn das eine aufhört, das andere zwangsweise auch verschwindet so. Also es kann verschwinden. Gibt ja auch welche, die sind schon süchtig danach Scheiße zu bauen, ne. Aber jetzt so von meinem Kontext, von meiner Geschichte aus gesehen, ist das sehr sinnvoll.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 50:04)

2.d. Verständnis und Vertrauen

„bei ihm habe ich so aber das Gefühl, er versteht mich, also er kann sich teilweise auch in meine Person reinversetzen, kann so nachvollziehen, so ein bisschen. Aber gibt dann auch Tipps, wie ich das machen kann, wie ich damit umgehen kann, also find ich jedenfalls.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 13:21)

„Ja. Auf alle Fälle. Weil wie gesagt, er versteht das halt, was wir selber durchgemacht haben, weil er es auch erlebt hat, ne. Ich kann mit ihm über den Vollzug sprechen, ja oder Drogen oder Alkoholproblem, ne. Das

verstehst er halt alles, ne.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 21:12)

Ich habe den Herrn jetzt einmal letzte Woche in der Stationsgruppe erlebt und ja, mir ist halt gleich aufgefallen, dass das was Anderes ist, weil er halt von Erfahrungen redet und ja, da kann man sich darauf besser einlassen, denke ich also... das ist jetzt meine Meinung.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 02:13)

„Also ich würd zum Beispiel, wenn ich jetzt ein Gespräch hätte mit ihm, von Anfang an gleich ein bisschen mehr erzählen, als ich bei einer Therapeutin, die ich noch gar nicht kenne so, ne. Ich würde da gleich ein bisschen mehr reinsteuern, ne.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 28:12)

„So, und bei ihm, das denke ich, da kann man gleich so wie es wirklich ist so alles raushauen, und das man da sehr gut in Gespräch gleich kommt, ohne irgendwie ein Wenn und Aber oder Erschrecken oder sowas.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 28:34)

„Und das ist eben der Vorteil, was ich empfinde, bei diesem Genesungsberater, dass ich viel schneller geschafft hab, Vertrauen aufzubauen, ne. Eben auch diese Art die er hat, auch durch, mit Vorkenntnissen, dass er ganz, ganz viele Sachen nachvollziehen kann, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

„Und bei ihm ist das ne irgendwie ne andere Art, dadurch, dass er sich sehr gut reinversetzen kann, auch lockerer damit umgeht, man eben dadurch auch keine Angst hat, was Falsches zu sagen.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 08:30)

„Und er geht so auch ziemlich ohne Vorurteile ran. Er gibt einem die Chance, oder wertet nicht ab oder so. Also ist schon eine andere Beziehung, ist ein anderes Verhältnis.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 54:38)

„Ne. Also alles gut! Im Endeffekt schon so, ne. Ich meine, ich bin ja wegen Raub hier so, ne. Das ist ja auch meine erste Straftat. Und er hat mir ja auch gesagt, dass er das erste Mal im Knast saß, weil er auch wegen Raub eingefahren ist, wegen Beschaffungskriminalität. Und (...) naja gut, er und ich (..) wir hatten halt nicht die Absicht, den Menschen zu verletzen, wir waren halt wirklich nur vom Geld her aus so, ne. Ich muss schon sagen, gut, hätte er jetzt nur Suchtkarriere... Also ich finde schon, dass irgendwo auch seine Straffälligkeit auch noch mal ein bisschen. Zwar jetzt nicht überwiegend, überwiegend ist das mit der Suchterkrankung im Allgemeinen. Aber dadurch, dass wir ja alle straffällig sind, und er es auch mal gewesen ist, fühlt man sich halt auch noch mal ein bisschen mehr verstanden. So, warum man das überhaupt so gemacht hat, ne. Der Mensch sieht halt einfach nur, der noch nie straffällig geworden ist: „Oh, er hat einen Raub. Das muss ja ein ganz Schlimmer sein“, so, ne. Und er versteht halt einfach die Situation besser, wodurch es halt erst mal dazu gekommen ist. Dass es zum Raub gekommen ist, sag ich mal, ne.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 51:48)

„Also was ich noch sagen wollte, er hat die gleiche Drogengeschichte wie ich, er war von den gleichen Sachen abhängig wie ich. Bis auf Alkohol, ich trinke keinen Alkohol. Und auch so Knast-Geschichte und Lebenslauf ähnelt sich sehr viel. Und bei ihm weiß ich, egal was ich hab, egal auf welcher Station ich bin, das ist immer jemand, auf den ich zurückgreifen kann, ne. Weil ich bin abhängig von Kokain und Heroin, und das sind hier halt nicht viele. Und viele wissen auch nicht Bescheid, wie das da mit Entzug ist, und er hat das halt selber durch und kann sich da ziemlich gut reinversetzen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 44:28)

2.e. PSW als Vermittler zum Personal

„Also ich denk mal so vielleicht, dass er das besser rüberbringen kann, was in einen Patienten vielleicht vorgeht oder so, ich weiß nicht. Weil es gibt ja auch oft Missverständnisse so, das halt im Büro das und das gedacht wird und man hat das gar nicht so gemeint. Und ich denke mal halt, wenn man jetzt mit ihm darüber reden würde, dass er das dann vielleicht anders oder erklärbarer rüberbringen kann, so. Manchmal hat man ja auch nicht die richtigen Argumente und sowas.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 16:06)

„Er vermittelt ja auch zwischen Patienten und Personal, Therapeuten“ (TN4, FoGruPat2_T2, 15:36)

„Ich hab mal (...) einen schlechten Moment gehabt. (...) Und hab gefragt, ob [PSW] da ist. (...) Ne Viertelstunde später war er da, hat mit mir geredet, hat mich runtergebracht, hat vermittelt zwischen Team und mir. (...) Und hat es hingekriegt, dass ich nicht straffällig werde.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 42:17)

„Zur Not kommt er dann auch mit, falls man sich nicht richtig ausdrücken kann. Gibt ja auch Menschen, die können das einfach nicht, ne. Denen fällt das schwer. Da bietet er das zumindestens an“ (TN11, FoGruPat2_T2, 55:56)

2.f. Unterschiede Kontakt PSW & Mitarbeiter*innen

„Und wenn ich mit jetzt hinsetze mit der Psychologin und ihr was vom Knast erzähle, da ist wenig Verständnis da, ne, oder die Glaubwürdigkeit, sage ich mal.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 21:12)

„Solche Sachen, wo ein Psychologe dann an seine Grenzen stößt. Bei meiner Psychologin, die ich vorher hatte, war es unmöglich mir begreiflich zu machen, das mit diesem Knast-Klischee „Anscheißen“, ne. Wenn ich mich öffne, und auch was sage, was Andere betrifft, ich mich nicht als Anscheißer fühle, ne. Was dieses Knast-behaftete Klischeedenken so ist, ne.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 43:04)

„Außerdem will ich mal so sagen, da die Pfleger ja meist nicht so viel Verständnis hätten, weil diese Pfleger haben die Sucht nicht gehabt, die haben diese Vergangenheit nicht gehabt wie einige hier, ne.“ (TN6, FoGruPat2_T2, 20:48)

„Wenn ich zu jemandem gehe, der das, der das noch nie genommen hat, gar nicht weiß, ,was man überhaupt erlebt hat, oder sonstiges, ja, die zeigen mit'n Finger auf einen, und, ach, keine Ahnung. Damit ist mir nicht geholfen so, ne.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 04:27)

„Weil wenn man irgendwo Probleme hat, ne, oder Suchtdruck, einem Pfleger kann man das zwar erzählen, aber der kann sich da nicht reinversetzen. Der hat das im Buch gelernt, und versucht das anzuwenden, was er gelernt hat, aber er kann das nicht nachvollziehen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 04:27)

„Das Problem ist halt nur, dass die Pflege das nicht, manche Pfleger verstehen das nicht, ne. Dass man da selber, dass man das selber abgrenzt, und dass man das nicht miteinander vergleicht. Weil n Vergleich treffen, das geht nicht. Die waren ja niemals drauf oder straffällig, zumindest sind sie nicht erwischt worden, weil sonst wären sie ja selber hier. So, was dieses Verständnis betrifft, da ist er halt weit vorne, ne. So, aber das heißt nicht, dass deshalb die Pfleger schlechter sind.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 17:52)

2.g Negative Erfahrungen

„da hat er, wie gesagt, hab ich das auch erlebt, dass er auch von seiner Sucht viel erzählt hat, wie das für ihn war, wie er damit klar gekommen ist, wie er das geschafft hat und naja ich muss ganz ehrlich sagen, mich hat er an meine Vergangenheit erinnert, also weil ich auch eine schwere Vergangenheit hatte [Details, entfernt]. Und das hat mich genau an den erinnert, und ich bin dann aber aus den Raum rausgegangen, weil ich es einfach nicht mehr ausgehalten habe, weil ich der Meinung war, dass das für mich zu doll war. Dann habe ich eine halbe Stunde im Zimmer gesessen, um das erst einmal so ein bisschen sacken zu lassen, dann bin ich aber nochmal zu ihm gegangen, hab gesagt „[PSW] pass auf, das ist nichts gegen dich, aber das hat mich so dermaßen an meine Vergangenheit erinnert, ich musste da aufstehen und gehen, das war aber nicht wegen dir, weil du etwas Falsches gesagt hast, mich hat es selber einfach dran erinnert und er hat selber auch gesagt, er findet das gut, dass ich ihm das persönlich nochmal gesagt habe, dass er da auch Bescheid weiß

und sich da keine Sorgen machen muss“ (TN1, FoGruPat1_T2, 03:20)

„, aber es hat immer ein bisschen etwas Negatives dazwischen, dass es wieder an meine Vergangenheit erinnert ja.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 07:33)

3. Praktische Aspekte

3.a. Aufgaben

„Also zu uns kommt er auch, fragt dann wegen Gesprächsbedarf, setzt sich auch mal zwischendurch hin, macht Freizeitspiele mit uns.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 19:13)

„Suchtbegleitung. Genesungsbegleitung,“ (TN4, FoGruPat1_T2, 15:51)

„Also ich weiß nur etwas von Gesprächen, mehr habe ich nicht mitbekommen.“ (TN4, FoGruPat1_T2, 15:59)

„Entspannungsübungen, da ist er richtig gut.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 58:18)

3.b. Kontaktaufnahme

„Also er bietet das auch an, dass man mit ihm sprechen kann, er macht sogar auch Termine jetzt“ (TN1, FoGruPat1_T2, 00:28)

„Er guckt einfach mal vorbei und wie das so auf Station läuft, dann fängt er auch zwischendurch mal mit Patienten ein Gespräch an, also auch ohne Termin“ (TN1, FoGruPat1_T2, 11:35)

„wenn er dann mal so auf Station zwischendurch kommt und fragt, wie geht es Ihnen und dann kommt das Gespräch langsam zu sich.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 26:44)

„Da hat er sich dann vorgestellt, hat dann auch am Ende vorgeschlagen, dass wir dann mit ihm auch Termine vereinbaren können.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 05:14)

„Und bei uns auf Station ist so, wenn jemand neues kommt, kommt der da einfach hin, stellt sich vor, redet von sich, bietet Hilfe an.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 02:40)

„Also momentan, momentan ist so, er ist mittwochs bei uns auf der (Stationsnummer), wenn bei uns Visite ist (...) ist er jeweils bei der anderen Station, wo keine Visite ist und bietet halt momentan an, was zu kochen, oder was zu backen. So, und ansonsten schreibt man nen Antrag, also sagt man morgens bei der Morgenrunde „ich möchte mit ihm reden“. Aber man muss das auch nicht nur bei der Morgenrunde machen, man kann den ganzen Tag über zu den Pflegern gehen und fragen ob [PSW] im Haus ist. Und wenn der im Haus ist, und das hört, dass man ihn braucht, dann ist er auch meistens paar Minuten später da. Man muss halt wirklich nur auf ihn schreiben. So auf diese Station wo du jetzt bist, kommt er so nicht, außer du schreibst auf ihn. (..) So. Weil er halt am Anfang wirklich für den Zugang da ist, so hat er mir das gesagt.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 06:30)

4. Wünsche

4.a Diversität

4.a.a. Geschlecht

„Ja. Würde ich auch gut finden. Wär wahrscheinlich so, weil manche wollen ja doch nicht mit einem Mann

reden, manche benötigen ja doch lieber eine Frau, oder so. Manche können auch besser mit einer Frau, ne?“ (TN1, FoGruPat1_T2, 37:17)

„Ich denke schon ja. Also es gibt auch Themen, wo ich als Frau nicht unbedingt mit nem Mann drüber sprechen möchte, wo ich dann auch eine Frau benötige, wäre schon schön, wenn man noch eine Frau hätte, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 37:38)

„Ich hätte auch kein Problem, mit einer Frau zu reden. Sofern die selber abhängig war, ne. Weil die verstehen dann auch andere Sachen besser, kann mir vielleicht auch andere Sachen besser erklären, wo ich früher immer hängen geblieben bin. So Beziehungssachen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 1:02:04)

„Und auch wenn Sie sagen, dass das eine Frau ist, ist das vielleicht sogar auch noch besser, weil sie dann auch die Sichtweise von einer Frau sehen, und ihrer Sucht, und das dann nicht als Patientin, sondern als Kollegin. Das kann für alle nur eine Win-Win-Situation sein.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 1:03:36)

„Ich meinte es aber gegenüber einer Frau, ne. Also eine Frau öffnet sich doch besser gegenüber einer anderen Frau. Ist einfach so. Das sind Gleichgesinnte. Und dafür denke ich, wäre das schon.“ (TN12, FoGruPat2_T2, 1:01:29)

4.a.b. Krankheitshintergrund

„Ich sag mal so, ich hab jetzt auch nicht so mit Sucht und Alkohol und Drogen, sag ich mal. Ich habe ja mehr so das Borderline-Problem, mit Schneiden und das manchmal zu bewältigen ja. Und ich glaube das wäre gut, wenn man auch so vielleicht jemanden hat, der sich auch mit dieser Krankheit auskennt. Ob man da vielleicht auch eine Gruppe aufmachen kann, so DBT, das extra für so Borderliner gemacht wird. Das man da einfach nochmal die Krankheit noch ein bisschen ausweitet, sage ich mal, und dass man mit dem noch einmal drüber sprechen kann, oder mit der, sag ich mal. Die da auch Ahnung davon hat, ne. So suchtkrank bin ich ja nicht, ich habs ja auch mehr mit dem Kopf, sag ich mal, und der Psyche und dem Schneiden halt so, ne.“ (TN1, FoGruPat1_T2, 38:46)

„[I]; Okay, meinen Sie, dass es vielleicht noch sinnvoll sein könnte, auch einen Genesungsbegleiter einzustellen, der, ich sag mal, der vorrangig ein psychotisches Leiden hat?“
[P4]; „Fände ich sinnvoll, ja.“ (TN4, FoGruPat1_T2, 38:30)

„Ja, wär schon gut, ne. Mehr Ansichten helfen wirklich. Es gibt auch beim DBT, es gibt ja nicht nur DBT-F für Forensik, sondern das gibt es auch für Borderline, oder für Magersucht... Man kann ja nicht DBT-F für DBT Magersucht verwenden, ne. Und das ist wie mit der Meinung von [PSW], zum Beispiel, die passt für den einen nicht, also mit dieser Ansicht kommt er nicht klar, aber vielleicht mit einer anderen. Es gibt ja mehr Ansichten, ne.“ (TN6, FoGruPat2_T2, 1:03:04)

„Und das gleiche vermute ich auch mal ganz stark, dass, wenn ich oder ein anderer jetzt eine Persönlichkeitsstörung hätte, und eine Person da sitzt, die das gleiche hat, dass in dem Fall die Person, die das auch hat, natürlich der anderen Person noch mal intensiver helfen kann als wie wenn man das nicht hat, ne.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 1:05:50)

4.b. Ausweitung der Aufgaben

„Dass auch andere Patienten mehr involviert werden, ne. Mehr wissen, was los ist und die Angst verlieren.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 59:39)

„Vielleicht, dass er auch mal an Basisrunden oder irgendwie so teilnehmen mal kann, reinschnuppern kann?“

(TN6, FoGruPat2_T2, 1:00:01)

„Ich denk auch, dass es vielleicht auch helfen würde, ne, wenn (..) wie ihr schon sagt, mit Kochen und sowas, ne. Das ja, wenn er so ein bisschen an dem Klinikalltag teilnimmt, ne, weil dann kann man das alles ein bisschen, dann steht er den Patienten näher, aber auch dem Pflegepersonal so, ne. Und ich glaube das ist, lässt sich ganz gut dann vermitteln, und (...) ja.“ (TN10, FoGruPat2_T2, 07:55)

„Dass er mit uns in die Drogengruppe und sowas zum Beispiel, ne. Dass er da mitwirkt und sowas, ne.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 1:00:05)

„Ich würde vielleicht auch mal so Runden oder sowas machen so, ne.“ (TN12, FoGruPat2_T2, 59:35)

4.c. Anzahl

„Also ich weiß nicht, ich werde ja jetzt auch nicht mehr viel mit ihm zu tun haben, aber ich denke vielleicht, ja auf jeden Fall, denke ich, das ist sehr sinnvoll, und vielleicht wäre es ja auch irgendwie gut, wenn jede, also, wenn zum Beispiel jetzt komplett die [Station Nummer] einen hätte und die [Station Nummer] und so, ich weiß nicht.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 35:48)

