

# **Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie**

Chancen und Herausforderungen  
im Vorfeld der Implementierung von Genesungsbegleitung  
in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Inauguraldissertation zur  
Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin  
der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von

Caroline Benz, geb. am 25.10.1997 in Lahnstein

Rostock, 2024

Themenvergebende:

Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD MRCPsych DiplForPsych  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Universitätsmedizin Rostock

Gutachter:innen:

Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD MRCPsych DiplForPsych  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Universitätsmedizin Rostock

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

Dr. phil. Dipl.-Psych. Candelaria Mahlke  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Jahr der Einreichung: 2024

Jahr der Verteidigung: 2025

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund .....	5
2.1 Forensische Psychiatrie in Deutschland.....	5
2.2 Definitionen .....	6
2.2.1 Recovery .....	6
2.2.2 Genesungsbegleitung .....	7
2.3 Die Entstehung von Peer Support und Genesungsbegleitung in Deutschland.....	9
2.4 Effekte von Genesungsbegleitung auf Patient:innen in der Allgemeinpsychiatrie.	11
2.5 Effekte von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie .....	14
2.6 Effekte auf die Recovery der Genesungsbegleiter:innen.....	16
2.7 Erwähnung in Leitlinien.....	17
3 Methoden .....	18
3.1 Setting .....	18
3.2 Studiendesign.....	18
3.3 Datenerhebung .....	19
3.3.1 Umfrage .....	19
3.3.2 Einzelinterviews mit externen Personen.....	20
3.3.3 Fokusgruppen.....	21
3.3.4 Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock.....	22
3.4 Datenverarbeitung.....	22
3.5 Datenanalyse .....	23
3.6 Ethik.....	24
4 Ergebnisse .....	25
4.1 Umfrage .....	25
4.2 Interviews mit Einzelpersonen.....	25
4.2.1 Interviews mit externen Klinikleitungen.....	25
4.2.2 Interviews mit externen Genesungsbegleiter:innen .....	36
4.3 Fokusgruppen Mitarbeiter:innen.....	46
4.4 Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock.....	59

5 Diskussion.....	64
5.1 Schlussfolgerungen aus der Umfrage .....	64
5.2 Strategien zur Implementierung und rückblickende Bewertung.....	64
5.2.1 Vorbereitung .....	64
5.2.2 Rahmenbedingungen.....	65
5.2.3 Supervision und feste Ansprechpartner:innen .....	65
5.2.4 Expertise aus Erfahrung .....	66
5.2.5 Begriff der Professionalität und der Rollenkonflikt.....	67
5.3 Aufgaben und Einsatzgebiete.....	69
5.4 Positive Erfahrungen der externen Klinikleitungen und Genesungsbegleiter:innen	71
5.5 Negative Einstellungen und Bedenken der Mitarbeiter:innen .....	71
5.5.1 Zweifel an den mentalen Ressourcen der Genesungsbegleiter:innen .....	71
5.5.2 „Wir gegen die“ .....	72
5.5.3 Konkurrenzdenken .....	73
5.6 Vorstellungen, Erfahrungen und Wünsche des Genesungsbegleiters der KFP .....	73
5.7 Limitationen und Stärken der vorliegenden Arbeit.....	74
6. Zusammenfassung.....	76
7. Thesen .....	77
8. Literaturverzeichnis .....	78
Anhang.....	1
Interviewleitfaden externe Klinikleitungen .....	1
Interviewleitfaden externe Genesungsbegleiter:innen .....	2
Leitfaden Fokusgruppen .....	3
Interviewleitfaden Genesungsbegleiter KFP .....	6
Codebuch externe Klinikleitungen.....	7
Codebuch externe Genesungsbegleiter:innen .....	37
Codebuch Fokusgruppen Mitarbeiter:innen.....	70
Codebuch Genesungsbegleiter intern.....	105
Danksagung.....	119

## Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
BV	Prof. Dr. med. B. Völlm, Klinikleitung KFP Rostock, Themenvergebende
bzw.	beziehungsweise
CB	Caroline Benz, Autorin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
JVA	Justizvollzugsanstalt
KFP	Klinik für Forensische Psychiatrie
KL	Klinikleitung
PDL	Pflegedienstleitung
PSW	Peer Support Worker (deutsch: Genesungsbegleiter:in)
PW	Peggy Walde, wissenschaftliche Mitarbeiterin der KFP Rostock
SL	Stationsleitung
Tab.	Tabelle
UMR	Universitätsmedizin Rostock
WHO	World Health Organisation

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Gesamtstudie Datenerhebung	19
Tab. 2 Themenübersicht der Interviews mit externen Klinikleitungen	25
Tab. 3 Themenübersicht der Interviews mit externen Genesungsbegleiter:innen	36
Tab. 4 Themenübersicht der Fokusgruppen mit Mitarbeiter:innen der KFP Rostock	46
Tab. 5 Themenübersicht der Interviews mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock	59



## 1 Einleitung

Psychische Erkrankungen sind und bleiben in unserer Gesellschaft stark stigmatisiert. Gesamtgesellschaftlich wird das Bild einer schwer psychisch erkrankten Person von der Vorstellung dominiert, dass keine Heilung möglich ist, dass Erkrankte lebenslang krank bleiben und durch Therapie und Medikation allenfalls „Funktionalität“ erreicht werden kann (Mead et al., 2001), wobei die Begrifflichkeiten von Heilung und Funktionalität einer strikt aus der somatischen Medizin übernommenen Deutung folgen.

Psychisch erkrankte Menschen erleben im Versorgungssystem immer wieder Entmündigung, bzw. machen die Erfahrung, dass ihnen aufgrund ihrer Erkrankung nicht auf Augenhöhe begegnet wird. Das daraus resultierende Misstrauen gegenüber etablierten Therapien und niedrige Therapieadhärenzen bei schweren Erkrankungen aufgrund von Selbststigmatisierung (Surmann et al., 2021) verdeutlichen den großen Bedarf an einem niedrigschwelligen Angebot zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient:innen und Behandlungsteam (Mahlke et al., 2015).

Für forensisch-psychiatrische Patient:innen trifft dies noch mehr zu: Gerichtlich untergebrachte Patient:innen erleben aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung und ihrer Straffälligkeit eine Mehrfachstigmatisierung. Ihnen wird zu einem geringeren Maß zugetraut, für eine individuelle Recovery erforderliche soziale Meilensteine wie ein stabiles Umfeld aus Freunden und Familie oder eine Anstellung zu erreichen (Mezey et al., 2010). Die Gegebenheiten, die eine Unterbringung im Maßregelvollzug automatisch mit sich bringt, wie der Freiheitsentzug und der damit verbundene Verlust einer eigenständigen Alltagsgestaltung, erschweren Fortschritte in wichtigen Teilaspekten der persönlichen Recovery, z.B. Gefühle der Selbstwirksamkeit oder das Gefühl, Teil der Gesellschaft zu sein.