„Ja und ich denke mal, wenn jetzt so jede Zahl so seinen eigenen hätte, das würde schon gut sein, denke ich mal. Weil, dann hat man immer einen, auf den man irgendwie zurückgreifen kann so, ne.“ (TN3, FoGruPat1_T2, 36:20)

„Ja, meine Erfahrung mit [PSW] sind eben so die, die wir im Vorfeld auch schon besprochen haben. Positiv, ne. Und (...) ja, nach meiner Meinung sollte es von solchen Menschen viel mehr in der Therapie geben, ne. Weil das ja eine gute Sache ist. Und gerade seine Erfahrung, das zeichnet ihn aus.“ (TN5, FoGruPat2_T2, 43:04)

„Na, ich finde, wenn man dieses Konzept irgendwie durchkommen sollte, sollten da schon ein, zwei Leute mehr sein.“ (TN6, FoGruPat2_T2, 03:50)

„Ja, ich find auch, dass das, dass er ziemlich viele Erfahrungswerte hat so, ne. Und dass das glaube ich ganz profitabel ist, wenn man so hier die in der Klinik teilt, und (..) ich würde, ich glaub, ich würde es auch ganz gut finden, wenn wirklich jede Station einen so‘nen Begleiter hat so, ne, der dann halt immer zuständig ist dafür. Und, ja, das ist schon (...) glaub ich ganz gut.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 05:36)

„Aber ich würd‘s auch besser finden, wenn wenigstens noch jemand da ist, dass das über die Woche über gut aufgeteilt ist, dass jetzt nicht nur der Zugang den in Anspruch nehmen kann, sondern auch die andere Stationen. Weil das ist einfach hilfreich. Und nicht nur gerade wenn man kommt, sondern besonders, so stell ich mir das vor, auch nachher in der Kernphase, weil da wird man öfters mit sich selber konfrontiert, und da werden öfters Situationen kommen, die kritisch werden. Und da ist er wirklich hilfreich, er ist halt eben gut mit Menschen.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 06:30)

„Gibt es denn etwas, was Sie sich jetzt in Bezug auf die Genesungsbegleitung hier im Haus noch wünschen würden?“

P11: „Dass es vielleicht noch einen weiteren gibt.“ (TN11, FoGruPat2_T2, 58:53-59:04)

„Ja, und desto mehr, find ich, desto mehr Begleiter hier sind, ne, desto mehr Ansichten hat man und desto mehr Erfahrungen auch so, ne. Das ist denke ich doch ganz gut, als wenn man immer nur einen oder zwei hat, wo man, ne.“ (TN12, FoGruPat2_T2, 1:02:26)

4.d. Dauerhafte Anstellung

„Ja erstmal, dass er uns weiterhin begleitet.“ (TN2, FoGruPat1_T2, 35:04)

„Aber das dieses Projekt auf jeden Fall am Leben bleibt (Zustimmung im Hintergrund)“ (TN5, FoGruPat2_T2, 59:07)

Einzelinterviews Patient*innen

Themen Name	Beschreibung	Beispiel/Erklärung	Gegenbeispiel
1. Einstellung von Patient*innen zum PSW(-Konzept)	<i>Oberthema.</i> Haltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter (-Konzept), sowohl positive als auch negative Haltungen eingeschlossen.		
1.a. Positive Einstellung zum PSW-Konzept	Bejahende Haltung der Patient*innen zur Etablierung eines Genesungsbegleiters in der Klinik für Forensische Psychiatrie.	„Und ja, ich finde das schon eigentlich ziemlich gut, dass es so etwas gibt, so. Es ist doch schon was Anderes als mit jemandem darüber zu sprechen, der selber diese Erfahrung gemacht hat, als wenn man das irgendwie vom Therapeuten, sag ich mal, hört, die das Wissen, sag ich mal, von ihren Lehrbüchern und Studien haben und so weiter, aber selbst nie die Erfahrung gemacht haben und nicht wissen wie es ist, abhängig und süchtig zu sein.“ (02:48) (TN1, EinzelPat1_T2)	Beinhaltet lediglich die befürwortende Haltung gegenüber dem spezifischen Konzept eines Genesungsbegleiters und nicht die Art und Weise wie dessen Etablierung geschehen oder der Prozess erfolgt ist.
1.b. Kritische Haltung anderer Patient*innen	Vorbehalte, die Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter (und dem Konzept) haben.	„Na eigentlich sind ja alle Patienten, die hier sind auch in Haft gewesen und die gehen halt immer davon aus, dass er irgendwie ein Schnüffler ist, irgendetwas, so, herausfinden will für die Therapeuten, was wie ich finde, halt Blödsinn ist, ne.“ (20:17) (TN1, EinzelPat1_T2)	Beinhaltet lediglich Misstrauen und Skepsis gegenüber dem spezifischen Konzept eines Genesungsbegleiters und nicht ein allgemeines Misstrauen gegenüber dem Klinikpersonal.
2. Erfahrungen mit dem PSW	<i>Oberthema.</i> Erfahrungen, die die Patient*innen im Umgang mit dem Genesungsbegleiter gewonnen haben.		
2.a. Effekte auf Verhalten und Einstellung der Patient*innen	Welche Auswirkungen die Interaktion der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter auf Denkweise und Verhalten der Patient*innen hat.		Beinhaltet lediglich positive Veränderungen, die sich nach Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter etabliert haben. Beinhaltet keine

			negativen Veränderungen bzgl. Verhalten, Therapieeinstellung, Umgang mit Sucht und Drogen sowie Zukunftsgedanken.
2.a.a. Pläne für die Zukunft	Gedanken der Patient*innen bzgl. deren Zukunftsgestaltung, die sich durch Gespräche mit dem Genesungsbegleiter ergeben haben.	„Auf jeden Fall will ich den Weg auch nehmen. Man muss immer was zu tun haben, ne? Abcancelln von den Leuten - das habe ich jetzt ja schon getan - ich habe mit niemandem Kontakt, nicht mal aus meiner Heimat. (...) Ja ein neues Leben anfangen, ne. Nicht mehr zurückgehen in die Heimat. Und in die andere Stadt, wo ich jetzt gewohnt hab vor kurzem, da gehe ich auch nicht mehr zurück. Also neu aufbauen, alles. (...) Und Beschäftigung suchen, hm. Arbeiten.“ (07:30) (TN3, EinzelPat3_T2)	Beinhaltet ausschließlich positive und optimistische Gedanken bzgl. der eigenen Zukunft und keine Pläne in Richtung weiterer Drogenkonsum, Aufrechterhaltung der Sucht o.Ä.
2.a.b. Veränderte Einstellung zu Therapie und Sucht	Veränderung der Haltung der Patient*innen zu der Therapie in der forensischen Psychiatrie und zum Umgang mit ihrer Sucht.	„Ja, ja das auf jeden Fall. (...) Ich rede jetzt auch so offen, auf der Station, in der Gruppe und so wegen Suchtdruck oder Probleme anzusprechen, das habe ich vorher alles nicht getan. Jetzt komme ich erst aus mir raus, richtig. Vor 2, 3 Wochen ungefähr (.) komme ich jetzt erst mir raus, so richtig.“ (08:36) (TN3, EinzelPat3_T2)	Beinhaltet ausschließlich die positive Veränderung der eigenen Einstellung bzgl. der Therapie und der Sucht. Beinhaltet keine Veränderung in Richtung Therapievermeidung oder Wunsch nach weiterem Drogenkonsum.
2.a.c. Wunsch der Patient*innen selbst Genesungsbegleiter*in zu werden	Bedürfnis der Patient*innen später selbst als Genesungsbegleiter*in anderen Patient*innen zu helfen.	„ (35:10) [I]: Also könnten Sie sich vorstellen selber in die Genesungsbegleitung zu gehen [Zustimmung von P3], eines Tages? (35:14) [P3]: Ja, ja auf jeden Fall. Ja. Ich finde es gut, dass er sowas macht. Ich höre das erste Mal sowas. Dass, ... er ist Genesungsberater jetzt, ne [Zustimmung von I]. Wusste ich gar nicht, dass es sowas gibt.“ (TN3, EinzelPat3_T2)	Beinhaltet den Wunsch der Patient*innen selbst Genesungsbegleiter zu werden, aufgrund des Kennenlernens des Genesungsbegleiters. Dies beinhaltet nicht den Wunsch der Patient*innen nach den berufsunabhängigen Lebensumständen des Genesungsbegleiters.

<p>2.b. Umgang mit Suchtdruck, Drogenerfahrungen und Rückfällen</p>	<p>Gespräche von Patient*innen und dem Genesungsbegleiter, die von Drogenerfahrungen, Suchtdruck und Rückfällen handeln.</p>	<p>„Ja, eigentlich ziemlich gut. Also ich hab ja ein Rückfall gehabt hier auch und habe da halt auch ein Gespräch mit ihm geführt. Zwecks Vorbeugung so, wie man das das nächste Mal [...] ja wie es nicht mehr dazu kommen könnte quasi. Was ich da machen könnte, ja.“ (02:04) (TN1, EinzelPat1_T2)</p>	<p>Beinhaltet Themen, die in den Gesprächen der Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter bearbeitet werden und sich ausschließlich auf Verbesserung der Einstellung zu der Therapie und einer abstinenter Haltung zu Drogen fokussieren. Hierbei werden keine Themen behandelt, die sich mit weiterem Drogenkonsum oder ähnlich therapieablehnendem Verhalten beschäftigen.</p>
<p>2.c. Guter Zugang durch eigene Erfahrungen des Genesungsbegleiters</p>	<p>Patient*innen öffnen sich dem Genesungsbegleiter, aufgrund seiner eigenen Erfahrungen bzgl. Drogensucht und Konsumverhalten und daraus folgender Nachvollziehbarkeit von Suchtdruck o.Ä.</p>	<p>„Das ist nicht eben dieser Punkt, dass man dann nen besseren Draht hat, weil er Straftaten gemacht hat oder irgendwie so, ne. Darum geht's nicht, ne. (...) Das ist einfach nur diesen, diesen Weg, den er auch gegangen ist, den man fast parallel geht, dass er viele Situationen selbst kennt, weiß, wie man reagiert, darauf kommt's mir an, ne. Und davon zu profitieren, von seinen Erfahrungen, und wie er das gemeistert hat, ne (...)“ (38:30) (TN2, EinzelPat2_T2)</p>	<p>Beinhaltet den erleichterten Zugang der Patient*innen zum Genesungsbegleiter aufgrund seiner Lebenserfahrungen mit dem Konsum von Drogen und seiner darauffolgenden erfolgreichen Abstinenz. Beinhaltet nicht den erleichterten Zugang der Patient*innen zum Genesungsbegleiter, weil sie zu seinem Drogenkonsum oder den Straftaten aufblicken und sich diesen aufgrund dessen zum Vorbild nehmen.</p>
<p>2.d. Kennenlernen</p>	<p>Erste Eindrücke der Patient*innen beim Kennenlernen des Genesungsbegleiters, sowie Ablauf der offiziellen Vorstellung des Genesungsbegleiters seitens der Klinik.</p>	<p>„[PSW], der hat sich vorgestellt bei uns, ne. Er hat sich in der Reflektionsrunde kam er rein, hat sich vorgestellt, Genesungsbegleiter, hat so kurz auch erklärt, was so seine Aufgaben sind, und wie gesagt, ne, ich hatte, hatte sehr, auch grad zu dem Zeitpunkt, ne, absolut viel Gesprächsbedarf.“ (07:12) (TN2, EinzelPat2_T2)</p>	<p>Beinhaltet das formelle Kennenlernen, sowie die ersten Eindrücke, die Patient*innen mit dem Genesungsbegleiter gesammelt haben. Beinhaltet nicht das weitere Kennenlernen in darauffolgenden Gesprächen.</p>
<p>3. Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und mit dem PSW</p>	<p><i>Oberthema.</i> Unterschiede im Kontakt zwischen Patient*innen und dem Personal, die aus fehlenden Erfahrungen der</p>	<p>„So das kriegt, kann kein Psychologe wissen, weil er noch nie in so ner Situation war, ne. Es sind nur ganz kleine Details manchmal, das sind nicht</p>	

	Mitarbeiter*innen und demzufolge fehlendes Vermögen sich gänzlich in die Patient*innen hineinzuversetzen und seine Gefühle nachzuempfinden, resultieren.	riesen große Dinger, so, ne. Das sind nur ganz kleine Details, das ist mir auch aufgefallen, ne. Ich hab da Nächte lang gegrübelt und (...) wenn ich gemerkt, das war nachher auch schon so, dass die Pflege total genervt war und so. Und keiner konnte mir das richtig erklären, ne. Und dann kommt der und sagt „Ja, das ist so“. (...)“ (27:30) (TN2, EinzelPat2_T2)	
4. Wünsche bzgl. des PSW in der Klinik	<i>Oberthema.</i> Welche weiteren Aspekte sich die Patient*innen von dem Genesungsbegleiter und dem Konzept erhoffen, wie beispielsweise die Möglichkeit einer Nachsorge.	“Und ich will das echt hoffen, dass er [PSW] mich dann weiterhin begleiten würde, auch wenn ich nicht mehr hier im Haus sein sollte hier irgendwann, auch wenn ich entlassen werden sollte, dass er dann trotzdem noch da ist, draußen, wo man einen Ansprechpartner hat, den man ansprechen kann oder Notfalltelefon zum Beispiel, wo man anrufen könnte. Das wollte ich Ihn auch noch mal fragen, wenn es soweit sein soll, wie ich entlassen werde, ob sowas gehen würde. Falls ich doch einen Rückfall bauen sollte oder kurz davor bin oder so, dass ich dann jemand anrufen kann und das schildern kann, was ich machen soll jetzt (...) das wäre schon nicht schlecht, wenn so was gehen würde. Darüber wollte ich eigentlich noch sprechen, ob das auch so weit geht. (...) Notfallnummer.“ (30:17) (TN3, EinzelPat3_T2)	

1. Einstellung von Patient*innen zum PSW(-Konzept)

1.a. Positive Einstellung zum PSW-Konzept

„Und ja, ich finde das schon eigentlich ziemlich gut, dass es so etwas gibt, so. Es ist doch schon was Anderes als mit jemandem darüber zu sprechen, der selber diese Erfahrung gemacht hat, als wenn man das irgendwie vom Therapeuten, sag ich mal, hört, die das Wissen, sag ich mal, von ihren Lehrbüchern und Studien haben

und so weiter, aber selbst nie die Erfahrung gemacht haben und nicht wissen wie es ist, abhängig und süchtig zu sein.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 02:48)

„Ja, also anfangs habe ich schon gedacht, wieso sollte ich mit so einem Menschen reden, wenn ich selber genug über Sucht und so weiß, aber letztendlich, ja, ist es doch schon hilfreicher, ja.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 08:47)

1.b. Kritische Haltung anderer Patient*innen

„Ja ich habe es ja schon mitbekommen, hier in der Klinik so, dass einige ja nichts so von halten. Aber wahrscheinlich, weil die zu verschlossen sind, so irgendwie,...ja.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 19:52)

„Na eigentlich sind ja alle Patienten, die hier sind auch in Haft gewesen und die gehen halt immer davon aus, dass er irgendwie ein Schnüffler ist, irgendetwas, so, herausfinden will für die Therapeuten, was wie ich finde, halt Blödsinn ist, ne.“ (TN1, EinzelPat2_T2, 20:17)

„Es sind auch viele dabei, die das nicht wollen.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 28:26)

2. Erfahrungen mit dem PSW

2.a. Effekte auf Verhalten und Einstellung der Patient*innen

2.a.a. Pläne für die Zukunft

„Auf jeden Fall will ich den Weg auch nehmen. Man muss immer was zu tun haben, ne? Abcanceln von den Leuten - das habe ich jetzt ja schon getan - ich habe mit niemandem Kontakt, nicht mal aus meiner Heimat. (...) Ja ein neues Leben anfangen, ne. Nicht mehr zurückgehen in die Heimat. Und in die andere Stadt, wo ich jetzt gewohnt hab vor kurzem, da gehe ich auch nicht mehr zurück. Also neu aufbauen, alles. (...) Und Beschäftigung suchen, hm. Arbeiten.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 07:30)

„Ich hab jetzt auch vor, Ex... an Alkohol zu testen und sowas hab ich jetzt vor, Experiment? Wie nennt sich das? ... Exponade“ (TN3, EinzelPat3_T2, 29:35)

„(36:10) [I]: Aber Sie scheinen auch, also ich sag mal, durch seine Anwesenheit, irgendwie zumindest, Pläne zu schmieden.

(36:20) [P3]: Ja, ja, ja... vorher hatte ich noch gar kein Plan gehabt. Ich wollte ja zurück in Haft und so und seitdem bleibe ich jetzt hier. Weil ich die Therapie jetzt erst hier verstanden habe, wie es hier langläuft, ne.“ (TN3, Einzelpat3_T2)

2.a.b. Veränderte Einstellung zu Therapie und Sucht

„Aber [PSW] hat das so mir erklärt, ne, dass das überhaupt nichts mit anschießen zu tun hat, ne, dass ich mich selbst schützen, schützen, muss und weil ich Therapie machen möchte für mich, dann ist der, der mir die Drogen verkaufen will nicht mein Freund, den ich verrate, sondern einer der mich, mir schädigt, ne. Und das hat er mir ganz vernünftig in einem Gespräch, zwar ein sehr langes Gespräch, das ging über zwei Stunden, ne. Da hat er sich Zeit genommen und mit mir diese, das so, mit mir so unterhalten, dass ich am Ende gesagt hab „Ja, er hat Recht, ne. Da kann ich mitgehen, das kann ich auch mit mir verantworten“, und wenn ich das jetzt hier in der Klinik melde, oder wie auch immer, wenn ich das sage, dann hab ich kein schlechtes Gewissen, dass ich ein Anschießer bin, ne. Dann interpretiere ich das so, dass ich Verantwortung hab, ne, Kinder, Familie, was weiß ich, und dass es aus Eigenschutz ist halt, ne, und nichts mit Anschießen zu tun hat. Das war für mich so ein ganz wichtiges Erlebnis so, ne. Wo ich immer mit mir gehadert hab, und, ne, was eigentlich auch im Weg steht, in der Therapie, wenn man sich davon nicht richtig distanzieren kann, um eben halt nicht als Verräter dazustehen, ne. Und das war für mich absolut hilfreich, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„Nach dem Gespräch, es hat ja immer Folgen, ne. Es war ja nicht nur „Ich hab geredet und es geht mir gut“,

ich hab ja damit auch was erreicht, ne. Ich konnte mich von, vom Kreis lossagen, der mich damit, mit dieser Angst, ne, und hier „Du bist ein Anscheißer“, und so, ne, die mich damit gefangen hatten, sag ich mal so, ne, und mich so doll unter Druck gesetzt, aber so, das ist so ein zyklischer Druck so, doch schon eher.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 14:46)

„24:16 I: Also würden Sie sagen, Sie sind da jetzt quasi mit sich im Reinen?

24:22 P2: Genau. Genau so würde ich das sagen. Ja, ich bin mit mir im Reinen, ne. Ich zieh mir die Hose nicht an, ne. Und wenn mich einer als Anscheißer betitelt, kann ich sehr gut dagegen argumentieren, ne, hundert prozentig, ich kann meinen Standpunkt vertreten, ne. Denn ich hab keinen angeschissen, ne. Ich hab keinen verraten, nichts. Ich hab mich selbst vor einem geschützt, der mir was tun will, ne, der, dem ich total egal bin, ne. (...)“ (TN2, EinzelPat2_T2)

2.a.c. Wunsch der Patient*innen selbst Genesungsbegleiter*in zu werden

„Er will das wiedergeben, das was er bekommen hat. Von anderen Therapien, sage ich mal. Und das finde ich ist eine gute Einstellung, die er hat. Und das will ich auch dann tun. Das was er macht. Das zurückgeben. Es sind genug Leute draußen, die Hilfe brauchen.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 34:27)

„, (35:10) [I]: Also könnten Sie sich vorstellen selber in die Genesungsbegleitung zu gehen [Zustimmung von P3], eines Tages?

(35:14) [P3]: Ja, ja auf jeden Fall. Ja. Ich finde es gut, dass er sowas macht. Ich höre das erste Mal sowas. Dass, ... er ist Genesungsberater jetzt, ne [Zustimmung von I]. Wusste ich gar nicht, dass es sowas gibt.“ (TN3, EinzelPat3_T2)

2.b. Umgang mit Suchtdruck, Drogenerfahrungen und Rückfällen

„Ja, eigentlich ziemlich gut. Also ich hab ja ein Rückfall gehabt hier auch und habe da halt auch ein Gespräch mit ihm geführt. Zwecks Vorbeugung so, wie man das das nächste Mal [...] ja wie es nicht mehr dazu kommen könnte quasi. Was ich da machen könnte, ja.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 02:04)

„Ja, um mal zu wissen, wie sind seine Erfahrungen und wie er das geschafft hat, jetzt über so lange Zeit schon clean zu bleiben.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 04:18)

„Na wie er in manchen Situationen damit umgegangen ist, wenn er auch mal einen Rückfall hatte und ja, das war bei ihm ja auch nicht nur einer, irgendwie, und trotzdem hat er es jetzt endgültig, so scheint es zumindest, wenn ich ihm Glauben schenken kann, also, dass er ja jetzt sauber ist, also, obwohl er auch so viele Rückfälle hatte so. Ja es kann schon ganz hilfreich sein, sich anzuhören, wie es denn ist, wenn [unverständlich] doch funktioniert hat.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 15:55)

„Dass er sehr offen auch über seine, sein Leben erzählt hat, ohne das zu beschönigen oder (...) sich dafür zu schämen oder so, will ich das mal so sagen, ne. Das ist ja auch nicht so jedermanns Sache, das so zu erzählen, und heroinabhängig, das ist ja schon (...), ist ja schon ne Abhängigkeit, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„Er hat ganz offen auch über seine Beziehung geredet, über seinen Lebenslauf, das völlig unbeschönigt, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 13:24)

„Naja er hat sich ja vorgestellt und ich habe ihn auch gefragt, wie er es geschafft hat, auch mit Suchtdruck umzugehen [unverständlich]. Ja, dann haben wir über Krankheiten gesprochen - über Hepatitis - weil er das ja auch hat, so wie ich. Und, ja (...) darüber haben wir uns hauptsächlich unterhalten. Wie er es geschafft hat, von Tessin aus, weil wir kennen uns aus Tessin auch her, wie er es geschafft hat, so vor 10 Jahren, ne, [unverständlich]. Denn Gruppe, Selbsthilfegruppe, ja, ja (...). Der Anfang ist immer schwer, ne, den Weg zu finden erstmal, mit Suchtdruck umzugehen. Der hat sehr viel von sich so erzählt, hauptsächlich, ne, wie er das gemacht hat. Ja (...). Das tat mir auch sehr gut, ne, dieses Gespräch mit ihm, das ging anderthalb Stunden und ich habe ihm mehr zugehört. Er hat von sich aus geredet immer, ne. Ja (...). Was war noch

an Gesprächen (...) über Alkohol, dann Heroin, Kokain, dann natürlich Benzos und sowas, ne, opiatmäßig auch, das gleiche Problem, was ich hab. Ja (...). Ich weiß gar nicht, wo ich jetzt weitermachen sollte.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 00:44)

„Das war hauptsächlich, wie er es geschafft hat (.) von Drogen wegzukommen, mit Suchtdruck umzugehen, was er so gemacht hat, in der Zeit. Und (...) was halt noch, über, über Hepatitis haben wir geredet, natürlich, über den Virus (...). Dass er auch mehrere Entgiftungen hinter sich hat - die hab ich auch schon, dreimal und nie geschafft. Das ging hauptsächlich darum, mit Suchtdruck umzugehen. Was man machen kann, gegen den Suchtdruck.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 04:58)

„Da war das Gespräch noch zu wenig [wiederholt Satzanfang auf Nachfrage durch I], die anderthalb Stunden, da haben wir hauptsächlich über Sucht geredet und so.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 10:58)

2.c. guter Zugang durch eigene Erfahrungen des Genesungsbegleiters

„Ja , man [...] fühlt sich halt verstanden, also man spricht halt auch anders. Wie eben ja unter den Patienten hier auch. Das man untereinander halt sich anders unterhält, als wie mit Therapeuten zum Beispiel oder Fallkoordinator oder so, ja [...]“ (TN1, EinzelPat1_T2, 06:07)

„Ja (Räuspert sich). Ja und das er eben auch ein Betroffener ist, das ist, das ist glaub ich das, das Wichtigste, ne. Dass er in ganz vielen Punkten das auch verstanden hat, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„So ein Holz// hab ich so nen Flachmann versteckt, und im Kaninchenstall und so, ne. Und er wusste genau von was ich rede, ne. Der hat das auch nicht in Frage gestellt oder gesagt „Was erzählen Sie denn hier?“, ne. Der wusste das, ne. Er hat gesagt das hat er auch gemacht, so für schlechte Zeiten, ja genau, so ne. Ist ein Beispiel jetzt gewesen, ne. Und so war's wirklich, so ist es mit vielen Sachen gewesen. Wo sich ein Außenstehender sich das überhaupt nicht vorstellen kann, oder sich ein Bild machen konnte, wusste der genau, von was ich rede, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„Und wenn man dann noch einen Gesprächspartner hat, der einen, der auf einer Wellenlänge ist und das so versteht und, dann entwickelt sich langsam so ne Hilfe, ne. Und dann kommt auch ein Lerneffekt raus. So war es bei mir jedenfalls, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 12:45)

„Ja, es ist, es ist, ich glaub das ist auch, dass, (...) dieser unwahrscheinliche Vorteil, den [PSW] hat, ne. Den, den kann er sogar beschreiben, was gefühlsmäßig dann in einem vorgeht, dass wenn der Mensch mit einem redet, als wenn ein Psychologe mit einem redet, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 22:15)

„So der [PSW], der hat alles miterlebt, ne. Vom Knast, das Klischee-Anscheißen, und petzen und aufs Maul kriegen, und das ganze Programm, ne. Und er weiß auch, wie man sich da verhält, wie man sich wehren kann, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 23:21)

„Das ist nicht eben dieser Punkt, dass man dann nen besseren Draht hat, weil er Straftaten gemacht hat oder irgendwie so, ne. Darum geht's nicht, ne. (...) Das ist einfach nur diesen, diesen Weg, den er auch gegangen ist, den man fast parallel geht, dass er viele Situationen selbst kennt, weiß, wie man reagiert, darauf kommt's mir an, ne. Und davon zu profitieren, von seinen Erfahrungen, und wie er das gemeistert hat, ne (...).“ (TN2, EinzelPat2_T2, 38:30)

2.d. Kennenlernen

„Ja. Also, das ist so, wie ich das halt schon bei dem ersten Gespräch gesagt hab, empfand ich [PSW] als sehr offen, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 00:44)

„[PSW], der hat sich vorgestellt bei uns, ne. Er hat sich in der Reflektionsrunde kam er rein, hat sich vorgestellt, Genesungsbegleiter, hat so kurz auch erklärt, was so seine Aufgaben sind, und wie gesagt, ne, ich hatte, hatte sehr, auch grad zu dem Zeitpunkt, ne, absolut viel Gesprächsbedarf.“ (TN2, EinzelPat2_T2,

07:12)

„In der Gruppe, er hat sich ja vorgestellt vor uns zusammen. Auf der [Station] war das damals noch. Und dann kam ich auf die [andere Station], da hat er bei uns in der Gruppe mitgemacht. Eine Stunde. Stationsgruppe. Da hat er von sich auch erzählt (...). Paar Leute haben paar Fragen gehabt zu ihm (...) und. Dann, ja vorgestellt hat er sich erstmal und ja, hat auch in der Gruppe erzählt, was er erlebt hat, auch im Methadon-Programm von 24 Milligramm - Metha meine ich - runtergegangen ist, bis auf null nachher und Knasterfahrten hat er auch, (...) ja, sowie Einbrüche, glaube ich, waren auch dabei, glaube ich schon, dass ist das, was er mir erzählt hatte, ja (...). Über Alkohol hatte er auch gesprochen, weil bei uns war auch einer in der Gruppe, der zu Alkohol ziemlich viele Fragen hatte. Das zum Beispiel. Es gibt ja auch, wenn man Suchtdruck hat, also auch gute Erinnerungen, dass der Suchtdruck ausbricht, will man an das Gute glauben, ne. Man hat ja nicht aus Spaß Alkohol getrunken oder Drogen genommen, das löst ja auch was auf. Ja, (...). Er hat sich halt vorgestellt, als Genesungsbegleiter.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 02:50)

3. Unterschiede im Kontakt der Patient*innen mit Mitarbeiter*innen und dem PSW

„So das kriegt, kann kein Psychologe wissen, weil er noch nie in so ner Situation war, ne. Es sind nur ganz kleine Details manchmal, das sind nicht riesen große Dinger, so, ne. Das sind nur ganz kleine Details, das ist mir auch aufgefallen, ne. Ich hab da Nächte lang gegrübelt und (...) wenn ich gemerkt, das war nachher auch schon so, dass die Pflege total genervt war und so. Und keiner konnte mir das richtig erklären, ne. Und dann kommt der und sagt „Ja, das ist so“. (...)“ (TN2, EinzelPat2_T2, 27:30)

„Ganz oft, wenn das (...) einem Psychologe sagt so, „Nein!“ Und dann, wieso nein? Ich hab das, empfinde ich doch so, und ich fühl das doch so, da können Sie doch nicht einfach sagen nein, ne. Ich sag: „Ich hab Angst“, ne, da kann der Psychologe doch nicht sagen: „Nein, Sie haben keine Angst“. Ne (...). Auch ein Beispiel.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 29:10)

4. Wünsche bzgl. des PSW in der Klinik

„Ja, ich finde, vielleicht sollte er miteinbezogen werden, wenn die Alkohol- und Drogengruppen stattfinden, dass er da den Therapeuten, die das durchführen, da vielleicht ein bisschen zu Seite steht, irgendwie, und da mit Teil hat.“ (TN1, EinzelPat1_T2, 18:27)

„Wenn das mehr präsent wär, und viele, die gucken und hören, können sich überhaupt kein Bild machen die lehnen das ab. Ist viel so, was man nicht kennt, möchte ich nicht so, ne. // Und wenn das im Stationsalltag (..) mehr präsent wäre, dann würde sich das lockern so, ne, auch bei den anderen Patienten, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2, 42:38)

„44:33 I:Hmhm. Also Sie meinen da müsste irgendwie, oder es wäre wünschenswert zu schauen, dass man die Genesungsbegleitung irgendwie so ein bisschen mehr in den Alltag integriert. [Zustimmung] Also dass man so ein bisschen mehr...“

44:45 P2: Ja, genau. Und [PSW], der ist alleine, der kann sich ja nicht teilen, der kann ja nun nicht täglich, ne. (..) So wie die heute auch schon gesagt haben, die anderen Patienten, es ist eine Station, die nimmt das nicht so in Anspruch, aber die anderen umso mehr. Und wenn er zwischen Station pendelt, so zwischen unserer Station (Stationsbezeichnung) und (Stationsbezeichnung), ich glaub dann hätte er schon genug zu tun, ne (I lacht) Ja, ist wirklich so, ne.“ (TN2, EinzelPat2_T2)

„(28:50) [I]: Also Sie würden sich quasi wünschen, dass [PSW] Sie auch dann nach der Entlassung noch begleitet und berät?“

(28:55) [P3]: Ja, auf jeden Fall. Ja, das wär mein Wunsch auf jeden Fall, ne. Damit ich nicht schon wieder rückfällig werde oder Straftaten dann begehe, weil ich rückfällig geworden bin und den Scheiß wieder brauche. Das will ich nicht.“ (TN3, EinzelPat3_T2)

“Und ich will das echt hoffen, dass er [PSW] mich dann weiterhin begleiten würde, auch wenn ich nicht mehr hier im Haus sein sollte hier irgendwann, auch wenn ich entlassen werden sollte, dass er dann trotzdem

noch da ist, draußen, wo man einen Ansprechpartner hat, den man ansprechen kann oder Notfalltelefon zum Beispiel, wo man anrufen könnte. Das wollte ich Ihnen auch noch mal fragen, wenn es soweit sein soll, wie ich entlassen werde, ob sowas gehen würde. Falls ich doch einen Rückfall bauen sollte oder kurz davor bin oder so, dass ich dann jemand anrufen kann und das schildern kann, was ich machen soll jetzt (...) das wäre schon nicht schlecht, wenn so was gehen würde. Darüber wollte ich eigentlich noch sprechen, ob das auch so weit geht. (...) Notfallnummer.“ (TN3, EinzelPat3_T2, 30:17)

Fokusgruppen Mitarbeiter*innen

Themen Name	Beschreibung	Beispiel/Erklärung	Gegenbeispiel
1. Aufgaben und Rollen des PSW	<i>Oberthema.</i> Aufgabenbereiche und Rollen des PSW, Tätigkeiten des PSW mit den Patient*innen und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen.		
1.a. PSW als Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen	Der Genesungsbegleiter als übersetzende Funktion, um mehr Verständnis bei den Mitarbeiter*innen für die Patient*innen zu erzeugen.	„mein Kontakt mit (PSW) sieht insofern, also, sieht so aus, dass ich schon ab und zu auf ihn zugegangen bin und ihn insbesondere Sachen gefragt habe, die ich bei Patienten nicht verstanden habe.“ (02:58) (TN7, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet die übersetzende Funktion des Genesungsbegleiters, um mehr Verständnis bei den Mitarbeiter*innen für die Emotionen und Sorgen der Patient*innen zu erzeugen. Beinhaltet keine übersetzende Funktion für Sprachen, die die Mitarbeiter*innen nicht verstehen.
1.b. Tätigkeiten und Gespräche des PSW mit Patient*innen	Aktivitäten, die der Genesungsbegleiter mit den Patient*innen unternimmt und Gespräche, die der Genesungsbegleiter mit den Patient*innen in der Klinik für forensische Psychiatrie führt.	„Hat Gespräche mit Patienten geführt, (...) hat so eine kleine Backaktion gestartet, um den Kontakt zu Patienten zu finden (...).“ (03:42) (TN1, FoGruMA2_T2)	Beinhaltet lediglich Aktivitäten und Gespräche zwischen Genesungsbegleiter und Patient*innen innerhalb der Klinik. Beinhaltet keine außerklinische Kommunikation oder Tätigkeiten.
1.c. Übernahme von Mitarbeiter*innen aufgaben	Unterstützung, die der Genesungsbegleiter den Mitarbeiter*innen leistet und beispielsweise Tätigkeiten der Mitarbeiter*innen mit Patient*innen übernimmt.	„Tja. Also was mir positiv zumindest auffällt ist, dass er, also, wir hatten ja streckenweise wirklich eine ganz prekäre Personalsituation, ne. Da waren wir natürlich sehr, sehr froh, dass er Dinge quasi übernommen hat, im Sinne von Beschäftigung mal mit den Patienten, und sowas, ne, weil wir es nicht gekonnt hätten, ne. Und gerade mit Patienten mit (Patientenname) und (Patientenname) auf der Station ist sowas von entscheidender Bedeutung, dass sie halt irgendwas zu tun haben, ne. Und wenn wir nur ein oder zwei Mitarbeiter im Dienst sind, bleibt dafür keine Zeit und das war natürlich sehr, sehr	Beinhaltet das Übernehmen des Genesungsbegleiters von Aufgaben der Mitarbeiter*innen mit Patient*innen. Beinhaltet nicht das Übernehmen von Aufgaben im klinikfernen Bereich der Mitarbeiter*innen.