Seit den 1970er Jahren hat Genesungsbegleitung in vielen medizinischen Bereichen Einzug in die patient:innen-nahe Versorgung gehalten. Genesungsbegleitung (engl. Peer Support) bedeutet, dass Menschen, die persönliche Lebenserfahrung mit psychischen Erkrankungen haben, andere Erkrankte mit ähnlichem Krankheits- bzw. Erfahrungshintergrund auf deren Weg zur Gene-

sung unterstützen (Davidson et al., 2006). Dabei kommen weniger bewährte medizinisch-therapeutische Methoden der klassischen Psychiatrie zum Einsatz, sondern vielmehr die gelebte Erfahrung der Genesungsbegleiter:innen (Utschakowski, 2009b). Die besondere Eignung von Genesungsbegleiter:innen liegt in ihrer eigenen Krankheits- sowie Genesungsgeschichte begründet. Ziel ist weniger Symptomkontrolle oder „Funktionalität“ der Erkrankten, sondern persönliche Recovery und die Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Repper & Carter, 2011). Die Fähigkeit, die eigene Erfahrung einer psychischen Krankheit als wertvolles Wissen anzuerkennen und mit anderen teilen zu können, ist der Kern von Genesungsbegleitung (Shaw, 2014).

Während es Genesungsbegleitung in der Allgemeinpsychiatrie und in der außerklinischen Suchthilfe schon einige Jahre gibt, ist der Einsatz von Genesungsbegleiter:innen in der Forensischen Psychiatrie oder auch im Strafvollzug noch eine seltene Ausnahme. Obwohl sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bereits 2018 in der S3-Leitlinie zu Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen für den Einsatz von Genesungsbegleitung ausgesprochen hat, existieren nach wie vor keine gesonderten Empfehlungen zur Implementierung in forensischen Kliniken.

Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie birgt eigene Herausforderungen. Durch die eingeschränkte Autonomie der Patient:innen und der Unfreiwilligkeit der Unterbringung entsteht ein besonderes Machtgefälle zwischen ihnen und ärztlichem oder pflegerischem Personal, welches einer vertrauensvollen Beziehung im Weg stehen kann. Das Alleinstellungsmerkmal eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin mit Erfahrung in der Forensischen Psychiatrie gibt seiner oder ihrer Perspektive-vermittelnden Funktion in der Kommunikation zwischen professionellem Behandlungsteam und Patient:innen in forensischen Settings eine große Bedeutung.

Eine weitere Herausforderung stellt auch das Umdenken der fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen dar: Genesungsbegleitung kann nur funktionieren, wenn das übergeordnete Ziel eine gesteigerte Autonomie der Patient:innen und deren Beteiligung am Behandlungsgeschehen ist (Mahlke et al., 2019).

Übersichtsarbeiten zur Effektivität von Genesungsbegleitung in der Allgemeinpsychiatrie sprechen sich überwiegend für den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen aus (Burke et al., 2019;

Hameed Shalaby & Agyapong, 2020; Lyons et al., 2021; Repper & Carter, 2011; White et al., 2020), auch in der Forensischen Psychiatrie (Clarke et al., 2016; Senneseth et al., 2022; Shepherd et al., 2016). Im Einsatz von Genesungsbegleiter:innen, welche in ihrer Vergangenheit straffällig wurden, überwiegen die Vorteile die Risiken, da Ratschläge von Genesungsbegleiter:innen mit Hafterfahrung häufig besser angenommen werden als von fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen (Devilly et al., 2005; Shaw, 2014). Positive Effekte wurden insbesondere in Bezug auf psychosoziale Aspekte wie Hoffnung, Selbstwirksamkeit und reduzierte Selbststigmatisierung verzeichnet.

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock startete 2019 ein Pilotprojekt, in welchem die Ausbildung eines Genesungsbegleiters durch den Verein *EX-IN e.V. - Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie* durch die KFP finanziert und darauffolgend die Einstellung ermöglicht wurde. Im Rahmen einer explorativen Längsschnittstudie im mixed-methods Design wurde die Implementierung in der KFP Rostock vorbereitet und fortlaufend evaluiert.

Die vorliegende Arbeit geht folgenden Forschungsfragen nach:

1. Wie viele Maßregelkliniken in Deutschland setzen bereits Genesungsbegleiter:innen ein?
2. Welche Strategien zur Implementierung von Genesungsbegleitung wurden von den Klinikdirektor:innen verfolgt und wie werden diese rückblickend von ihnen und den Genesungsbegleiter:innen bewertet?
3. Welche positiven und negativen Erfahrungen beim Einsatz von Genesungsbegleiter:innen werden berichtet?
4. Welche Aufgaben bzw. Einsatzgebiete berichten die Klinikdirektor:innen und die eingesetzten Genesungsbegleiter:innen?
5. Welche Einstellungen haben die Mitarbeiter:innen der KFP Rostock gegenüber einer Einstellung eines oder einer Genesungsbegleiter:in? Welche Befürchtungen gibt es?
6. Welche Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen hat der in der KFP Rostock eingesetzte Genesungsbegleiter im Vorfeld seiner Einstellung?

In einer deutschlandweiten Umfrage wurde 2019 der Status quo zur Genesungsbegleitung in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland erfragt; 2023 folgte eine Follow-up-Umfrage. Innerhalb der KFP wurden zu insgesamt drei Messzeitpunkten qualitative Daten in Form von semi-strukturierten Interviews und Fokusgruppen erhoben und thematisch analysiert. Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes Ende 2019 bis Anfang 2020 vor der Festanstellung eines Genesungsbegleiters in der KFP Rostock. Dargestellt sind Perspektiven von Genesungsbegleiter:innen, fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen der KFP Rostock sowie Erfahrungen anderer Klinikleitungen forensischer Einrichtungen in Deutschland. Die Ergebnisse der Evaluation der Implementierung von Genesungsbegleitung zu späteren Zeitpunkten sind anderweitig veröffentlicht (Hadala, 2023; Walde et al., 2023). Die Inhalte des gesamten Projekts sind im Methodenteil dargestellt.

Das Projekt wurde mithilfe von Fördermitteln des LAGuS (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern) finanziert.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Forensische Psychiatrie in Deutschland

Forensische Psychiatrie ist ein verhältnismäßig kleines Fach innerhalb der klinischen Psychiatrie, welches sich mit psychisch kranken Patient:innen befasst, die eine Straftat begangen haben oder von denen ein erhöhtes Risiko ausgeht, eine Straftat zu begehen (Völlm et al., 2018).

In Deutschland sind verschiedene freiheitsentziehenden Maßregelarten zu unterscheiden. Im Folgenden sind die rechtlichen Grundlagen der Unterbringung nach § 63 und § 64 StGB beschrieben. Auf die Sicherheitsverwahrung (§ 66 StGB) und die einstweilige Unterbringung (§ 126a StPO) soll hier nicht näher eingegangen werden.

Nach § 63 StGB ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus geregelt. Von dieser Form der Unterbringung sind Straftäter:innen betroffen, welche zum Zeitpunkt ihrer Tat aufgrund einer psychischen Erkrankung schuldunfähig oder eingeschränkt schuldfähig waren und von denen aufgrund ebenjener Erkrankung davon auszugehen ist, dass sie weitere Straftaten begehen würden.

Nach § 64 StGB ist die Unterbringung in einer sogenannten Entziehungsanstalt geregelt. Der größte Unterschied zu § 63 StGB liegt darin, dass hierbei die Schuldunfähigkeit (§20 StGB) oder verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) keine zwingende Voraussetzung sind. § 64 StGB regelt die Unterbringung jener Täter:innen, welche eine substanzbezogene Störung haben, auf die die Tat überwiegend zurückzuführen ist oder wegen der die Gefahr besteht, dass die Person erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel nach § 64 StGB kann dann erfolgen, wenn eine günstige Behandlungsprognose besteht; das heißt, wenn innerhalb der Frist der Unterbringung durch die Behandlung eine Heilung von der Substanzkonsumstörung oder über eine erhebliche Zeit eine verminderte Rückfallgefahr und das Unterlassen weiterer Straftaten erreicht werden kann (Peglau & Seifert, 2022).

Der Maßregelvollzug kann isoliert oder, bei erhaltener Schuldfähigkeit, zusätzlich zu einer Strafe angeordnet werden. Während die Unterbringung nach § 63 StGB theoretisch unbegrenzt möglich ist, allerdings regelmäßig geprüft werden muss, ob eine Verhältnismäßigkeit der Gefähr-

lichkeit der Untergebrachten zu den angeordneten Maßnahmen des Freiheitsentzugs vorliegt, unterliegt die Unterbringung nach § 64 StGB einer Frist, wonach die Unterbringung grundsätzlich zwei Jahre nicht übersteigen darf (§ 67d Absatz 1 Satz 1 StGB). Gemäß §§ 67d Absatz 1 Satz 3, 67 Absatz 4 StGB verlängert sich die Höchstfrist der Unterbringungszeit, wenn die Maßregel vor einer zugleich verhängten Freiheitsstrafe vollzogen wird, um zwei Drittel der Dauer der verhängten Freiheitsstrafe. Der Strafreist wird in der Regel zur Führungsaufsicht ausgesetzt.

Die Festlegung der Dauer der Unterbringung in einer Maßregeleinrichtung obliegt dem Gericht und muss regelmäßig auf Verhältnismäßigkeit geprüft werden. Bei einer Unterbringung nach § 64 StGB erfolgt die Überprüfung mindestens alle sechs Monate. Bei einer Unterbringung nach § 63 StGB beträgt die Frist zur Überprüfung ein Jahr (§ 67e StGB Absatz 2). Diese Fristen können durch das Gericht gekürzt, aber keinesfalls verlängert werden. Zur Beurteilung der Fortführung oder Aussetzung der Unterbringung beziehen Gerichte gutachterliche Stellungnahmen der Maßregelvollzugseinrichtungen (§ 463 Absatz 4 StPO), welche von forensisch-psychiatrischen sachkundigen Ärzt:innen oder Psycholog:innen erstellt werden. Nach Entlassung erfolgt meist eine gerichtlich angeordnete Führungsaufsicht (§ 67d StGB Absatz 4), welche durch forensische Ambulanzen umgesetzt wird.

## **2.2 Definitionen**

### **2.2.1 Recovery**

Ausgelöst durch die Betroffenenbewegung und die Psychiatriereform findet seit den 1970er Jahren ein grundsätzlicher Wandel in der Psychiatrie hin zu Recovery-orientierten Konzepten statt. Damit sind nicht wortwörtliche Übersetzungen wie "Wiederherstellung" oder "Rückkehr zum Normalzustand" gemeint, wie man "Recovery" im Hinblick auf bspw. Knochenbrüche deuten könnte (Amering & Schmolke, 2007). Recovery ist ein aktiver Prozess, der den Fokus nicht auf Symptomfreiheit, sondern auf die Fähigkeiten und Stärken eines oder einer Betroffenen setzt, trotz einer psychischen Erkrankung und damit einhergehenden Einschränkungen ein zufriedenes, hoffnungsvolles Leben zu führen (Anthony, 1993). Recovery soll nicht bedeuten, dass Patient:innen keine Unterstützung oder Therapien mehr benötigen; es geht nicht darum "normal" oder mög-

lichst angepasst an die Gesellschaft zu sein. Vielmehr geht es um Empowerment, Selbstbestimmung und das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Slade et al., 2014). Patricia Deegan, eine der Vorreiterinnen der Betroffenenbewegung, beschreibt drei Kernelemente der Recovery: Hoffnung, Wille und verantwortliches Handeln (Deegan, 1988). Diese Hoffnung und die gelebte Erfahrung seien Gaben, durch welche Menschen in Recovery einander Vorbilder sein könnten. Laut der Autorin beruhe Recovery aber auch auf der Akzeptanz der eigenen Grenzen. Recovery ist immer ein Prozess, der nie gänzlich abgeschlossen ist.

Leamy et al. entwickelten 2011 in einem systematischen Review ein Rahmenkonzept für Recovery und identifizierten folgende persönliche Outcomes unter dem Akronym CHIME: Verbundenheit (connectedness), Hoffnung und Zuversicht (hope and optimism about the future), Identität (identity), Lebenssinn (meaning in life), und Empowerment (empowerment). Diese Kernprozesse zeigen die unterschiedlichen Bedeutungen von persönlicher und klinischer Recovery. Das Rahmenkonzept von Leamy et al. (2011) ist eher dem Begriff einer persönlichen Recovery zuzuordnen. In einigen Reviews zur Effekten von Genesungsbegleitung wurden ebenfalls das Verschwinden oder die Besserung von Symptomen untersucht, gemessen in bspw. der Rückfallrate bei Substanzkonsumstörungen oder der Anzahl der Hospitalisierungen pro Jahr, was wiederum eher dem Begriff der klinischen Recovery entspricht. Das Konzept der persönlichen Recovery zeichnet insgesamt ein positiveres Bild vom Verlauf psychischer Erkrankungen, da der Fokus hier nicht nur auf Einschränkungen und Herausforderungen liegt, sondern auch auf Entwicklungspotenzial und Stärken (Lange et al., 2024). Diese Prozesse als Ressourcen zu begreifen und an ihnen zu arbeiten, hilft, die Erkrankung in die eigene Biographie zu integrieren und die persönliche Lebensqualität zu steigern. Das Vorhaben, Psychiatrie insgesamt Recovery-orientierter zu gestalten, fordert auch die zunehmende Miteinbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als „Experten aus Erfahrung“ (Utschakowski, 2009b) in die Versorgung akut Erkrankter. Dies ermöglichte die Entstehung von Genesungsbegleitung.