		schön, ne.“ (52:40) (TN11, FoGruMa1_T2)	
1.d. Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	Nicht vorhandene Kontaktpunkte bzw. Praxisschnittstellen zwischen Mitarbeiter*innen und dem Genesungsbegleiter.	„Aber das ringsum, bei den Kollegen in der Ergo und in der Sporttherapie, ist das überhaupt nicht präsent. Es mag sein, dass das in einem Protokoll steht, aber nicht in Person präsent.“ (12:20) (TN10, FoGruMa1_T2)	Beinhaltet fehlende Schnittstellen zwischen dem Personal und dem Genesungsbegleiter aufgrund fehlender Schnittpunkte ihrer Tätigkeiten in der Klinik. Beinhaltet nicht die bewusste Vermeidung des Personals gegenüber dem Genesungsbegleiter.
2. Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen	<i>Oberthema.</i> Bewertung des Kontaktes und des Umgangs zwischen dem Genesungsbegleiter und der Patient*innen seitens der Mitarbeiter*innen der Klinik für forensische Psychiatrie.		
2.a. Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW	Haltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter, die von den Mitarbeiter*innen wahrgenommen werden. Sowohl positive als auch kritische Haltungen eingeschlossen.		Beinhaltet lediglich die befürwortende oder ablehnende Haltung gegenüber dem Genesungsbegleiter und nicht die Art und Weise wie dessen Etablierung geschehen oder der Prozess erfolgt ist.
2.a.a. guter Zugang zum PSW	Patient*innen öffnen sich dem Genesungsbegleiter, aufgrund seiner eigenen Erfahrungen bzgl. seiner vergangenen Drogensucht und seiner erfolgreichen Abstinenz.	„die sind da auch recht offen, hab ich das Gefühl, die Patienten, und fühlen sich da auch verstanden von ihm, und.“ (16:10) (TN11, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet lediglich den erleichterten Zugang der Patient*innen zum Genesungsbegleiter, aufgrund von Parallelen in der Vergangenheit, seinem vergangenen Drogenkonsum und seiner darauffolgenden erfolgreichen Abstinenz. Beinhaltet nicht ausschließlich den erleichterten Zugang aufgrund von Sympathie gegenüber dem Genesungsbegleiter.
2.a.b. negative Einstellungen der Patient*innen gegenüber dem PSW	Vorbehalte, die Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und dem Konzept haben und welche von den Mitarbeitern wahrgenommen werden.	„Und auf der (Station Nummer) zumindest, war es noch so, dass sich glaube ich vereinzelt Patienten mal ein Gespräch mit ihm gesucht haben, aber die Mehrzahl der Patienten, aber es lag auch an der Patientenkonstellation, die ja jetzt auf Station (Nummer) ist, dass die	Beinhaltet lediglich Misstrauen und Skepsis gegenüber dem Genesungsbegleiter und nicht ein allgemeines Misstrauen gegenüber dem Klinikpersonal.

		[PSW], habe ich immer wieder gehört, eher als Maulwurf betrachten und da sehr, ich weiß nicht wie es jetzt ist, aber die Konstellation gab es ja damals auf der (Stationsnummer).“ (08:27) (TN 11, FoGruMA1_T2)	
2.b. Professioneller Arbeitsumgang	Professioneller Umgang des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen aus Sicht der Mitarbeiter*innen, ohne Grenzen zu überschreiten oder auf eine inadäquate Weise zu kommunizieren.	„Oder auch dieses „Nähe, Distanz“, das hat er auch ganz toll im Griff, ja.“ (31:43) (TN3, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet den professionellen Umgang des Genesungsbegleiters gegenüber den Patient*innen aus Sicht der Mitarbeiter*innen und keinen freundschaftlichen oder inadäquaten Umgang.
2.c. Wunsch der Patient*innen selbst PSW zu werden	Wunsch der Patient*innen später selbst als Genesungsbegleiter tätig zu werden.	„Genau, ne. Einige Patienten wollten sogar jetzt in seine Laufbahn gehen, also die wollten jetzt auch Genesungsberater werden, haben gesagt „Oh, das ist aber was Tolles. Vielleicht wäre das auch für mich später“ (32:44) (TN3, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet den Wunsch der Patient*innen selbst Genesungsbegleiter zu werden, aufgrund des Kennenlernens des Genesungsbegleiters. Dies beinhaltet nicht den Wunsch der Patient*innen nach den berufsunabhängigen Lebensumständen des Genesungsbegleiters.
3. Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen	<i>Oberthema.</i> Haltung der Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und welche Erfahrungen die Mitarbeiter*innen mit dem Genesungsbegleiter sammeln konnten.		
3.a. Bedenken zerstreut nach Kennenlernen des PSW	Anfängliche Sorgen und Zweifel, die sich nach dem Kontakt mit dem Genesungsbegleiter und dem Kennenlernen, erübrigt haben.	„Also ich hatte erheblich Bedenken, als es darum ging. Mein stärkster, meine stärksten Bedenken gingen ja in die Richtung, dass es keine klare Trennung gibt, dass er quasi zum Personal gehört und nicht zur Patientengemeinschaft. Also die Bedenken habe ich gar nicht mehr. Ich hab schon den Eindruck, dass er, dass es ganz klar ist, dass er zu unserer Seite gehört (lacht).“ (22:15) (TN7, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet Sorgen und Zweifel der Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter, die sich im Verlauf des Kontaktes erübrigt haben. Beinhaltet keine gegenwärtigen Zweifel, die Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter hegen.

3.b. gegenwärtige Skepsis gegenüber dem PSW	Vorhandene Skepsis und Sorgen, die Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter empfinden.	„Also so eine Weiterbildung zum Genesungsbegleiter würde ich auch begrüßen, weil man muss ehrlich sein, einige Mitarbeiter, sind sehr, stehen der Sache noch sehr skeptisch gegenüber.“ (27:44) (TN1, FoGruMA2_2)	Beinhaltet gegenwärtige Zweifel der Mitarbeiter*innen und nicht Zweifel, die sich nach dem Kennenlernen und dem Kontakt mit dem Genesungsbegleiter erübrigt haben.
4. Implementierung	<i>Oberthema.</i> Einschätzung des Ablaufes der Implementierung des Genesungsbegleiters und der darauffolgenden wahrgenommenen Veränderungen.		
4.a. Bewertung des Ablaufes	Einschätzung des Ablaufes der Implementierung des Genesungsbegleiters seitens des Personals der Klinik für Forensische Psychiatrie.	„Zustimmung, also ich würde den beiden zustimmen, also ich denke mal er ist mit guten Voraussetzungen, wenn man das wirklich hört, mit dem Büro, mit guten Voraussetzungen von Klinikseite gestartet ist und was sich daraus entwickelt, das wird sich im Laufe der Zeit zeigen und die Grundproblematik ist ja wirklich, das war ja jetzt wirklich eine sehr, sehr unruhige Zeit, also sprich mit Corona und Umzug.“ (25:00) (TN2, FoGruMA2_T2)	Beinhaltet die Bewertung des Ablaufes der Implementierung eines Genesungsbegleiters in der Klinik. Beinhaltet keine Wertung oder Einschätzung bezüglich seiner Person.
4.b. Veränderungen seit Implementierung	Wahrgenommene Änderungen und Neuerungen, die sich nach der Implementierung des Genesungsbegleiters, ergeben haben.	„Ansonsten, naja, ich würd sagen so insgesamt, zumindest, also auf der (Stationsnummer) war das anders, aber auf der (Stationsnummer) hab ich schon jetzt das Gefühl, es ist ein bisschen ruhiger dadurch, ne.“ (52:40) (TN11, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet wahrgenommene Änderungen und Neuerungen, die sich nach der Implementierung, gefestigt haben. Beinhaltet keine negativen Änderungen in Form von Verschlechterung der Beziehung zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen.
5. Offene Fragen	<i>Oberthema.</i> Fehlende Kenntnisse der Mitarbeiter*innen bzgl. Befugnisse, Aufgaben und		

	Ansprechpartner*innen des Genesungsbegleiters.		
5.a. Ansprechpartner*innen	Offene Fragen seitens des Klinikpersonals diesbezüglich wer als Ansprechpartner*in des Genesungsbegleiters fungiert.	„Also ich für meinen Teil muss da noch mal einhaken, von vorhin. [PSW] hat auch gesagt, dass er eigentlich nur direkten Kontakt zu Frau Professor hat und auch da quasi seinen Bericht abgibt. Insofern wunder ich mich, dass da irgendjemand noch zwischengeschaltet ist, wovon wir also bis jetzt nichts wussten.“ (09:58) (TN4, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet Kenntnislücken seitens der Mitarbeiter*innen bzgl. der zuständigen Ansprechpartner*innen für den Genesungsbegleiter und seiner Aufgabenbereiche. Beinhaltet keine Sorgen, dass keine Ansprechpartner*innen existieren.
5.b. Aufgaben	Offene Fragen seitens des Klinikpersonals bezüglich der Tätigkeitsbereiche und weiteren Aufgaben des Genesungsbegleiters.	„Das ist jetzt so, was ich ja vorhin auch sagte, zum Beispiel dass er jetzt auch bei uns mit dem Patienten dann jetzt gebacken hat oder so. Ja. Das, das, haben wir früher auf der (Stationsnummer) ja auch gemacht. Das hat er jetzt gemacht, weil er da ist, ja, okay, aber das es jetzt irgendwelchen Einfluss hätte, generell, kann ich nicht sagen, also. Ja, das ist, ich mein, wir haben ja auch noch zu tun uns erst mal zu finden und alles zu ordnen, und zu sehen, wie, wie meistern wir den, die täglichen Aufgaben, was die Aufnahme und Motivation betrifft.“ (54:10) (TN4, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet Kenntnislücken seitens der Mitarbeiter*innen bzgl. der Aufgaben und der Aufgabengrenzen des Genesungsbegleiters. Beinhaltet nicht die Unkenntnis, welche Tätigkeiten der Genesungsbegleiter in der Klinik mit den Patient*innen ausführt.
5.c. Befugnisse	Offene Fragen seitens des Klinikpersonals bezüglich der Berechtigungen auf Patientendaten oder Ähnliches des Genesungsbegleiters.	„Alles Mögliche! Also, sprich, von ausgestellten Medikationen, die auf dem Tisch stehen, bis hin zu sämtlichen schriftlichen Sachen, die irgendwo ausliegen, in Akten und so weiter, die nicht unmittelbar was mit den Patienten zu tun haben. Ich weiß nicht, ob er da uneingeschränkte Einsicht haben darf.“ (21:09) (TN4, FoGruMA1_T2)	Beinhaltet Kenntnislücken seitens der Mitarbeiter*innen bzgl. der Befugnisse des Genesungsbegleiters auf sensible Patientendaten. Beinhaltet nicht die Sorge, dass der Genesungsbegleiter diese für anderweitige Zwecke missbraucht.

1. Aufgaben und Rollen des PSW

1.a. PSW als Vermittler zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen

„Hat einen guten Kontakt, gibt uns auch immer nach seinen Gesprächen einen kleinen Abriss über alles, worüber gesprochen wurde, hat natürlich auch extrem gute Erfahrungen im Umgang mit diesem Klientel, sodass er also auch recht gut einschätzen kann, ob da einer verstrahlt ist oder nicht. Wo wir dann natürlich auch der Sache gleich nachgehen.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 19:12)

„mein Kontakt mit (PSW) sieht insofern, also, sieht so aus, dass ich schon ab und zu auf ihn zugegangen bin und ihn insbesondere Sachen gefragt habe, die ich bei Patienten nicht verstanden habe.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 02:58)

„kann ich jetzt für mich nur sagen, wie gesagt, ich hatte ja mal das Gespräch gesucht, weil ich etwas nicht nachvollziehen konnte und nicht verstehen konnte. Das hat er mir noch mal ganz gut erklärt aus der Sicht eines süchtigen Straffälligen, hat mich im, und, und, hat mich auch in einigen Vermutungen bestätigt. Das fand ich noch mal so ganz hilfreich, weil wir ja letztlich von den Aussagen der Patienten über die Jahre hinweg von den Erfahrungen leben, ne. Wie es denn, wie es denn in Haft ist, wo Sachen gehehlt werden zum Beispiel, ne. An wen man sich wendet und so weiter. Das, und das noch mal so eins zu eins bestätigt zu bekommen, das fand ich sehr hilfreich, also dass man da nicht aufm Holzweg ist.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 58:48)

„Das ist, da komm ich immer wieder so an meine Denkgrenze. Auf der einen Seite halt, also es gibt ganz viele Patienten, die vertrauen sich gerade in den Einzelgesprächen mit, mit Erfahrungen an, die sie sicher, mag ich auch glauben, anderen noch nie erzählt haben. Und auf der anderen Seite wird man aber, also nicht nur als Therapeut, sondern als ganzes Team zum Beispiel betrogen durch Regelverstöße, durch weiteren Konsum und so weiter. Und das war für mich immer so‘ne Sache, die hab ich nicht verstanden. Ja. Und das konnte er mir ganz gut erklären. Und von daher hat es dann wieder Einfluss auf das Verhältnis zum Patienten, dass ich einfach das besser verstehe.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 58:48)

„Und da hat noch mal so das, was man eben aus den Erfahrungen hat und natürlich auch aus der Literatur noch mal bestätigt, aber eben aus s e i n e n Erfahrungen heraus, die eben aus der Praxis kommen, ne. Und das, ich find das nimmt eben einfach auch Druck, ne. Also zu wissen, es gibt halt Abhängige, die brauchen mehrere Anläufe, es gibt einfach Abhängigkeiten mit anderen Straftätern, die schon ausm Knast (...), diese Abhängigkeiten gibt’s schon ausm Knast, es gibt halt bestimmte, bestimmte Möglichkeiten, wie einige unter Druck gesetzt werden um zum Beispiel Sachen zu verstecken, ne. Also das war mir eher so, also das, da dachte ich eigentlich, das sind so‘ne Vorstellungen ausm Film, ne. Aber das hat er dann auch noch mal bestätigt wie zum Beispiel Mitgefangene und natürlich auch Mitpatienten unter Druck gesetzt werden können, um zum Beispiel Dinge für die, für die Patienten, die schon in Haft ganz oben in der Hierarchie standen, auch hier zum Beispiel zu verstecken. Das fand ich immer ganz wertvoll. Das waren bisher immer nur Vermutungen, weil man’s häufig nicht herausbekommt.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 62:13)

„Also ich glaub er lässt auch keinen Zweifel dem Patienten gegenüber, dass er das auch mit uns bespricht und das scheint auch in Ordnung zu sein. Vielleicht ist es ihnen sogar manchmal lieber, das mit ihm zu besprechen, wohlwissend dass wir die Informationen bekommen. Aber dann müssen sie es vielleicht uns gegenüber nicht sagen.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 56:48)

„Und gerade in Krisensituationen ist das manchmal tatsächlich wertvoll, ne. Ja, vielleicht auch ein Stück weit, dass er dann, dass er dann auch für etwas mehr Verständnis dann appelliert, auch.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 57:24)

„Hmhm das stimmt aber. Ich hab auch mal ein Gespräch mit ihm gehabt, auch gerade über Drogen, und Konsum, und. Und auch diese, diese Wirkung der Entzugsproblematik, ne. Die man sich ja als jemand, den das noch nie betroffen hat, auch wirklich nicht vorstellen kann. Und, und das stimmt, da hat er ja ein großes Wissen und kann da ja auch aus Erfahrung sprechen. Und das fand ich auch sehr interessant, ja. Und ja, auch diese Sache, dass sie einen betrügen, weil sie’s müssen, ne. Und das erklärt er einem ja auch eigentlich sehr, sehr schlüssig dann, weil das auch in seiner Biographie so vorkommt, dass er wirklich aufgrund dieser, dieser Sucht und dieser Abhängigkeit und dieser Entzugssymptome halt auch in seinem privaten Leben ja

alles oder viel verloren hat, sage ich jetzt mal, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 60:58)

1.b. Tätigkeiten und Gespräche des PSW mit Patient*innen

„Zu den Patienten hat er im Moment ein ganz gutes Verhältnis, er nimmt also auch die Gespräche wahr, die Patienten melden sich auch doch, ja, in unregelmäßigen Abständen an. Hat auch schon, ja, wenn man das Gruppe bezeichnen möchte, kann man das ruhig, aber bisschen Backnachmittag oder Backvormittag mit denen gemacht, Kekse hergestellt, was sehr gut angenommen wurde. Ist dann auch verteilt worden, auch auf die andere Gruppe – er konnte nur mit einer Gruppe backen. Die haben dann aber auch bereitwillig gesagt „Ja, können die oben natürlich auch mit bekommen“ und genauso wird es beim nächsten Mal andersrum sein.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 10:20)

„Also vorher, das war hier im Praktikum, und er ist ja jetzt dauerhaft bei uns, und auf Station (Nummer) kann ich ja zunächst mal berichten, ne. Da ist er, hat er sich vorgestellt, in mindestens zwei Gruppenrunden, also einmal der Reflexionsrunde, einmal ist er auch bei ner Stationsgruppe mit dabei gewesen. Hat halt über sich und seine Arbeit gesprochen, die Patienten hatten dann die Möglichkeit, ihn anzumelden.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 06:03)

„Er verabredet sich zu Terminen mit ihnen oder wir tragen das ein, wenn die Patienten sich für ihn anmelden und ja, so läuft das.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 06:03)

„ich denke, er führt sehr gute, auch, auch intensive Gespräche mit den Patienten.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 16:10)

„Es ist auch so jetzt auf der (neue Station Nummer) merk ich das oft, er beruhigt diese Patienten auch so, ne. Er macht, hat auch so Ansätze, wie er unterhält sich während eines Spiels mit denen, ne. Oder er macht irgendwas in der Küche mit denen, ne, oder irgend sowas. Und das ist, da merken die das nicht mal, dass das jetzt eigentlich, jetzt ne Therapie wäre, weil es eben in einer ganz normalen Unterhaltung daherkommt.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 16:10)

„Hat Gespräche mit Patienten geführt, (...) hat so eine kleine Backaktion gestartet, um den Kontakt zu Patienten zu finden (...).“ (TN1, FoGruMA2_T2, 03:42)

1.c. Übernahme von Mitarbeiter*innenaufgaben

„Das ist jetzt so, was ich ja vorhin auch sagte, zum Beispiel dass er jetzt auch bei uns mit dem Patienten dann jetzt gebacken hat oder so. Ja. Das, das, haben wir früher auf der (Stationsnummer) ja auch gemacht. Das hat er jetzt gemacht, weil er da ist, ja, okay, aber das es jetzt irgendwelchen Einfluss hätte, generell, kann ich nicht sagen, also. Ja, das ist, ich mein, wir haben ja auch noch zu tun uns erst mal zu finden und alles zu ordnen, und zu sehen, wie, wie meistern wir den, die täglichen Aufgaben, was die Aufnahme und Motivation betrifft.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 54:10)

„Aber ich weiß, in der einen Situation ist es bei uns auch so gewesen, wir hatten den ersten Auf-, den ersten Ausgang mit einer Patientin, die ein paar Tage vorher eigentlich noch im KR [Krisenraum] gewesen ist und da hat er dann auch tatsächlich seine Hilfe angeboten, ne. Und ich wär nun derjenige gewesen, der mit (Patientenname) und hatte auch so ein bisschen meine Bauchschmerzen, weil wie gesagt, es war nun aber ihr Geburtstag, ein lang geplanter Ausgang mit einer geeigneten dritten Person, ne. Und da gab's dann ganz klare Festlegungen, wenn sie das so und so lange schafft, sich an die Regeln zu halten, wird dieser Ausgang stattfinden. Aber natürlich war's dann für alle Beteiligten „Ohje“, ne (lacht), und da fand ich das gut, dass er da dann auch mit Frau Professor [Name] besprochen, ob das, ob das möglich ist, dass er außer mir dann halt noch mitgeht. Das hätte er gemacht. Nun ist die geeignete dritte Person gekommen und wir mussten das nicht machen, aber ich find das eigentlich auch gut, dass er da so relativ flexibel dann auch ist, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 27:48)

„Tja. Also was mir positiv zumindest auffällt ist, dass er, also, wir hatten ja streckenweise wirklich eine ganz

prekäre Personalsituation, ne. Da waren wir natürlich sehr, sehr froh, dass er Dinge quasi übernommen hat, im Sinne von Beschäftigung mal mit den Patienten, und sowas, ne, weil wir es nicht gekonnt hätten, ne. Und gerade mit Patienten mit (Patientenname) und (Patientenname) auf der Station ist sowas von entscheidender Bedeutung, dass sie halt irgendwas zu tun haben, ne. Und wenn wir nur ein oder zwei Mitarbeiter im Dienst sind, bleibt dafür keine Zeit und das war natürlich sehr, sehr schön, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 52:40)

„Ich sag ja, das mit diesen Umsetzungen, das war beides, ne. Er hat uns tatsächlich geholfen über diese Zeit, und auf der anderen Seite hatte ich das Gefühl, er kommt vielleicht tatsächlich zu kurz, so.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 1:20:58)

1.d. Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen

„Aber das ringsum, bei den Kollegen in der Ergo und in der Sporttherapie, ist das überhaupt nicht präsent. Es mag sein, dass das in einem Protokoll steht, aber nicht in Person präsent.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 12:20)
„Ne. Also uns tangiert es nicht, wir haben überhaupt keine Schnittstellen.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 14:40)

„Ne, aber auch so über weitere Informationen. Ich sags jetzt mal so: Wir haben das vielleicht, oder höchstwahrscheinlich, gelesen, aber es interessiert uns minimal, weil wir keine Praxischnittstellen haben. Und das ist dann überflüssige Information, gleichzeitig, was ja die Krux an der Sache ist, haben wir uns zum Startzeitpunkt gefragt, ist er denn jetzt eigentlich da, ne. Also das ist so ein bisschen wie so ein – also was ist relevant, was ist nicht relevant? Dieser Filter ist unterwegs, ja.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 14:50)

„Wie gesagt, er ist für mich, im Endeffekt zu weit weg, also aus meiner [komplementärtherapeutischen] Sicht, da habe ich zu wenig Schnittpunkte.“ (TN2, FoGruMA2_T2, 15:17)

„Ich will mich dem eigentlich nur anschließen: wenig Berührungspunkte. Was aber, wenn ich so überlege, vielleicht auch mit der Hierarchie zu tun hat, dass er mit der Oberarzt-Ebene glaub ich wenig zu tun haben wird oder hat, und vielleicht auch dadurch. Also ich habe wenig Berührungspunkte bisher mit ihm, eigentlich gar keine, außer dass wir uns sehen und einen Guten Tag wünschen, aber ansonsten.“ (TN4, FoGruMA2_T2, 50:13)

2. Einschätzung des Kontaktes zwischen dem PSW und Patient*innen

2.a. Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW

2.a.a. guter Zugang zum PSW

„die sind da auch recht offen, hab ich das Gefühl, die Patienten, und fühlen sich da auch verstanden von ihm, und.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 16:10)

„Und er kann glaube ich so Dinge mit ihnen besprechen, die sie von uns nicht annehmen könnten, auf keinen Fall, ne. Da würden die mir nur: Du weißt doch gar nicht, worüber wir reden, ne. Du weißt ja nicht mal wie das ist, wenn man so abhängig ist, ne und so'n Suchtdruck hat. Und das geht, das ist bei ihm eben nicht so, ne. Er hat all das erlebt und kann das auch so kommunizieren und ich halte das durchaus für wertvoll für die Patienten.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 23:58)

„Und es ist ja auch tatsächlich so, dass er nen guten Draht hat zu diesen Patienten, ne. Und das wär auf jeden Fall ne zusätzliche, so'ne, na, wie soll ich das sagen, so'n, so ein Halt auch für sie gewesen, glaube ich, ne, um da nicht wieder ausm Ruder zu laufen und ich kannte sie kaum, ne. Das darf man nicht vergessen, also er hatte mittlerweile eigentlich schon mehr Kontakt fast als ich zu ihr, zu dem Zeitpunkt, ne. Ja.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 27:48)

„Also ich denke, der, die, es gibt mehr Informationen tatsächlich, ne. Dadurch, dass er auch n ganz gutes Verhältnis zu den Patienten hat, glaub ich, vertrauen sie ihm in manchen Punkten vielleicht eher als uns, das zu berichten, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 55:26)

„Und ich finde auch immer, die Patienten nehmen das von solchen Menschen, die selbst mal betroffen

waren, von ihren Erfahrungen erzählen, besser an als von uns, die ihr Wissen nur aus'm Buch haben oder aus dem Bauch raus. Also ich denke diese Leute kommen manchmal besser an, als wir, wenn wir Ratschläge geben.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 59:40)

2.a.b. negative Einstellung der Patient*innen gegenüber dem PSW

„Es gab Patienten, die haben sich da komplett verweigert.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 06:03)

„Und auf der (Station Nummer) zumindest, war es noch so, dass sich glaube ich vereinzelt Patienten mal ein Gespräch mit ihm gesucht haben, aber die Mehrzahl der Patienten, aber es lag auch an der Patientenkonstellation, die ja jetzt auf Station (Nummer) ist, dass die [PSW], habe ich immer wieder gehört, eher als Maulwurf betrachten und da sehr, ich weiß nicht wie es jetzt ist, aber die Konstellation gab es ja damals auf der (Stationsnummer).“ (TN11, FoGruMA1_T2, 08:27)

2.b. Professioneller Arbeitsumgang

„Oder auch dieses „Nähe, Distanz“, das hat er auch ganz toll im Griff, ja.“ (TN3, FoGruMA1_T2, 31:43)

„Wann immer er mit einem Patienten spricht, kommt er hinterher ins Stationszimmer und berichtet uns davon. Und ich denke, wenn wir jetzt über den Punkt Umgangsformen sprechen, also da gibt es gar nichts auszusetzen, das ist, das macht er wirklich sehr gut. Er hat sicherlich ne ganz andere Art und Weise mit den Patienten zu sprechen, als wir das jetzt zum Beispiel machen würden. Aber das ist ja auch denke ich gerade das Vorteilhafte daran.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 16:10)

„Naja die Kollegen Siezt er – äh, duzt er. Aber das ist ja auch die, die Sache der Kollegen sag ich jetzt mal, ne. (lacht) Aber die Patienten meiner Meinung nach, die Siezt er und ich hab da noch nie irgendwie das Gefühl gehabt, da stimmt was nicht, ne. Also von der Umgangsform ist alles in Ordnung.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 18:18)

2.c. Wunsch der Patient*innen selbst PSW zu werden

„Genau, ne. Einige Patienten wollten sogar jetzt in seine Laufbahn gehen, also die wollten jetzt auch Genesungsberater werden, haben gesagt „Oh, das ist aber was Tolles. Vielleicht wäre das auch für mich später“ (TN3, FoGruMA1_T2, 32:44)

„Also was ich noch sagen wollte, was ich so für einen ganz großen Vorteil bei ihm empfinde, das merke ich jetzt bei den Patienten auf der (Stationsnummer), aber noch – äh, auf der (korrigierte Stationsnummer), aber noch mehr auf der (erste Stationsnummer), diese Tatsache, dass er halt auch ein Betroffener ist und er da ja auch keinen Hehl draus macht, ne, also das ist ja so die erste Information, die die Patienten auch wirklich von ihm bekommen, dass er selber drogenabhängig gewesen ist, ne, das ist für die Patienten glaube ich auch so ein Stück weit ein Aha-Erlebnis: Es geht.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 23:58)

„Also auf der (Stationsnummer) hatten wir tatsächlich einen Patienten, der, der hat das jetzt sehr fest ins Auge gefasst und auch die Vorbereitung dahingehend getroffen. Aber das ist auch ein Patient, der tatsächlich geeignet ist, dafür.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 33:05)

3. Erfahrungen und Einstellung der Mitarbeiter*innen

3.a. Bedenken zerstreut nach Kennenlernen des PSW

„Genau. Na doch, ein bisschen schon. Insofern schon, die Arbeit mit den Patienten. Die sehe ich als sehr positiv bei ihm. Da hab ich eigentlich ne andere Meinung gehabt, weil ich einen Genesungsbegleiter schon gesehen hatte auf der (Station im Nachbarhaus). Und dort Kontakt zu ihm hatte.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 71:37)

„Also ich hatte erheblich Bedenken, als es darum ging. Mein stärkster, meine stärksten Bedenken gingen ja in die Richtung, dass es keine klare Trennung gibt, dass er quasi zum Personal gehört und nicht zur Patientengemeinschaft. Also die Bedenken habe ich gar nicht mehr. Ich hab schon den Eindruck, dass er, dass es ganz klar ist, dass er zu unserer Seite gehört (lacht).“ (TN7, FoGruMA1_T2, 22:15)

„Er, er ist ja, er ist ja deutlich kritischer als ich mir das vorgestellt damals habe. Und schwingt nicht so mit den Patienten mit, das war so meine Befürchtung.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 1:02:13)

„Da hatte ich zu Beginn erhebliche Bedenken, dass ist, dass der Genesungsbegleiter zu sehr mit den Patienten koalitiert und es da zu einer ungünstigen Dynamik kommt. Die Zweifel sind bei mir zerstreut, also, was, das was ich bisher erlebt habe, muss man natürlich weiter beobachten, aber ich denke, das muss man bei jedem Mitarbeiter beobachten, und ich persönlich,“ (TN7, FoGruMA1_T2, 1:13:20)

„Genau. Also mein, meine größten Bedenken waren tatsächlich, ob er die nötige Distanz zu den Patienten hat, und die sind zerstreut.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 1:13:20)

„Na ich hätte ihm tatsächlich, ganz ehrlich, am Anfang, also es ist ja, man hat ja zu Patienten, auch wenn man sie jetzt respektiert und mag und schätzt und so weiter, doch irgendwie ein relativ distanziertes Verhältnis sag ich mal, ne. Und ich glaube zu Beginn, ohne ihn zu kennen, wäre er genau da bei mir auch. Vielleicht nicht ganz, aber doch mit relativ viel Distanz, ne. Und ich denke, er hat mich jetzt persönlich mehr oder weniger doch davon überzeugt, dass man ihm da absolut vertrauen kann.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 1:08:28)

„Ja ich denke das ist so ein Gewöhnungsprozess. Erst hatten wir von den Mitarbeitern so etliche Gegner, aber ich habe den Eindruck, das ist schon ein bisschen abgeflaut.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 1:16:58)

„Ich habe ja schon gesagt, dass ich dem Mehrwert gegenüber skeptisch eingestellt bin. Vor allem in diesem Bereich der Psychiatrie. Aber ich merke, um Ihre Frage zu beantworten, dass meine Skepsis etwas aufgeweicht wurde... so in ersten Ansätzen.“ (TN4, FoGruMA2_T2, 1:11:25)

3.b. gegenwärtige Skepsis gegenüber dem PSW

„Bei uns ist das – wir sitzen ja sehr dicht mit ihm zusammen und sehr oft und das wird sehr, sehr gemischt aufgefasst von den Kollegen. Alleine dem Hintergrund geschuldet, den wir jetzt, ich weiß gar nicht woher das kam. Auf jeden Fall erfahren wir, dass er irgendwie seit drei Jahren erst clean ist. Ob das jetzt stimmt, wissen wir nicht genau. Es erscheint uns doch sehr, sehr kurz.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 18:38)

„Dadurch dass wir dann wirklich dann auch Mahlzeiten oft mit ihm zusammen einnehmen, und und und. Ja. Man unterhält sich natürlich in der, in den Pausen über Privates und nicht über Dienstliches, ne. Und insofern bei einem, wenn es denn stimmt, der drei Jahre erst clean ist, keine Ahnung, was der mit den ganzen Informationen macht, ne. Und letzten Endes, (lacht), ihn ausgrenzen geht auch nicht. Er sitzt ja nun mal da.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 20:16)

„Also ich vertrau ihm natürlich auch, dass er nicht auf Seiten der Patienten steht, wobei mein Vertrauen sich aber auch in Grenzen hält, was, ja, was im Prinzip seinen jetzigen Stand betrifft. Also inwieweit ist er wirklich schon gefestigt, was ist dran an dem Gerücht, dass er seit drei Jahren erst clean sein soll.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 1:09:44)

„Also so eine Weiterbildung zum Genesungsbegleiter würde ich auch begrüßen, weil man muss ehrlich sein, einige Mitarbeiter, sind sehr, stehen der Sache noch sehr skeptisch gegenüber.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 27:44)

„Also so geht es mir auch. Hab auch immer noch Vorbehalte, find ich, vielleicht bringt das dann die Erfahrung, wenn man wirklich längere Zeit mit so einem Menschen zusammenarbeitet, sag ich mal, aber erstmal ja, sind da noch gewisse Skepsis da.“ (TN3, FoGruMA2_T2, 1:02:46)

„Ich mein, so sollte es sein. Die besten Bedingungen zu schaffen, damit er wieder ein normales Leben führen kann, ja ja, das ist schon richtig, aber irgendwie hat man da trotzdem immer (...), also wenn ich direkt mit jemandem zusammenarbeiten müsste, wo ich wie gesagt die Akte kenn und weiß, was da vorgefallen ist, dann hätte ich glaub ich schon Probleme. Weil, da musst du selber jetzt Vertrauen aufzubauen...“ (TN3, FoGruMA2_T2, 1:03:48)