### **2.2.2 Genesungsbegleitung**

Genesungsbegleitung, oder im Englischen: Peer Support, ist die Unterstützung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen durch Personen, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund

haben, also selbst psychisch erkrankt waren oder sind, bzw. eine Krise erlebt haben. Einige Autor:innen definieren Genesungsbegleitung auch als Unterstützung psychisch kranker Menschen durch Personen, die Erfahrungen mit schweren psychischen Erkrankungen in der eigenen Lebensgeschichte haben und in offiziellen Einrichtungen des psychiatrischen Hilfsystems arbeiten (Chinman et al., 2014; Gillard et al., 2015; Moran et al., 2013; Pitt et al., 2013; Solomon, 2004).

Menschen, die eine schwere psychische Erkrankung überwunden haben, verfügen über einen großen Erfahrungsschatz, welcher ihr Verständnis für psychische Krisen und ihr Wissen über gesundheitsfördernde Aspekte stärkt (Mahlke et al., 2019). Genesungsbegleiter:innen verstehen die Situation akut erkrankter Personen durch die geteilte Lebenserfahrung seelischen Leids (Mead et al., 2001). Sie hören Betroffenen zu und teilen ihre persönlichen Erfahrungen mit ihrer Erkrankung sowie ihre Erfahrungen von Recovery. Sie klären über Krankheitsbilder auf und ermutigen und bestärken Betroffene darin, Selbstständigkeit zurückzuerlangen und ihr häufig unklares Behandlungsziel um ein subjektives Sinnkonzept zu ergänzen (WHO, 2021).

Der Begriff „Genesungsbegleiter:in“ ist eine Selbstbezeichnung, welche im Rahmen der EX-IN-Ausbildung im deutschsprachigen Raum zu einem Standard geworden ist und auch im Rahmen der vorliegenden Studie von interviewten Personen für den eigenen Beruf benutzt wurde. Er ähnelt dem englischen Begriff „recovery mentor“ oder „recovery guide“, welche sich als Selbstbezeichnung im englischsprachigen Raum entwickelten (Davidson et al., 2012; Morris & Bradshaw, 2009). Geläufiger sind im Englischen allerdings Begriffe wie „peer support worker“, „peer supporter“ oder auch „consumer-provider“. Die meisten Begriffe werden synonym verwendet, allerdings unterscheiden sich die Kontexte, in denen die jeweiligen Personen arbeiten.

Genesungsbegleitung findet nicht zwingend in einem festen Rahmen statt, sondern kann ganz verschiedene Formen einnehmen: Während es im deutschsprachigen Raum seit 2007 eine Ausbildung mit festem Curriculum durch den Verein EX-IN e.V. gibt (Mahlke et al., 2015; Utschakowski, 2009b), findet Genesungsbegleitung beispielsweise in den USA häufig auch ohne speziellen inhaltlichen Rahmen oder Ausbildung statt. Es gibt viele Einrichtungen und Hilfsangebote, die vollständig Peer-geführt und nicht in das offizielle Gesundheitssystem eingebunden sind. Dies entspricht der ursprünglichen Definition von Genesungsbegleitung, in der sich die Genesungsbegleiter:innen allein durch ihre gelebte Erfahrung qualifizieren und mit ihren Patient:innen

individuell so arbeiten, wie sie es für richtig halten (Penney, 2018). Genesungsbegleitung finden in der gesamten Breite psychiatrischer Versorgungsstrukturen statt: Es gibt bspw. Forschungsarbeiten in der Veteranenversorgung (Chinman et al., 2015), zu Betroffenen postpartaler Depressionen (Letourneau et al., 2011) oder zu Schizophrenie-Erkrankten (Chien et al., 2019), um nur wenige Beispiele zu nennen.

In der Genesungsbegleitung in offiziellen psychiatrischen Einrichtungen ist der entscheidende Unterschied zu Angeboten aus dem Bereich der Selbsthilfe, dass die Genesungsbegleiter:innen durch die Einbeziehung in ein multi-professionelles Team auch eine Verpflichtung gegenüber der Institution haben, bei der sie beschäftigt sind. Anders als in einer Selbsthilfegruppe steht die Funktion eines oder einer Genesungsbegleiter:in als Vorbild im Vordergrund, nicht die gegenseitige Unterstützung (Repper & Carter, 2011). Der oder die Genesungsbegleiter:in ist in der Regel seinem oder ihrem Gegenüber auf dem Weg der persönlichen Recovery etwas voraus. An dieser veränderten Definition von Genesungsbegleitung gegenüber dem ursprünglichen „mutual support“ (Deutsch: gegenseitige Unterstützung) durch die zunehmende Professionalisierung des Berufs gibt es durchaus Kritik (Chinman et al., 2014; Shaw, 2014).

Genesungsbegleitung hat als Forschungsthema im letzten Jahrzehnt rapide an Relevanz und Aufmerksamkeit gewonnen. Die dennoch überschaubare Menge randomisierter, kontrollierter Studien zu diesem Thema beschäftigt sich überwiegend mit den Effekten von Genesungsbegleitung auf die Patient:innen bezüglich ihrer Recovery. Forschung zu Unterschieden der Beschäftigungsmodelle für Genesungsbegleiter:innen, Effekte der Tätigkeit auf die Genesungsbegleiter:innen selbst und Perspektiven der anderen Mitarbeiter:innen sind vergleichsweise seltener (vgl. aber Hegedüs et al., 2016).

### **2.3 Die Entstehung von Peer Support und Genesungsbegleitung in Deutschland**

In den 1970er Jahren formierten sich in Deutschland mehrere sozialpsychiatrische Gruppierungen, die die bis dato „menschenunwürdigen Zustände“ der psychiatrischen Versorgung kritisierten. Daraus entwickelte sich die bis heute andauernde Psychiatriereform (Lange et al., 2024). Zur gleichen Zeit erhielt die Betroffenenbewegung ausgehend aus den USA weltweit immer mehr Zuwachs. Betroffene psychischer Erkrankungen bildeten aktivistische Gruppen und setzten sich

gegen Diskriminierung ein. Aus der Erfahrung, dass die eigene Biographie und die Lebenserfahrung, die eine psychische Erkrankung mit sich bringt, eine Stärke und Ressource sein kann, entwickelte sich im Lauf der Jahre ein neues Selbstbewusstsein der Betroffenen und eine neue Perspektive auf psychiatrische Versorgung: Betroffene können und wollen ihr Wissen weitergeben, bezüglich ihrer Therapien mitbestimmen und anderen Erkrankten zur Seite stehen. Konzepte zu „Peer Support“ entstanden. Die Zunahme von Konzepten der partizipativen Entscheidungsfindung in den Arzt-Patienten-Beziehungen aller medizinischen Fachbereiche hat maßgeblich dazu beigetragen, dass Recovery-orientierte Versorgung in der Psychiatrie wachsen konnte.

Die grundsätzliche Idee, Personen mit eigenen Erkrankungserfahrungen in psychiatrischen Krankenhäusern einzusetzen, besteht schon lange. Sie findet sich international immer wieder periodisch in der Geschichte der Psychiatrie (Davidson et al., 2012). Zudem gibt es schon immer „informelle“ Genesungsbegleitung in Form von gegenseitiger Unterstützung außerhalb des organisierten Gesundheitssystems (Davidson et al., 2006). Allerdings vergingen auch seit Beginn der Betroffenenbewegung der 1970er noch viele Jahre, bis Genesungsbegleitung von WHO und Fachgesellschaften weltweit in die Ziele der psychiatrischen Versorgung aufgenommen wurde, somit einen offiziellen Rahmen erhielt und sich Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Genesungsbegleiter:innen entwickeln konnten.

International arbeitet der Großteil der Genesungsbegleiter:innen in einem von zwei übergeordneten Settings: in offiziellen, den Gesundheitssystemen angehörigen Institutionen wie Kliniken, betreuten Wohngruppen oder Beratungsstellen, oder in Projekten, die ausschließlich von Betroffenen geführt werden, wie beispielsweise in Safe-Häusern für Psychoseerkrankte (Utschakowski, 2009b). Penney und Kolleg:innen teilen Genesungsbegleitung ebenfalls in diese beiden Kategorien ein: „peer staff in traditional mental health programs“ und „peer-developed peer support“ (Penney, 2018).

Im deutschsprachigen Raum besteht über den Verein EX-IN e.V. die Möglichkeit, eine zertifizierte Modulausbildung zum oder zur Genesungsbegleiter:in zu erhalten. „EX-IN“ steht für „Experienced Involvement“, was sinngemäß „Einsatz“ oder „Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener“ bedeutet (Utschakowski, 2009a; Weibold & Aigner, 2022). Das EX-IN-Curriculum entwi-

ckelte sich aus dem gleichnamigen, vorangegangenen EU-Projekt 2005-2007, an welchem Expert:innen aus Erfahrung sowie fachliche Expert:innen aus sechs europäischen Ländern beteiligt waren (Utschakowski, 2009a). Für eine Ausbildung zum oder zur Genesungsbegleiter:in können sich Personen bewerben, die persönliche Erfahrungen mit schweren psychischen Erkrankungen haben. Zum Bewerbungsverfahren gehört das Verfassen eines Textes über die persönliche Recovery und ein Interview. Die wesentliche Voraussetzung für eine Ausbildung bei EX-IN ist die Fähigkeit, eigene Erfahrungen zu reflektieren und zu teilen sowie aktuell nicht akut erkrankt zu sein (EX-IN Deutschland e.V., 2024; Lange et. al, 2024).

Die Ausbildung besteht aus zwölf Modulen, welche über ein Jahr hinweg in Wochenendseminaren stattfinden, und zwei Praktika. Die Themen der Module sind: Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, Empowerment in Theorie und Praxis, Erfahrung und Teilhabe, Perspektiven und Erfahrungen von Genesung (Recovery), Dialog, Selbsterforschung, Unabhängige Fürsprache in der Psychiatrie, Assessment, Begleiten und Unterstützen, Krisenintervention, Lernen und Lehren, sowie ein Abschlussmodul.

Die Ausbildung durch EX-IN unterscheidet sich international von anderen Peer Support-Ausbildungen vor allem in der übergeordneten und im deutschsprachigen Raum einheitlichen Organisation, der langen Dauer und der Auswahl der Teilnehmer:innen nach strikten Kriterien (Hegedüs et al., 2016).

## **2.4 Effekte von Genesungsbegleitung auf Patient:innen in der Allgemeinpsychiatrie**

In der Allgemeinpsychiatrie hat Genesungsbegleitung spätestens seit den Neunzigerjahren rasant an Bedeutung gewonnen. Allerdings liegt einige Zeit zwischen dem vermehrten Einsatz von Genesungsbegleiter:innen in vielen psychiatrischen Einrichtungen im anglo-amerikanischen Raum in den Neunziger Jahren und der Veröffentlichung methodisch guter Studien dazu. Erwartete Effekte sind vor allem, dass sich sowohl die therapeutische Beziehung zwischen Behandler:innen und Patient:innen als auch die Outcomes zur Beurteilung der Recovery verbessern. Genesungsbegleiter:innen selbst sollen durch die Arbeit Selbstwirksamkeit erfahren und ihre soziale Inklusion durch das Arbeitsverhältnis fördern. Durch eine geringere Anzahl von Hospitalisierungen und kürzere Klinikaufenthalte soll das Gesundheitswesen entlastet werden (WHO, 2021).

In der Literaturrecherche finden sich ab Mitte der Nullerjahre Reviews und Metaanalysen zu randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs), welche mit psychosozialen Messinstrumenten die Wirkung von Genesungsbegleitung auf die persönliche Recovery untersuchen. Die am häufigsten untersuchten Outcomes sind Lebensqualität, Empowerment, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung und internalisiertes Stigma (Chien et al., 2019; Fuhr et al., 2014; Rogers et al., 2016; White et al., 2020). Zur Beurteilung der klinischen Recovery wurden außerdem in vielen Studien die Anzahl der Suchtmittelrückfälle oder die Anzahl der Hospitalisierungen als Outcomes gewählt, die teilweise positive Effekte durch Genesungsbegleitung zeigten, allerdings nicht einheitlich signifikant (Chinman et al., 2014; Davidson et al., 2012; Lyons et al., 2021; Repper & Carter, 2011).

Einige der untersuchten Studien, welche signifikante Ergebnisse berichteten, unterlagen einem hohen Risk of Bias, obwohl ihr Studiendesign meist als hochwertig erachtet wurde. (Burke et al., 2019; Chien et al., 2019; Lloyd-Evans et al., 2014; Lyons et al., 2021). Die Ergebnisse der meisten quantitativen Studien zeigten keine oder geringfügig positive Effekte. Beispielsweise wurden bei der Betrachtung von Studien zu Genesungsbegleitung in Eins-zu-eins-Betreuung positive Effekte bezogen auf Empowerment erkannt (White et al., 2020), während in einem Review zu Genesungsbegleitung in Gruppen bezüglich Empowerment kein positiver Effekt festzustellen war (Lyons et al., 2021). Es wurden unterschiedlichste quantitative Messinstrumente für psychosoziale Outcomes verwendet, welche von den verschiedenen Autor:innen nicht einheitlich für die untersuchten Parameter genutzt wurden. Die sehr weit divergierenden Schlussfolgerungen in den systematischen Reviews der letzten zwanzig Jahre sind durch die sehr unterschiedlich ausgeprägte Reliabilität und Validität der verwendeten Messinstrumente erklärbar (Mowbray et al., 2021).