„1:04:52 [I]:Ja - Ich kann mir vorstellen, dass das merkwürdig ist, wenn man sich das erste Mal wieder gegenübersteht. Wenn Sie jetzt an Ihre Kollegen mal denken, haben Sie da den Eindruck, dass sich die Einstellung gegenüber diesem Genesungsbegleitungskonzept verändert hat, seit [PSW] hier angefangen hat? 1:05:15 [MA3]:Ne bei uns nicht, Vorbehalte, also alle noch sehr vorsichtig.“ (TN3, FoGruMA2_T2)

„Ja, was ich da auch noch mal sagen muss, ist, dass man da doch noch aufpassen muss, dass man da nicht auf den Zug mit aufspringt. Da gibt es doch den ein oder anderen Kollegen, der sagt: „sowas wollen wir nicht“ und so. Na ja die Ängste, die halt da noch so mitspielen. Dass man sich eben auch untereinander ein bisschen unterhält und kommuniziert.“ (TN3, FoGruMA2_T2, 1:09:06)

„ich bin aber eher ja skeptisch gegenüber, nur dass sie es wissen, was den Mehrwert angeht, den das bringt. Es gibt viele Selbsthilfegruppen von Patienten, es gibt Selbsthilfegruppen von Angehörigen, es gibt ähnliche Mechanismen eigentlich, und jetzt ... Ich will aber auch nicht sagen, dass ich das ablehne, ich sehe dies nur etwas kritischer und das war auch ein Grund mit, warum ich mich gemeldet habe.“ (TN4, FoGruMA2_T2, 08:58)

„Na ja auch unsere Mitarbeiter Befürchtungen, die da vielleicht auch ein bisschen mit unterschwellig mitschwingen, die ich manchmal so gehört habe – jetzt in letzter Zeit nicht - aber die dann gesagt haben „nein, nimmt der mir denn jetzt einen Teil meiner therapeutischen Arbeit weg oder ab.“ (TN5, FoGruMA2_T2, 1:14:01)

4. Implementierung

4.a. Bewertung des Ablaufs

„Er, der [PSW], kam ja, als wir noch auf Station (Nummer) waren. Und da hatte er einen Plan, mit Gruppen, also ich glaube da stand (Bezeichnung Gruppenrunde) drauf, die es aber auf der (Stationsnummer) gar nicht gab. Das war ein sehr ungünstiger Start für ihn, weil er also zu einem Zeitpunkt kam, wo gar keine Gruppe angesetzt war. Wir haben dann, wir haben dann ne praktikable Lösung gefunden, aber das war einfach nicht günstig für ihn.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 07:15)

„Ja, ich denke aber, die Einführung von [PSW], und das ist ja schon ne große Sache, die ist einfach auch, da sind einfach auch Informationen untergegangen aufgrund der ganz vielen anderen Neuerungen. Das war so ein Projekt, was irgendwie auch noch zusätzlich dazu kam und nebenher lief, und das waren denke ich auch teilweise ungünstige Startbedingungen für ihn, die er selbst regeln musste.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 22:15)

„Wir haben, ich persönlich auch, es irgendwie kaum gemerkt, dass er dann, also, diesen Startmoment, ne, von vor drei Monaten. Wir wussten aus der Praktikumsphase heraus, dass er dann ja irgendwann kommen wird, und dann ging das immer so ein bisschen: Ist es denn jetzt schon so weit, oder ist er denn jetzt eigentlich schon da oder wann war denn das genau oder so, ne.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 12:20)

„Das hab ich auch so empfunden. Also es war (räuspert sich), er, er war da, er war immer da und hat sich wirklich alle Mühe geben, in diese, in diese Prozesse mit rein zu kommen, aber er war einfach auch – ich hab das an mir auch viel gemerkt, ich hab so viel, so viel zu tun, dass ich manchmal gedacht hab „Ach Gott, ja, ne, aber nu hör mal kurz zu ne“. Also er ist, wirklich, er ist in dieses Wuhling so richtig reingeschlittert und, was, was wir alle ja nun hatten in dieser Zeit, das hab ich auch so empfunden, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 23:22)

„Zustimmung, also ich würde den beiden zustimmen, also ich denke mal er ist mit guten Voraussetzungen, wenn man das wirklich hört, mit dem Büro, mit guten Voraussetzungen von Klinikseite gestartet ist und was

sich daraus entwickelt, das wird sich im Laufe der Zeit zeigen und die Grundproblematik ist ja wirklich, das war ja jetzt wirklich eine sehr, sehr unruhige Zeit, also sprich mit Corona und Umzug.“ (TN2, FoGruMA2_T2, 25:00)

„Aus meiner Sicht hätte das etwas intensiver sein können. Kann aber auch zum Teil an mir liegen. Ich habe gewusst, dass er kommt, ich habe gewusst, dass es mit einem Projekt begleitet werden soll, aber als der junge Mann dann durch das Haus ging, habe ich mich gefragt, wer ist das eigentlich?“ (TN4, FoGruMA2_T2, 08:58)

„Also ich würde nach wie vor sagen, also die Kritik, oder das was hier so deutlich wurde, also die fehlende Information ist auch erstens der Coronazeit geschuldet und zweitens der Zeit geschuldet, dass wir uns genau in dem Umzug befanden. Und genau in dieser Phase ist er ja reingekommen, also das ganze Haus wurde umstrukturiert und er jetzt auch mit dazu, neu als neuer Baustein und dadurch ist das glaube ich auch bisschen mit untergegangen. Aber eigentlich ist die Einführung aus meiner Sicht gut gelaufen. Er ist, es ist bekannt gegeben worden, von der Chefin auch, in den Chefbesprechungen ist es durchgestellt worden, für die Mitarbeiter, er ist rumgeführt worden, vielleicht ist da, aber da wiederhole ich mich, inhaltlich noch zu wenig das vermittelt worden“ (TN4, FoGruMA2_T2, 20:55)

„Ich hatte ja nur das Organisationstechnische mit der Einführung. Ich denke, wir haben das ganz gut gemacht. Wir haben [PSW] ja auch durch alle Stationen laufen lassen, sodass er Hauskenntnisse bekommt, auch gerade was die Betriebsabläufe betrifft. Ich denke als Basis ist das völlig ausreichend. Vertieft werden müsste es allerdings - es gibt da so ein paar Details, da merke ich, wenn er Fragen stellt, dass ihm noch nicht alles 100 prozentig klar ist. Aber das sehe ich nicht als ungewöhnlich. Alle unsere Mitarbeiter, die neu angefangen haben, brauchen bestimmt erstmal locker 2-3 Jahre, um alles auch wirklich zu sehen und für einen, der nur temporär hier ist, ist das noch schwerer.“ (TN5, FoGruMA2_T2, 07:17)

4.b. Veränderungen seit Implementierung

„Ich sehe keine Veränderungen, ums mal ganz kurz (lacht)“ (TN7, FoGruMA1_T2, 54:05)

„Ansonsten, naja, ich würd sagen so insgesamt, zumindest, also auf der (Stationsnummer) war das anders, aber auf der (Stationsnummer) hab ich schon jetzt das Gefühl, es ist ein bisschen ruhiger dadurch, ne.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 52:40)

„Hmhm, genau, das mein ich auch. So diese Übergangsphase war das, war das tatsächlich oft hilfreich, ne, aber auf unseren persönlichen Tagesablauf, denke ich auch, hat das keinen erheblichen Einfluss, ne, also.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 54:55)

„Das Verhältnis, ich glaub wir haben zu unseren Patienten ein ganz gutes Verhältnis ehrlich gesagt. Und das war auf der (Stationsnummer) auch nicht anders, ich glaub nicht, dass sich da jetzt. Auch vorher schon ein gutes Verhältnis.“ (TN11, FoGruMA1_T2, 55:26)

5. Offene Fragen

5.a. Ansprechpartner*innen

„Also ich für meinen Teil muss da noch mal einhaken, von vorhin. [PSW] hat auch gesagt, dass er eigentlich nur direkten Kontakt zu Frau Professor hat und auch da quasi seinen Bericht abgibt. Insofern wunder ich mich, dass da irgendjemand noch zwischengeschaltet ist, wovon wir also bis jetzt nichts wussten.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 09:58)

„Also, das – mir war völlig unklar, dass (Name 2) und (Name 1) die Ansprechpartner sind.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 07:08)

„Also ich hab mich immer an Frau Professor gewandt und ich bin auch davon ausgegangen, dass das auch der Ansprechpartner für [PSW] ist, die Chefin. Und was ich auch, also, was mir nicht ganz klar ist, warum

(Name 1) die Ansprechpartnerin ist. Die ist ja keine (ehemalige Position) mehr, sondern ist nur noch für (aktuelle Position) zuständig. Da hat sie also quasi nichts mehr mit ihm zu tun. Das find ich jetzt ungünstig.“ (TN7, FoGruMA1_T2, 07:15)

„Also diese Ansprechpartner ist schon ne wichtige Frage, denke ich schon, ne. Also wenn's da wirklich gibt, außer Frau Professor [Name], denke ich ist das schon von Interesse für uns alle, ne, das wir das eventuell mal“ (TN11, FoGruMA1_T2, 1:22:30)

„Mein Hauptpunkt ist immer, warum ich auch, das merke ich, die Kontrolle, was macht er da eigentlich wirklich, wer kontrolliert ihn da eigentlich, was da gesprochen wird, ist da jemand dabei, macht er das alleine, wer hinterfragt das Ganze?“ (TN4, FoGruMA2_T2, 1:14:39)

5.b. Aufgaben

„Was sind denn seine Aufgaben konkret? Also ich glaube, [PSW] hat für sich selbst ne gute, klare Vorstellung, was er alles könnte, was er gerne machen würde, [Zustimmung von anderer Person] wie er es umsetzen kann und versucht auch den Weg zu finden, ne, selbstständig und so. Braucht immer so ein bisschen Zeit, aber ist denn mittlerweile eigentlich ganz klar von Klinikseite aus gesagt worden: „Das und das ist deine Aufgabe!“? Also entweder, kann sein, ich hab diese Info verpasst, es wirkte für mich am Ende immer noch so ein bisschen wie „Wir müssen mal noch schauen. Da vielleicht ein bisschen da, und ein bisschen da, und das wäre noch möglich...“ und vielleicht sind ein, zwei Sachen konkreter benannt worden offiziell.“ (TN10, FoGruMA1_T2, 26:43)

„Und meine Frage ist, hat er überhaupt von der Klinik her so ein Konzept? Er macht viel so alleine, führt da ein Gespräch, macht eine Backaktion Kontakt zu bekommen, das beruht aber alles auf Eigeninitiative. Meine Frage ist, besteht auch ein Konzept von Seiten der Klinik? (...) So, das ist meine Frage.“ (TN1, FoGruMA2_T2, 45:45)

„Ne. Die Frage ist für mich, ich war ja schon bei dem 1.Mal mit dabei, bei der Fokusgruppe, das war ... wir haben uns doch damals auch gefragt: Wo ist er überhaupt angegliedert. Das hört man jetzt schon aus diesen ganzen Geschichten, die aufflocken, für mich ist das so, seitdem er da ist, ich habe ja gar keinen Berührungspunkt mit ihm, die Einführung war eine ähnliche Geschichte, er wurde einmal vorgestellt und dann, sage ich mal, war es in der Ergotherapie, beispielsweise so, dass er in jeden einzelnen Bereich einmal durchgeführt wurde, man mal ein kurzes Wort gewechselt, also man kennt ihn ja schon, aber man hat absolut keinen Berührungspunkt und wo ist er überhaupt angegliedert, dass er sich überhaupt irgendwo zugehörig ist, irgendwo versteckt.“ (TN2, FoGruMA2_T2, 15:17)

„Zur Information, räumlich und auch wie Sie sagten, aber da kommen wir vielleicht noch drauf, was eigentlich seine Aufgabe ist und in welchem Rhythmus das stattfindet und so weiter. Also meine große Frage wäre: Macht er diese Gespräche alleine oder sind die in Begleitung oder sowas? Das ist mir bis jetzt eigentlich noch nicht ganz klar.“ (TN4, FoGruMA2_T2, 08:58)

„Dass man vielleicht auch noch einmal so ein Zwischenfazit auch ziehen könnte, vielleicht auch wo Mitarbeiter denn in den einzelnen Gruppen sind und das wäre vielleicht auch ganz gut, um das auf Stationen auch anzusiedeln, wo Er auch mal selber sagen kann, was er fühlt und was er denkt und was so die Themenkreise sind, die er bearbeiten kann, sodass die Mitarbeiter denn auch mehr wissen, das ist ein Thema für ihn, das ist kein Thema für ihn. Denn das müssen wir ja trennen, dabei.“ (TN5, FoGruMA2_T2, 23:09)

5.c. Befugnisse

„Alles Mögliche! Also, sprich, von ausgestellten Medikationen, die auf dem Tisch stehen, bis hin zu sämtlichen schriftlichen Sachen, die irgendwo ausliegen, in Akten und so weiter, die nicht unmittelbar was mit den Patienten zu tun haben. Ich weiß nicht, ob er da uneingeschränkte Einsicht haben darf.“ (TN4, FoGruMA1_T2, 21:09)

„Auch der Austausch zwischen uns, zwischen ihm und der Pflege, anderen Mitarbeitern hier in der Klinik. Das ist auch so meine Frage und was oder inwieweit darf man sich auch austauschen, was darf man an Informationen weitergeben, was braucht er vielleicht auch an Informationen.“ (TN3, FoGruMA2_T2, 18:59)

Einzelinterview Genesungsbegleiter

Themen Name	Beschreibung	Beispiel/Erklärung	Gegenbeispiel
1. Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen	<i>Oberthema.</i> Umgang der Mitarbeiter*innen mit dem Genesungsbegleiter und Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit den Mitarbeiter*innen der Klinik für forensische Psychiatrie gemacht hat.		
1.a. positive Erfahrungen	Positive und offene Einstellung der Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter	„Ich hätte nicht gedacht, dass es so schnell geht, dass die Leute hier Vertrauen zu mir fassen. Ich habe aber auch in meinem Leben die Erfahrung gemacht, je offener ich mit meinem Leben umgehe, je mehr ich dazu stehe und je authentischer ich bin, dass die Leute auch damit etwas anfangen können. Ich habe von Anfang an, kein Geheimnis aus meinem Leben gemacht, hab genauso gesagt „Stellt Fragen, aber rechnet damit, ich beantworte sie auch alle, auch wenn es euch nicht gefällt, was ich da sag.“ Und viele sind da neugierig und so habe ich das Eis gebrochen.“ (09:24)	Beinhaltet lediglich positive Erfahrungen, die Mitarbeiter*innen innerhalb der Klinik für Forensische Psychiatrie, mit dem Genesungsbegleiter gemacht haben. Hier werden keine Erfahrungen thematisiert, die Mitarbeiter*innen mit dem Genesungsbegleiter, außerhalb der Klinik, gemacht haben.
1.b. negative Erfahrungen	Skepsis und Verschlussenheit der Mitarbeiter*innen, die der Genesungsbegleiter spürt bzw. gespürt hat.	„Ganz zu Anfang gab es ein einziges Problem, das besteht aber mittlerweile nicht mehr. Das war ein Arzt, von einer anderen Station, ein Oberarzt sogar, der komplett anti war, schon von vorne rein. Er kannte mich noch gar nicht, aber wusste schon, er hat gar kein Bock darauf. Das hat er mich von der ersten Sekunde an spüren lassen: Er ist der Oberarzt, ich bin irgendsoein dahergelaufener Arsch.“ (08:23)	Beinhaltet lediglich eine skeptische Grundhaltung der Mitarbeiter*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter und nicht schlechte Erfahrungen die Mitarbeiter*innen, außerhalb der Klinik für forensische Psychiatrie, mit dem Genesungsbegleiter gemacht haben.