Wichtig zu erwähnen ist außerdem, dass je nach Studie die untersuchte Population, welcher Genesungsbegleitung angeboten wurde, stark variierte. Dass Effektivität von Genesungsbegleitung sich auch bezüglich der Diagnosen der Patient:innen unterscheiden kann, liegt nahe. Viele systematische Reviews schlossen bestimmte Diagnosegruppen aus und betrachteten somit bspw. nur die Effekte auf Schizophrenie-Erkrankte (Chien et al., 2019), was wiederum die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Diagnosegruppen beeinträchtigt. Nachteilig ist ebenfalls, dass viele Studiendesigns Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen als Komorbiditäten ausschlossen

(King & Simmons, 2018), was in Hinblick auf Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie von besonderem Interesse wäre. In einigen RCTs wurde Peer Support teilweise mit verschiedensten anderen, zur Standardbehandlung zusätzlichen Interventionen verglichen, in anderen mit der Standardbehandlung allein. Die uneinheitliche Nutzung der verschiedenen psychosozialen Messinstrumente erschwerte zusätzlich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Reviews (Chien et al., 2019; Chinman et al., 2014).

2011 schlossen Repper und Kolleg:innen aus der damaligen Studienlage, dass Genesungsbegleitung keinen signifikanten Effekt auf die Recovery schwer psychisch Erkrankter habe (Repper & Carter, 2011). Dem setzten King und Kolleg:innen entgegen, dass quantifizierte Messinstrumente für Lebensqualität und Funktionalität Momentaufnahmen abbildeten, welche der Komplexität und Dynamik von Recovery nicht gerecht würden (King & Simmons, 2018). Die Übersichtsarbeiten zeigten außerdem, dass Genesungsbegleitung keine Nachteile oder negative Effekte hat (Weibold & Aigner, 2022). White et al. schlossen aus ihrem Review, dass Eins-zu-eins-Genesungsbegleitung einen positiven Effekt auf Empowerment und Recovery habe, aber wahrscheinlich keinen Effekt auf klinische Outcomes (White et al., 2020).

Insgesamt waren sich Review-Autor:innen in den Zehnerjahren, als die Anzahl qualitativ hochwertiger Studien noch sehr gering war, einig, dass mehr Forschung nötig sei. Künftige RCTs sollten frühzeitig registriert werden, ihre Protokolle sollten veröffentlicht sein und die Ergebnisse vollständig veröffentlicht werden, um den Reporting Bias zu reduzieren (Lloyd-Evans et al., 2014). Zudem müsse mehr Beständigkeit in der Wahl der Messinstrumente für persönliche Recovery, sowie mehr Follow-ups in den RCTs für höhere Generalisierbarkeit erfolgen (Chinman et al., 2014).

Longitudinale, qualitative Studienansätze sind eine wichtige Ergänzung für die empirische Evidenz (Burke et al., 2019; Mahlke et al., 2019; Shaw, 2014). Es fehlt außerdem an qualitativ hochwertigen Studien, die Ergebnisse zu den Hürden und auch den hilfreichen Aspekten in der Implementierung von Genesungsbegleitung berichten, um diese in Zukunft noch erfolgreicher und strukturierter zu gestalten (Chinman et al., 2017).

## 2.5 Effekte von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie

Forensisch untergebrachte Patient:innen stehen im Vergleich zu anderen schwer psychisch Erkrankten vor besonderen mentalen Herausforderungen. Verurteilt und gerichtlich untergebracht zu werden stellt eine eigene psychische Belastung dar, die das Behandlungsteam in einer forensischen Psychiatrie zwar aus der Nähe miterleben kann, aber wahrscheinlich nie zu gleichem Maße verstehen wird, wie eine Person, die selbst schon forensisch untergebracht war oder sich in Haft befand.

In der Recovery-Forschung in der Forensischen Psychiatrie ist der Begriff der „offender recovery“, also der Recovery des Straftäters oder der Straftäterin, zu finden (Drennan & Alred, 2012). Damit ist gemeint, dass Straftäter:innen zusätzlich zu dem Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung auch ihr Delikt als Teil ihrer Vergangenheit akzeptieren, sowie die Verhaltensweisen, welche zu der Tat führten, überwinden müssen (Drennan & Alred, 2012; Walde et al., 2023). In einer qualitativen Interviewstudie von 2012 fanden Nijdam-Jones und Kolleg:innen heraus, dass forensisch untergebrachte Patient:innen weitere Themen als Kernaspekte ihrer Recovery betrachten, welche für allgemein-psychiatrische Patient:innen eine kleinere oder keine Rolle spielen: Reintegration in die Gesellschaft und soziale Akzeptanz, Teilhabe am alltäglichen Leben der Gesellschaft sowie Pflege von persönlichen Beziehungen und der beruflichen Karriere (Nijdam-Jones, 2012).

Forensisch untergebrachte Patient:innen empfinden die Stigmata „psychisch krank“ und „gefährlich“ als Hindernisse, in der Gesellschaft wieder Akzeptanz zu erfahren, selbst wenn sie nach Entlassung straffrei leben (Schoppmann et al., 2021). Im Hinblick auf diese Doppelstigmatisierung forensischer Patient:innen könnte die wichtigste Funktion der Genesungsbegleiter:innen in diesem Bereich die Vermittlung von Hoffnung und die Funktion als glaubwürdiges Vorbild sein (Davidson & Rowe, 2008). Die Akzeptanz der eigenen Vergangenheit und ein erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit haben für forensische Patient:innen aufgrund der höheren Prävalenz von Missbrauchserfahrungen und anderen Traumata einen höheren Stellenwert verglichen mit der Normalbevölkerung (Senneseth et al., 2022; Simpson & Penney, 2018). Im Rahmenkonzept für Recovery von Leamy et al. kommt dieses Sicherheitsbedürfnis nicht vor; forensisch-untergebrachte Pati-

ent:innen scheinen sich diesbezüglich also von allgemein-psychiatrischen Patient:innen zu unterscheiden. Senneseth et al. ergänzten daher das Akronym CHIME um den Aspekt „safety and security“ (Deutsch: Sicherheit) zu CHIME-S (Senneseth et al., 2022). Neben der umgebungsbezogenen Sicherheit durch die Unterbringung in einer forensischen Klinik, muss Sicherheit zur Unterstützung der Recovery der Patient:innen auch durch angemessene, sichere Beziehungen mit dem behandelnden Personal auf zwischenmenschlicher Ebene erzeugt werden (Shepherd et al., 2016). Abseits des Sicherheitsaspekts bedeutet die Unterbringung selbst einen hohen Autonomieverlust, wodurch die grundlegenden Ziele der Recovery für forensische Patient:innen schwieriger zu erreichen sind (Simpson & Penney, 2011). Während allgemein-psychiatrische Patient:innen, wenn sie von Hoffnung im Rahmen ihrer Recovery sprechen, die Hoffnung meinen, nicht ihr Leben lang von ihrer Erkrankung definiert zu werden, meinen forensische Patient:innen immer auch die Hoffnung, ein Leben zu führen, welches nicht durch ihr Delikt definiert wird (Clarke et al., 2016). Die Ungewissheit der Patient:innen, wie lange ihre Unterbringung dauern wird und was nach Entlassung geschieht, kann Gefühle von Hoffnung und Zuversicht erheblich beeinträchtigen (Senneseth et al., 2022). In vielen anderen Ländern ist die Dauer der Unterbringung teilweise noch flexibler und unvorhersehbarer als in Deutschland. Hieraus ergeben sich sinnvolle Ansätze für den Einsatz von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie.

Dennoch hält sich unter fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen das Narrativ, dass Personen, die selbst schon verurteilt und gerichtlich untergebracht wurden, nicht fähig oder mental stabil genug sind, um anderen ein positives Vorbild sein zu können (Shaw, 2014). Die Forensische Psychiatrie unterliegt stets hohen Sicherheitsstandards und die Beziehungen zwischen den Patient:innen und fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen sind häufig durch ein hohes Maß an gegenseitigem Misstrauen geprägt, wie nicht zuletzt auch die vorliegende Studie der KFP Rostock zeigt. Diese Hürden können dazu beitragen, große organisatorische Veränderungen in den Kliniken in Richtung Recovery, wie den Einsatz eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin, zu erschweren (Clarke et al., 2016).

Bis dato werden Genesungsbegleiter:innen in der Forensischen Psychiatrie häufig für Aufgaben eingesetzt, die die Zeit kurz vor oder nach Entlassung eines Patienten oder einer Patientin betreffen, bspw. Hilfe bei der Wohnungssuche und Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsuche. Durch

das Teilen ihrer persönlichen Erfahrung bei diesen Aufgaben sind sie Vorbilder und ermöglichen die Perspektive eines besseren Lebens (Davidson & Rowe, 2008).

Quantitative Studien zu Genesungsbegleitung in forensischen Einrichtungen zeigen, ähnlich wie in der Allgemeinpsychiatrie, keine oder sehr geringe positive Effekte auf die Recovery der Patient:innen. Qualitative Daten zeigen aber, dass forensisch-untergebrachte Patient:innen, welche Genesungsbegleitung in Gruppen oder allein in Anspruch genommen hatten, zunehmende Gefühle von Hoffnung, Empowerment und einem Gemeinschaftsgefühl berichteten (Livingston et al., 2013). Die vermittelnde Funktion zwischen Patient:innen und fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen kann dazu beitragen, Vorurteile und Stigmata der Mitarbeiter:innen sowie Misstrauen und eine ablehnende Haltung der Patient:innen zu reduzieren. Auch und besonders in forensischen Psychiatrien kann der Einsatz von Genesungsbegleitung bestehende Hierarchien zwischen Patient:innen und Behandelnden aufbrechen und Patient:innen dazu befähigen, selbst „Expert:innen“ ihrer Erkrankung zu werden (Wolfendale & Musaabi, 2017).

## **2.6 Effekte auf die Recovery der Genesungsbegleiter:innen**

Die Vorreiterrolle, in der sich viele Genesungsbegleiter:innen im vergangenen Jahrzehnt befanden, führte zu Beginn ihrer Beschäftigung zu verschiedenen Missverständnissen und Hürden am Arbeitsplatz. Fehlende Rollenklarheit und fehlendes Vertrauen von anderen Mitarbeiter:innen in die Kompetenzen der Genesungsbegleiter:innen kann bei Neuimplementierung zu Konflikten führen (Hegedüs et al., 2016; Kemp & Henderson, 2012; MacLellan et al., 2015).

Einige Studien der vergangenen Jahre zeigen positive Effekte bei den Genesungsbegleiter:innen selbst. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Wohlbefinden und mentale Gesundheit werden durch das Arbeiten als Genesungsbegleiter:in gestärkt (Hegedüs et al., 2016; Moran et al., 2012; Solomon, 2004).

Um die mentale Gesundheit der Genesungsbegleiter:innen selbst zu fördern und Risiken einer erneuten akuten Erkrankung dieser zu minimieren, ist es wichtig, dass die arbeitgebende Einrichtung eine regelmäßige Supervision anbietet (Kemp & Henderson, 2012) und den Bedürfnissen der Genesungsbegleiter:innen, bspw. in Bezug auf flexiblere Arbeitszeiten, entgegenkommt (Hegedüs, 2016).

Trotz des beschriebenen Unterschiedes zwischen Genesungsbegleitung und Selbsthilfe, nämlich der „Fortgeschrittenheit“ des oder der Genesungsbegleiter:in in seiner oder ihrer Recovery, erfahren Genesungsbegleiter:innen idealerweise in den Beziehungen mit den Patient:innen reziprok ebenfalls Gefühle der Zugehörigkeit, eine gesteigerte Selbstwirksamkeit, sowie die Fähigkeit, etwas zurückgeben zu können (MacLellan et al., 2015).

Zu Genesungsbegleitung und recovery-orientierter Versorgung in der Forensischen Psychiatrie sowie im Strafvollzug gibt es qualitative Interviewstudien, welche überwiegend die Perspektiven der Patient:innen bzw. Strafgefangenen abbilden (Perrin et al., 2018; Perrin & Blagden, 2014; Schoppmann et al., 2021). Perspektiven der fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen in forensischen Einrichtungen sind bisher noch unterrepräsentiert.

## **2.7 Erwähnung in Leitlinien**

Die DGPPN nahm 2018 erstmals Empfehlungen zum Einsatz von Peer Support in die S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen auf. Hier wurde festgehalten, dass „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [...] Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden [soll]“ (DGPPN, 2018). Genesungsbegleitung solle durch ausgebildete und psychisch stabile Genesungsbegleiter:innen angeboten werden, von „professionellen“ Mitarbeiter:innen unterstützt werden und dürfe „professionelle“ Unterstützungsangebote nicht ersetzen.

## 3 Methoden

### 3.1 Setting

Die KFP in Rostock ist Teil der Universitätsmedizin Rostock und wurde 2001 mit 80 Betten eröffnet. 2018 erfolgte eine Erweiterung der Klinik um 20 weitere Betten. Zehn dieser Behandlungsplätze sind für die Unterbringung von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und acht Behandlungsplätze für Frauen vorgesehen. Der Großteil der Patient:innen, nämlich je nach Belegung zwischen 70 und 80%, ist auf Grundlage des § 64 StGB untergebracht, ca. 20% der Patient:innen sind gemäß § 63 StGB untergebracht. Des Weiteren unterhält die KFP Rostock eine forensische Institutsambulanz zur psychiatrischen Nachsorge der Patient:innen sowie eine therapeutische Außenwohngruppe für bis zu drei Patient:innen.