<p>2. Erfahrungen mit Patient*innen</p>	<p><i>Oberthema.</i> Umgang des Genesungsbegleiters mit den Patient*innen der Klinik für Forensische Psychiatrie und Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter mit diesen gemacht hat.<i>Oberthema.</i></p>		
<p>2.a. positive Erfahrungen</p>	<p>Positive Erfahrungen, die der Genesungsbegleiter in Interaktion mit den Patient*innen gemacht hat.</p>	<p>„wenn ich mit denen spreche und die Patienten mitkriege, dass ich nichts aus dem Lehrbuch irgendetwas vorlese, sondern die Sachen, die Probleme die sie haben, ich selbst hatte und weiß von was ich spreche, in dem Moment ist das Eis gebrochen und das klappt wunderbar.“ (04:02)</p>	<p>Beinhaltet keine positiven Erfahrungen, die Patient*innen, außerhalb der Klinik für Forensische Psychiatrie, mit dem Genesungsbegleiter gemacht haben.</p>
<p>2.b. Einstellungsänderung</p>	<p>Veränderungen in der Einstellung des Genesungsbegleiters aufgrund seiner Ausbildung (Ex-In).</p>	<p>„Na ja, Änderungen in meiner Art sind hauptsächlich durch den Kurs und durch die Ausbildung entstanden. Also was ich da gelernt habe, da erfahren hab, durch die Gruppenarbeit, vom ich zum wir-Wissen, habe ich in vielen Positionen angefangen, umzudenken, was auch dazu beiträgt, dass ich hier nicht nach Straftaten unterscheide, sondern nach Patienten, wer mich braucht, der wird bedient, wer mich nicht braucht, dem kann ich nicht helfen. Aber ich unterscheide nicht, Patient A hat dies gemacht, Patient B hat das gemacht, geht für mich nicht. Früher habe ich das anders gemacht, aufgrund meiner Hafterfahrung, da gibt es Hierarchien. Stehen bestimmte Leute ganz unten, mach ich hier nicht, bewusst nicht,“ (14:32)</p>	<p>Beinhaltet keine Veränderungen in der Einstellung und Art des Genesungsbegleiters, die aufgrund von ausbildungsfernen Situationen oder Lebensumständen, entstanden sind.</p>

2.c. Verständnis durch eigene Erfahrungen	Verständnis des Genesungsbegleiters aufgrund seiner eigenen Erfahrung für die Drogen(-sucht) oder den Suchtdruck, mit denen Patient*innen in der Klinik für Forensische Psychiatrie kämpfen	„Wer versteht einen Süchtigen am besten? Jemand, der selber eine Sucht erfahren hat und jemand der selber süchtig ist. Und genau das ist, was ein Genesungsbegleiter macht. Ich verstehe die Patienten auf der Ebene, auf der sie selbst sind. Dadurch, dass ich mein Leben seit einer längeren Zeit auf der Reihe habe und wirklich clean bin, abstinenter lebe, sagen wir es mal so, habe ich einen ganz anderen Zugang, und dadurch jetzt das Leben lebe, was die Mitarbeiter eigentlich schon ihr ganzes Leben lang leben, auf einer nicht süchtigen Seite, kenne ich beide Seiten vom Leben.“ (31:50)	Beinhaltet lediglich das Verständnis des Genesungsbegleiters, das sich auf Themen wie Drogenkonsum, Suchtdruck und Bekämpfung von Sucht bezieht. Beinhaltet kein Verständnis oder Befürwortung für illegale Tätigkeiten der Patient*innen in der Klinik, wie weiteren Drogenkonsum.
2.d. negative Erfahrungen	Skeptische und verschlossene Haltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter	„Ne, die Schwierigkeiten die ich mit Patienten habe, sind die Patienten, die zumeist alles ablehnen. Beispiel da ist gerade jemand gewesen, der ist total blöd auf mich zu sprechen, von Anfang an, weil ich das verkörpere, was er nicht hinkriegt. Das habe ich ihm natürlich nicht auf die Nase gebunden, das habe ich so für mich akzeptiert. Und auch wo anders gemeldet, aber nicht bei ihm. Das passiert aber immer wieder, das finde ich auch nicht schlimm.“ (04:02)	Beinhaltet keine negativen Erfahrungen, die Patient*innen, außerhalb der Klinik für forensische Psychiatrie, mit dem Genesungsbegleiter gemacht haben. Beinhaltet u.a. Skepsis oder eine negative Grundhaltung der Patient*innen gegenüber dem Genesungsbegleiter.
3. Förderliche Faktoren	<i>Oberthema.</i> Förderliche Eigenschaften und Instanzen für die Tätigkeit als Genesungsbegleiter		
3.a. förderliche Charaktereigenschaften	Charaktereigenschaften des Genesungsbegleiters, die die Arbeit mit Mitarbeiter*innen und Patient*innen erleichtert.	„Also klar, meine Art, ich weiß was ich will, ich weiß ganz genau, was ich will, ich weiß genau wo meine Stärken sind, ich weiß	Beinhaltet keine förderlichen Charaktereigenschaften für die berufsfernen Lebensumstände des Genesungsbegleiters.

		<p>aber auch ganz genau wo meine Schwächen sind, ich bin authentisch, ehrlich und reflektiert, und ich gebe mir Mühe, Dinge zu erkennen, die aus dem Ruder laufen, und frag auch nach. Einfach nicht unter Kontrolle wiegen, sondern auch meinen Eindruck, den ich habe, der gleiche ist, den andere wahrnehmen, und wenn sich das in etwa die Waage hält, mache ich alles richtig. So für mich, das ist so die Messlatte für mich. Also ich frage oft nach, ist das so und so und habe ich das richtig verstanden oder habe ich das richtig erklärt oder was auch immer. So kriege ich das mit und damit kann ich etwas anfangen.“ (07:29)</p>	
3.b. Supervision	<p>Supervisionen, die mit dem Genesungsbegleiter geführt werden, in denen bspw. Schwierige Situationen mit Patient*innen besprochen werden.</p>	<p>„Habe ich nächsten Sonnabend, Supervision. Ich hatte schon Interventionen vorher und da sprechen wir aktiv Problematiken an, Umgang mit Patienten oder wenn es Themen sind, das gehen wir alles an, das finde ich sehr gut, und rein reflektier ich mich mit zwei anderen Genesungsbegleitern, die aktiv arbeiten, auch über die Arbeit, wie sie bestimmte Sachen sehen, wie sie mit Situationen umgehen und ja...“ (13:53)</p>	<p>Beinhaltet lediglich Supervisionen, die seinen Beruf und Situationen, während der Arbeit, thematisieren. Beinhaltet keine Supervisionen, die andere Lebensumstände des Genesungsbegleiters thematisieren.</p>
4. Rollen und Aufgaben des PSW	<p><i>Oberthema.</i> Aufgabenbereiche des Genesungsbegleiters in der Klinik für forensische Psychiatrie, sowie die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme seitens der Patient*innen und die</p>		

	eigene Bewertung seines Berufes.		
4.a. Evaluation seines Berufes	Erfüllung und Zufriedenheit, die der Genesungsbegleiter in seinem Beruf gefunden hat.	„Alleine zu wissen, dass da jemand ist, der eine Zeit lang süchtig war und es hinkriegt, und sein Wissen heute an andere weitergibt, das wäre für mich damals wertvoll gewesen. Das ist auch einer der Aspekte, warum ich das mache. Das ist eine schöne Aufgabe, wirklich.“ (37:05)	Beinhaltet lediglich die Bewertung und Zufriedenheit des Genesungsbegleiters, aufgrund seines neuen Lebensweges und seines Berufes. Beinhaltet keine negative Bewertung des Genesungsbegleiters bzgl. seines Berufes.
4.b. Kontaktmöglichkeiten	Möglichkeiten der Patient*innen, mit dem Genesungsbegleiter Kontakt aufzunehmen	„Der Patientenkontakt gestaltet sich im Alltag so, entweder werden Gespräche angemeldet über Station, ich laufe, aber auch im ganzen Haus rum, und spreche Patienten von alleine an und frage wie es geht, oder wenn ich Leute kenne, ich kenne Leute von draußen, aus der Haft, einen kenne ich aus Therapie, mit dem war ich zusammen auf Therapie, auf der letzten. Dann spricht sich das auch herum, das ist der und der und so und so, dann kommen die Leute auch von Alleine.“ (04:02)	Beinhaltet lediglich Kontaktmöglichkeiten der Patient*innen zum Genesungsbegleiter innerhalb der Klinik für Forensische Psychiatrie und keine Kontaktmöglichkeiten außerhalb der Klinik.
4.c. wechselseitiger Austausch und Informationsweitergabe	Schnittstellen des Genesungsbegleiters und der Mitarbeiter wie bspw. In Form von Weitergabe des PSW an wichtigen Informationen von Patient*innen an Mitarbeiter*innen.	„Andererseits kann ich auch all das was die Mitarbeiter für den Patienten wollen, den Patienten mitteilen. Das das kein Gegeneinander ist, sondern dass sie eigentlich das Beste für die Patienten wollen. Und das verstehen die meisten nicht, aber wenn ich das denen erkläre, dann verstehen die das irgendwie doch. Es funktioniert in beide Richtungen, nicht nur vom Patienten zum Mitarbeiter, sondern	Beinhaltet keinen wechselseitigen Informationsaustausch des Genesungsbegleiters mit den Mitarbeiter*innen über nicht relevante Einzelheiten der Patient*innen, der die Vertrauensbasis gefährden könnten.

		auch andersrum. Und das finde ich total schön.“ (05:58)	
5. Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft	Wünsche des Genesungsbegleiters in Bezug auf seinen Beruf in der Zukunft.	„Was ich mir am allermeisten wünsche? Das es zum festen Bestandteil wird, weil dadurch eine Möglichkeit zum Austausch geschaffen wird, die sonst nie stattfinden kann. Ein Mensch, der aus einem Land kommt und nicht meine Sprache spricht ist ohne Dolmetscher aufgeschmissen, außer er kann mit Händen und Füßen oder zeichnen, ansonsten kommt keine Kommunikation zustande. Obwohl hier alle gut geschult sind, sehr gut geschult nebenbei und viele Erfahrungen gemacht haben, und auch fachlich super kompetent sind, sind da trotzdem noch Dinge, die sie nicht erfassen können, weil sie sie nicht erlebt, sondern anders erfasst haben.“ (35:12)	

1. Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen

1.a. positive Erfahrungen

„die Mitarbeiter die auf ein „Sie“ bestanden haben, zu Anfang, als sie mich kennengelernt haben, ganz von alleine auf das „du“ übergegangen sind. Die meisten duzen mich auch generell, was ich sehr gut finde und die Lage entspannt für mich, das wäre zu den Mitarbeitern. Ergänzend vielleicht, wir sind ständig auf Augenhöhe.“ (02:06)

„Locker, nett, freundschaftlich, aber auch professionell.“ (03:12)

„Ich wurde mit offenen Armen empfangen und einige wurden vorbereitet auf mich, einige haben mich durch das Praktikum erlebt und wussten schon, wer ich bin, was ich bin und wer nicht, und ich stelle fest, dadurch dass ich so offen und authentisch bin, habe ich so gut wie keine Schwierigkeiten.“ (03:12)

„Ich hätte nicht gedacht, dass es so schnell geht, dass die Leute hier Vertrauen zu mir fassen. Ich habe aber auch in meinem Leben die Erfahrung gemacht, je offener ich mit meinem Leben umgehe, je mehr ich dazu stehe und je authentischer ich bin, dass die Leute auch damit etwas anfangen können. Ich habe von Anfang an kein Geheimnis aus meinem Leben gemacht, hab genauso gesagt „Stellt Fragen, aber rechnet damit, ich beantworte sie auch alle, auch wenn es euch nicht gefällt, was ich da sag.“ Und viele sind da neugierig und so habe ich das Eis gebrochen.“ (09:24)

„Ja, ja das gab es. Befürworter na klar, speziell von Stationen, die mich von den Praktika kannten, wussten auch wer ich war und haben auch kommuniziert so und so ist das, er ist jetzt in der Reflektionsrunde dabei, weil er das schon alles erlebt hat und die haben mich auch immer miteingebunden und so, im Grunde machen das Alle, außer vielleicht die Stationen, wo ich nicht so oft da war. Alle Mitarbeiter wissen was ich hier mache und erzählen das auch den Patienten weiter und lehnen mich hier nicht ab, sondern sehen das als Bereicherung, was ich hier mache.“ (21:34)

„ich habe damit gerechnet, dass ein Teil mich komplett ablehnt, ich habe damit gerechnet, dass ein Teil skeptisch ist, ich wusste, dass die Leute, die mich kennengelernt haben, die wussten wie man mit mir umgeht, ich sage mal, die wussten was auf sie zukommt. So und ich habe gedacht, dass wenn alle Stricke reißen, sind hoffentlich noch die da, die du schon kennst und vielleicht wird es dann irgendwie besser. Ich habe genau das Gegenteil erlebt, die, die da waren, waren auch nach wie vor da, und es waren mehr positiv eingestellt.“ (26:59)

„Im Gegenteil. Egal mit welchen Mitarbeitern ich spreche, wir begegnen uns alle auf Augenhöhe, selbst mit Ärzten, bei denen ich von Anfang gedacht habe, da gibt es so ein „Ich stehe hier, du stehst da“.“ (28:30)

1.b. negative Erfahrungen

„Ganz zu Anfang gab es ein einziges Problem, das besteht aber mittlerweile nicht mehr. Das war ein Arzt, von einer anderen Station, ein Oberarzt sogar, der komplett anti war, schon von vorne rein. Er kannte mich noch gar nicht, aber wusste schon, er hat gar kein Bock darauf. Das hat er mich von der ersten Sekunde an spüren lassen: Er ist der Oberarzt, ich bin irgendsoein dahergelaufener arsch.“ (08:23)

„Bin, um mich vorzustellen, im Team, schon eine dreiviertel Stunde vorher gekommen, um mich vorzustellen und besagter Oberarzt war nicht da. Der war auch zur Gruppe, als die anfang, nicht da. Der kam 10 Minuten zu spät und er hat sich da hingesetzt, er wusste an dem Tag, dass ich komme, das wurde mehrfach kommuniziert, sowohl persönlich, als auch per Email, oder per Telefonat, in Sitzungen, als ich vorgestellt wurde, war er ebenfalls dabei, also er wusste das, also von vorneherein stand schon diese Hürde, das nicht anzuerkennen, was ich mache, das habe ich erkannt, weil man kann keinem weniger Abneigung zeigen, als das man zu spät kommt, bei wichtigen Sachen, als Person, die einfach Respekt ausstrahlen soll, habe ich auch so erkannt, habe aber nicht wütend darauf reagiert.“ (16:40)

„Und dann saß er da im Stationszimmer alleine und hat mich zur Rede gestellt, was ich überhaupt will, und da habe ich halt gesagt „Schönen Tag, mein Name ist [PSW]“ habe nicht mit dem du angefangen, hab gesagt „Mein Name ist [PSW] ich bin Genesungsbegleiter, es war ausgemacht mich heute in der Gruppe vorzustellen, ich habe mich im Team bereits eine dreiviertel Stunde vorher für eine dreiviertel Stunde vorgestellt, Einblicke in mein Leben, was ich hier machen möchte, was ich getan habe, da waren Sie leider nicht da. Warum auch immer“, da hat er sich gleich angefangen zu rechtfertigen, er müsse hier gar nichts, er ist hier schließlich der Oberarzt. Da habe ich bemerkt okay er ist auf einer ganz anderen Ebene, da kommst du mit Vernunft nicht durch, habe gedacht bleib ruhig, mach es trotzdem mit Vernunft, und da habe ich gesagt, ich fände es schön, wenn er es zulassen würde, weil es ja seine Gruppe ist, habe an seine Autorität appelliert, dass es schön wäre, wenn ich mich in seiner Gruppe wenigstens vorstellen kann und auch die ein oder andere Rückmeldung zulassen würde. Worauf er hin sagte, ich darf mich zwar vorstellen, aber in der Gruppe gar nichts sagen, weil ich damit die Patienten blockier.“ (16:40)

„Ich habe trotzdem nochmal versucht mit ihm hinterher zu reden, keine Chance, mir wurde dann eh kommuniziert er ist nur noch so und so lange hier, und dann habe ich aufgegeben, mich darüber aufzuregen und es dabei belassen. Es gibt Menschen, bei denen versuche ich das erste, zweite, dritte Mal, aber wenn es nicht klappt, dann muss ich andere Wege finden“ (16:40)

„Klar gibt es immer noch einige, denen bin ich nach wie vor nicht grün, aber die lassen es nicht heraushängen, die reden mit mir das Nötigste, wenn ich irgendetwas wissen will, für die Arbeit, kriege ich auch ohne Sprechen, Auskünfte, aber mehr auch nicht. Das ist Arbeit und damit ist auch Schluss, das ist für mich auch in Ordnung.“ (26:59)

2. Erfahrungen mit Patient*innen

2.a. positive Erfahrungen

„wenn ich mit denen spreche und die Patienten mitkriegen, dass ich nichts aus dem Lehrbuch irgendetwas vorlese, sondern die Sachen, die Probleme, die sie haben, ich selbst hatte und weiß von was ich spreche, in dem Moment ist das Eis gebrochen und das klappt wunderbar.“ (04:02)

„Na klar gibt es die. Es gibt immer welche, die zugänglich sind, welche die suchen, nach Hilfe, mit denen sie reden können und sich freuen, wenn sie so einen haben, wie mich“ (20:19)

2.b. Einstellungsänderung

„Na ja, Änderungen in meiner Art sind hauptsächlich durch den Kurs und durch die Ausbildung entstanden. Also was ich da gelernt habe, da erfahren hab, durch die Gruppenarbeit, vom ich zum wir-Wissen, habe ich in vielen Positionen angefangen, umzudenken, was auch dazu beiträgt, dass ich hier nicht nach Straftaten unterscheide, sondern nach Patienten, wer mich braucht, der wird bedient, wer mich nicht braucht, dem kann ich nicht helfen. Aber ich unterscheide nicht, Patient A hat dies gemacht, Patient B hat das gemacht, geht für mich nicht. Früher habe ich das anders gemacht, aufgrund meiner Hafterfahrung, da gibt es Hierarchien. Stehen bestimmte Leute ganz unten, mach ich hier nicht, bewusst nicht,“ (14:32)

„Dieses Thema habe ich nie an mich herangelassen, durch ihr Vertrauen, habe ich angefangen umzudenken, die Sache neu zu bewerten und auch mal die andere Seite zu beleuchten, habe ich vorher nie zugelassen. Konnte ich dadurch, hat mir eine ganz andere Sichtweise verschafft, ganz anders mit Situationen umzugehen oder mit Menschen, die das eben betrifft, Empathie war schon vorher da, klar, aber jetzt auf einer anderen Ebene. Früher war das für mich so, Schutzverhalten, die müssen unbedingt geschützt werden, wie auch immer. Und heute ist das auch noch präsent, aber nicht mehr in der Form, sondern eher in die Richtung Hilfe, Unterstützung, Aufklärung. Empathie auf der Ebene, wie sie das brauchen, denn sie werden schon von alleine sagen, was sie wollen.“ (14:32)

2.c. Verständnis durch eigene Erfahrungen

„In jeglicher Hinsicht, egal ob Vertrauen oder Einzelheiten, die fühlen sich einfach verstanden und diese Lücke für mich auszufüllen ist schön, so kann ich den Patienten erzählen, dass ichs verstehe, weil ich es selbst erlebt habe, und an die Mitarbeiter weitergeben, an die Pfleger und sonst was, auch an Ärzten teils, Psychologen teilweise und Therapeuten.“ (04:02)

„Man kriegt es auch vom Verhalten mit, also ich kenn die Anzeichen, wenn jemand anfängt so zu machen und ihm fallen die Augen zu, weiß ich ganz genau, der hat entweder Opiate konsumiert oder irgendeine andere Form konsumiert, Codein zum Beispiel, das lässt auch gerne jucken. Und das sieht man einfach, solche Schweine erkennt man, weil man selber mal ein Schwein war. Und es ist etwas anderes, wenn ich durch Erfahrung von einem anderen gesehen werde, und das als Erfahrung abspeichere oder irgendwas im Buch les und es so abspeichere. Es ist ein riesiger Unterschied, ich habe das halt selbst erfahren und weiß wovon ich rede, daher weiß ich auch wohin ich gucken muss, weil ich mich selbst im Spiegel gesehen habe, wenn ich breit war und das gebe ich gerne weiter.“ (24:50)

„Dass die Patienten mitkriegen, dass ich nicht gegen, sondern mit ihnen arbeite und dass ich nach Kräften versuche, das Selbsterlebte weiterzutragen, dass jeder daraus was für sich ziehen kann, Parallelen ziehen kann, und sich verstanden fühlt, weil es das Wichtigste ist, dass ein Patient sich verstanden fühlt.“ (30:17)

„Wer versteht einen Süchtigen am besten? Jemand, der selber eine Sucht erfahren hat und jemand der selber süchtig ist. Und genau das ist, was ein Genesungsbegleiter macht. Ich verstehe die Patienten auf der Ebene, auf der sie selbst sind. Dadurch, dass ich mein Leben seit einer längeren Zeit auf der Reihe habe und wirklich clean bin, abstinent lebe, sagen wir es mal so, habe ich einen ganz anderen Zugang, und dadurch jetzt das Leben lebe, was die Mitarbeiter eigentlich schon ihr ganzes Leben lang leben, auf einer nicht süchtigen Seite,

kenne ich beide Seiten vom Leben.“ (31:50)

„Ja, ich bin empathisch, ob ich jemanden mag oder nicht, wenn ich Patienten, Leute sehe, die sind ja nicht umsonst hier. Klar sind einige, die machen Abbruch, einige die wollen nicht, aber selbst für die bin ich da, auch die wollen verstehen.“ (32:46)

„meistens ist es so, dass ich ganz genau weiß, was sie meinen, weil ich an den Stellen in Therapien selbst schon festgesteckt habe, wie solle ich jemandem erklären was Suchtdruck für mich ist, gerade. Ich weiß, weil ich schon oft welchen hatte oder heute teils noch habe, aber auch weiß, wie ich damit umgehen kann. Ich weiß, nicht nur wie es ist, sondern ich weiß auch, wie man das ändern kann und das ist für mich schön. Das wird auch angenommen, dankend angenommen, von den Patienten spezifisch.“ (33:27)

„ich kann mich in jedem Patienten hineinversetzen und weiß was man fühlt, wenn er sagt „mir geht gerade ein Schauer durch“ oder er ist dabei sich die Venen aufzuklopfen, ich kenne dieses Gefühl. Ich erlebe das in dem Moment einfach selber. Und dann weiß ich, okay so und so geht es ihm gerade und dann weiß ich auch wo er gerade steht und dann kann ich ihn auch ganz anders einschätzen. Ich bilde mir zumindest ein, dass ich ein gutes Verständnis habe, für die Leute, mit denen ich auch zu tun habe, und das was zu Anfang schwierig ist, da fallen beim ersten Gespräch schon komplett die Schranken, und das geht in Richtungen, die ich vorher nie erwartet habe, in punkto Offenbarung, auch von sich aus, einfach schön.“ (35:12)

2.d. negative Erfahrungen

„Ne, die Schwierigkeiten die ich mit Patienten habe, sind die Patienten, die zumeist alles ablehnen. Beispiel da ist gerade jemand gewesen, der ist total blöd auf mich zu sprechen, von Anfang an, weil ich das verkörpere, was er nicht hinkriegt. Das habe ich ihm natürlich nicht auf die Nase gebunden, das habe ich so für mich akzeptiert. Und auch wo anders gemeldet, aber nicht bei ihm. Das passiert aber immer wieder, das finde ich auch nicht schlimm.“ (04:02)

„dann gibt es Leute, die mich von vornerein ablehnen, dann gibt es Leute, die mich unsympathisch finden, warum auch immer. Mir ist aber auf der Straße auch nicht jeder grün, der mir über den Weg läuft, aus welchen Gründen auch immer – kann ich nicht wissen. Aber auf sowas bin ich vorbereitet und da besteh ich auch nicht auf irgendetwas, wenn mir jemand Signale gibt, das passt nicht, dann ist das so.“ (20:19)

3. Förderliche Faktoren

3.a. förderliche Charaktereigenschaften

„ich kann kommunizieren, das kann ich sehr gut, und ich kann da wirken, und kann anhand meiner Erfahrungen, das was ich erlebt habe, das sind 35 Jahre Erfahrung mit Drogen, insgesamt und Clean-Phasen, also das gesamte Spektrum, ist bei mir sofort im Kopf und das kann ich sofort abrufen, das ist einfach schön, dass ich was zurückgeben kann, was mir selbst geholfen hat, heute hier zu sitzen und damit zu arbeiten.“ (06:46)

„Also klar, meine Art, ich weiß was ich will, ich weiß ganz genau, was ich will, ich weiß genau wo meine Stärken sind, ich weiß aber auch ganz genau wo meine Schwächen sind, ich bin authentisch, ehrlich und reflektiert, und ich gebe mir Mühe, Dinge zu erkennen, die aus dem Ruder laufen, und frag auch nach. Einfach nicht unter Kontrolle wiegen, sondern auch meinen Eindruck, den ich habe, der gleiche ist, den andere wahrnehmen, und wenn sich das in etwa die Waage hält, mache ich alles richtig. So für mich, das ist so die Messlatte für mich. Also ich frage oft nach, ist das so und so und habe ich das richtig verstanden oder habe ich das richtig erklärt oder was auch immer. So kriege ich das mit und damit kann ich etwas anfangen.“ (07:29)

„Ja genau, noch eine Stärke. Kommunikation ist meins.“ (11:25)

„Hier ist ein Patient, den habe ich versucht zu motivieren, und ich habe ihm versprochen, ich nerve ihn solange, bis ich ihn motiviert habe, und auch wenn er mich mittlerweile sieht, lacht er schon, weil er genau

weiß, was ich will, die Antwort ist leider immer die gleiche, aber das macht nichts. Ich weiß, der wird wahrscheinlich immer Nein sagen, probiere es aber trotzdem weiter. Einfach nur, ich gebe wirklich nicht auf. Also hätte ich damals aufgegeben, wäre ich jetzt nicht clean und würde hier sitzen und ich gebe einfach nicht auf.“ (11:35)

„Dann hole ich mir Ratschläge von Bezugspflegern oder Bezugspflegerinnen oder versuche bei den Psychologen oder Ärzten, die mit ihm zu tun haben, nachzufragen, wie denn der Werdegang ist und welche Geschichte dahintersteht, manchmal ergibt sich dann auch was, wo ich nachhaken kann und oh Mensch, dann klappt es plötzlich doch. Also ich gebe nicht sofort auf. Niemals.“ (20:19)

3.b. Supervision

„Habe ich nächsten Sonnabend, Supervision. Ich hatte schon Intervisionen vorher und da sprechen wir aktiv Problematiken an, Umgang mit Patienten oder wenn es Themen sind, das gehen wir alles an, das finde ich sehr gut, und rein reflektier ich mich mit zwei anderen Genesungsbegleitern, die aktiv arbeiten, auch über die Arbeit, wie sie bestimmte Sachen sehen, wie sie mit Situationen umgehen und ja...“ (13:53)

4. Rollen und Aufgaben des PSW

4.a. Evaluation seines Berufes

„Ich hab ein Sinn im Leben, ich gehe gerne hier hin, arbeite hier gerne, nach wie vor und ich muss wenig überwinden, um herzukommen. Wenn ich eine Arbeit mache, die mir gefällt und wo ich auch Spaß daran habe, dann mache ich sie auch gut, das weiß ich. Und genau das ist hier der Fall.“ (09:24)

„So eine Gelegenheit wie diese, habe ich mein ganzes Leben lang nicht gehabt, so ein Umfeld wie es hier ist, so ein Klima wie es hier ist, arbeitsmäßig, patientenmäßig mal hintergestellt, die sind alle unterschiedlich, aber das trägt alles dazu bei, dass ich hier gerne herkomme und dann wird das auch gut, von ganz alleine und da ist mir auch das Geld ganz egal, das kommt auch von ganz alleine. Und in der Anfangszeit ist es nicht leicht, da schauen die erstmal, fragen wer ist es und so, da mache ich mir gar keine Illusionen. Alles gut.“ (13:07)

„Alleine zu wissen, dass da jemand ist, der eine Zeit lang süchtig war und es hinkriegt, und sein Wissen heute an andere weitergibt, das wäre für mich damals wertvoll gewesen. Das ist auch einer der Aspekte, warum ich das mache. Das ist eine schöne Aufgabe, wirklich.“ (37:05)

„Heute mache ich einfach und sehe anhand von Rückmeldungen von anderen, ob ich den Weg gerade gut mache und gut gehe. Richtig gehe ich ihn auf jeden Fall, ich habe mich entschieden den Weg so zu gehen und auch jetzt hat mein Weg noch Kurven, Täler, Berge, keine Ahnung, mal Schnee, mal bisschen Wasser, so ist das Leben und ich lasse mich durch nichts mehr aus der Bahn werfen, egal was passiert.“ (39:20)

4.b. Kontaktmöglichkeiten

„Der Patientenkontakt gestaltet sich im Alltag so, entweder werden Gespräche angemeldet über Station, ich laufe aber auch im ganzen Haus rum, und spreche Patienten von alleine an und frage wie es geht, oder wenn ich Leute kenne, ich kenne Leute von draußen, aus der Haft, einen kenne ich aus Therapie, mit dem war ich zusammen auf Therapie, auf der letzten. Dann spricht sich das auch herum, das ist der und der und so und so, dann kommen die Leute auch von Alleine.“ (04:02)

„es gibt auch Patienten, die davon hören, von mir und dann gezielt nachfragen und da ist bis jetzt auch kein Mitarbeiter gewesen, der das jetzt nicht weiterträgt, oder wie auch immer kommuniziert.“ (21:34)

4.c. wechselseitiger Austausch und Informationsweitergabe

„Ich werde gefragt, nach meiner Meinung, nach meinen Eindrücken, nach meiner Erfahrung, wie ist denn das gewesen oder wenn Sachen auftreten, die sich vielleicht nicht so erklären lassen, werde ich nach Rat gefragt, wie ist das denn. Ich werde eingebunden, komplett. Total schön.“ (02:06)

„Weil ich einfach mit den Worten von denen sprechen kann, auf der professionellen Ebene aber auch die Ebene der Patienten verstehe, weil ich die Zwischenstufe bin, so eine Art Übersetzer, so ein Dolmetscher.“ (04:02)

„Andererseits kann ich auch all das was die Mitarbeiter für den Patienten wollen, den Patienten mitteilen. Dass das kein Gegeneinander ist, sondern dass sie eigentlich das Beste für die Patienten wollen. Und das verstehen die meisten nicht, aber wenn ich das denen erkläre, dann verstehen die das irgendwie doch. Es funktioniert in beide Richtungen, nicht nur vom Patienten zum Mitarbeiter, sondern auch andersrum. Und das finde ich total schön.“ (05:58)

„Ich kann jederzeit zu jeder Station kommen, wenn Zeit ist, mit denen reden, mir Informationen zu einzelnen Patienten holen, ich gebe Rückmeldung über meine Gespräche, nicht über Einzelheiten, sondern über die Gesprächsthemen, wenn es brenzlich wird, dann natürlich über Einzelheiten.“ (21:34)

„Das sieht man – oder ich sehe das. Ich brauch da nicht lange gucken, ich hab da meine Zeichen, worauf ich achte, das ist auch kein Allheilmittel, natürlich entgehen mir auch Signale, klar, ich bin da nicht zu 100% Vollprofi, da gibt es immer ein paar, aber in der Regel kriege ich das mit. Ich erzähle das auch den Mitarbeitern, woran ich bestimmte Dinge erkenne und zum Glück hören die genau da zu und nehmen das auch an und probieren das aus.“ (23:50)

„Und ich bin zwar Profi, was Sucht betrifft, aber nicht Profi, was Mitarbeiter betrifft, ich bin so dazwischen, zwischen Patient und allem Anderen Mitarbeitern, die hier arbeiten. Das finde ich schön.“ (30:17)

5. Wünsche bzgl. des Berufes in der Zukunft

„Was ich mir am allermeisten wünsche? Das es zum festen Bestandteil wird, weil dadurch eine Möglichkeit zum Austausch geschaffen wird, die sonst nie stattfinden kann. Ein Mensch, der aus einem Land kommt und nicht meine Sprache spricht ist ohne Dolmetscher aufgeschmissen, außer er kann mit Händen und Füßen oder zeichnen, ansonsten kommt keine Kommunikation zustande. Obwohl hier alle gut geschult sind, sehr gut geschult nebenbei und viele Erfahrungen gemacht haben, und auch fachlich super kompetent sind, sind da trotzdem noch Dinge, die sie nicht erfassen können, weil sie sie nicht erlebt, sondern anders erfasst haben.“ (35:12)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen besonderen Dank nachstehenden Personen entgegenbringen, ohne deren Mithilfe und Unterstützung die Anfertigung dieser Dissertation niemals zustande gekommen wäre:

Mein besonderer Dank gilt zunächst Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, meiner Doktormutter und Direktorin, sowie Chefärztin der Klinik für Forensische Psychiatrie der Universitätsmedizin Rostock, für die hervorragende Betreuung und ihrer enormen Unterstützung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit. Die zahlreichen Gespräche auf intellektueller und persönlicher Ebene werden mir immer als bereichernder und konstruktiver Austausch in Erinnerung bleiben.

Außerdem möchte ich Frau Peggy Walde M.Sc. Psychologin meinen Dank aussprechen, die mich als Betreuerin im Rahmen der Dissertation stets mit Ratschlägen und Anregungen begleitet hat und mir bei jeder meiner Fragen dabei half, eine zufriedenstellende Antwort zu finden. Für dieses Engagement und Ihre Geduld bin ich sehr dankbar.

Tief verbunden und dankbar bin ich meinem Partner, Christopher Bröder. Für sein unermüdliches geduldiges Zuhören, seine Hilfe in Wort und Tat, für seine Rücksichtnahme und uneingeschränkten Aufmunterungen bin ich in aller Hinsicht dankbar. Dieser Beistand war mir immer sehr wichtig, vor allem aber im Verlauf dieser Dissertation.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt meinen Eltern, Ivonne und Georg Hadala, die mich von kleinauf bei all meinen Träumen und Wünschen unterstützt haben, mir geholfen haben, diesen Lebensweg zu realisieren und denen ich diese Arbeit widme. Für ihre unermüdliche Stärkung und Motivierung, sowie für das stets offene Ohr für meine Gedanken, bin ich zutiefst dankbar.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der angegebenen Hilfsmittel und Quellen angefertigt zu haben. Sämtliche Inhalte, die aus fremder Literatur entnommen wurden, wurden als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde bislang keiner anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt.

Rostock, 02.05.2023

Julia Hadala

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname/Nachname	Julia Hadala
Emailadresse	<u>julia.hadala@web.de</u>
Nationalität	Deutsch
Familienstand	Ledig

AUSBILDUNG

2005-2011	Katholische Grundschule St. Ursula, Berlin
2011-2017	Arndt Gymnasium Dahlem, Berlin, Abitur
Seit 2017	Studium Humanmedizin Universität Rostock
Herbst 2020	1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
Herbst 2023	2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung

PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN

09/2020-10/2020	Famulatur Urologie, Franziskus Krankenhaus Berlin
02/2021-03/2021	Famulatur Praxis für Allgemeinmedizin Dr.Lusch,Rostock
07/2021-08/2021	Famulatur Forensische Psychiatrie, Rostock
02/2022-03/2022	Famulatur Innere Medizin, Franziskus Krankenhaus Berlin
07/2022-08/2022	Famulatur Praxis für Urologie Dr. Lutze & Hill, Berlin
11/2023-10.03.2024	PJ Innere Terial, Universitätsmedizin Rostock, Abteilung Nephrologie und ZNA