### 3.2 Studiendesign

Das Projekt zur Implementierung eines Genesungsbegleiters in der KFP Rostock ist eine explorative Längsschnittstudie im mixed methods Design, d.h., es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben und ausgewertet. Die vorliegende Arbeit stellt einen Teil des Gesamtprojektes dar.

Der Zeitraum der Datenerhebung der Gesamtstudie erstreckt sich von Oktober 2019 bis Dezember 2020. Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Auswertung des Messzeitpunktes T1; folglich jener Interviews und Fokusgruppen, welche zwischen dem ersten Praktikum des Genesungsbegleiters im Oktober 2019 und dem zweiten im Februar 2020 durchgeführt wurden. Weitere Zeitpunkte der Datenerhebung waren 6 bzw. 12 Monate später (siehe Tabelle Gesamtstudie). Die Auswertung der Messzeitpunkte T2 und T3 ist nicht in der vorliegenden Arbeit dargelegt und anderweitig veröffentlicht (Hadala, 2023; Walde et al., 2023).

**Tabelle 1***Gesamtstudie Datenerhebung*

Messzeitpunkt	Art der Datenerhebung	Gesamtanzahl der Teilnehmer:innen
T1 November 2019 – Februar 2020	Interviews mit Klinikleitungen	5
	Einzelinterviews mit Genesungsbegleiter:innen extern	3
	Fokusgruppen Mitarbeiter:innen (n=2)	18 (11 und 7)
	Einzelinterview Genesungsbegleiter KFP	1
T2 November - De- zember 2020	Einzelinterview Patient:innen	3
	Fokusgruppen Patient:innen (n=2)	10 (6 und 4)
	Fokusgruppen Mitarbeiter:innen (n=2)	10 (je 5)
	Einzelinterview Genesungsbegleiter KFP	1
T3 September 2021	Einzelinterviews Patient:innen	5
	Fokusgruppe Patient:innen (n=1)	5
	Fokusgruppe Mitarbeiter:innen (n=1)	5
	Einzelinterview Genesungsbegleiter der KFP	1

*Anmerkungen.* Spalte 3: in Klammern die Anzahl der Teilnehmer:innen pro einzelner Fokusgruppe. Grau unterlegt: nicht Teil der vorliegenden Arbeit.

**3.3 Datenerhebung****3.3.1 Umfrage**

Um den Status quo von Genesungsbegleitung in forensischen Einrichtungen in Deutschland zu ermitteln, wurden die Klinikleitungen von 75 forensischen Kliniken (inklusive der KFP Rostock) erstmals per Email am 30.10.2019 kontaktiert. Es wurde erfragt, ob die jeweilige Klinik Genesungsbegleiter:innen zu diesem Zeitpunkt eingestellt hatte oder ausbildete. Einige Klinikleitungen wurden zudem im Rahmen der Chefärzt:innen-Tagung am 07.11.2019 befragt. Anschließend E-Mails bei ausbleibender Antwort wurden Mitte November versandt. Am 18. und 19.12.2019 sowie am 17.01.2020 fanden telefonische Rückfragen statt.

Im September 2023 fand eine Follow-up-Umfrage statt, in welcher nunmehr 80 forensische Kliniken kontaktiert wurden, zunächst per Email mithilfe einer Kontaktliste aller Klinikleitungen.

Bei der Chefärzt:innen-Tagung aller Klinikleitungen der Forensischen Psychiatrie in Deutschland am 27.10.2023 wurden die Teilnehmer:innen ebenfalls befragt. Inhalt der Umfrage war auch hier, ob Genesungsbegleiter:innen beschäftigt werden, bzw., ob es dahingehende Bestrebungen der Klinikdirektor:innen gäbe. Antworten bis Januar 2024 wurden berücksichtigt.

### **3.3.2 Einzelinterviews mit externen Personen**

Die Kliniken, die Genesungsbegleitung zum Zeitpunkt der ersten Umfrage 2019 implementiert haben oder hatten, wurden per E-Mail um ein telefonisches Interview gebeten. Aus jeder dieser Kliniken erklärte sich mindestens eine in einer leitenden Position arbeitende Person zu einem Interview bereit. Anfang Januar 2020 fanden vier telefonische Interviews mit Klinikleitungen statt. Die Interviewpartner:innen waren in zwei Fällen die Pflegedienstleitung der Klinik, in einem Fall die ärztliche Klinikleitung und in einem Fall fand ein Doppelinterview aus ärztlicher Klinik- und pflegerischer Stationsleitung statt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 17 und 55 Minuten (Durchschnitt: 42 Minuten).

Die Durchführung der Interviews erfolgte mithilfe eines inhaltlichen Leitfadens, welcher aufbauend auf die im Vorfeld der Interviews im Studienprotokoll festgehaltenen Forschungsfragen erstellt wurde. Inhalte der Interviews waren dementsprechend: Art der Anstellung der Genesungsbegleiter:innen, Ablauf der Implementierung und Herausforderungen, mit denen sich die Klinikleitungen konfrontiert sahen, sowie deren rückblickende Bewertung.

Es wurden ebenfalls Kontakt zu bereits in forensischen Einrichtungen arbeitenden Genesungsbegleiter:innen gesucht und telefonische Interviews vereinbart. Zwei dieser Kontakte waren über den Kontakt zu der jeweiligen Klinikleitung, aufbauend auf die Umfrage im Vorfeld, entstanden. Durch eine Internetrecherche nach weiteren in der Forensischen Psychiatrie tätigen Genesungsbegleiter:innen konnte ein weiterer Kontakt hergestellt werden. Eine weitere Person, welche im Rahmen der Vorbereitung der Implementierung von Genesungsbegleitung an der KFP Rostock einen Workshop geleitet hatte und selbst als Genesungsbegleiter:in in einer forensischen Psychiatrie tätig ist, erklärte sich ebenfalls zu einem Interview bereit. Es fanden drei Interviews statt, eins der vier geplanten Interviews fiel nach Absage der Person aus. Es handelte sich bei den drei inter-

viewten Personen um eine Frau und zwei Männer jeweils mittleren Alters. Zwei der Interviewpartner:innen arbeiteten zum Zeitpunkt der Interviews (Januar 2020) fest angestellt in forensischen Kliniken, eine andere interviewte Person arbeitete auf Honorarbasis sowohl in Gefängnissen wie auch im Maßregelvollzug. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 42 und 60 Minuten (Durchschnitt: 52 Minuten). Der Inhalt der Interviews waren Ausbildungswege der Genesungsbegleiter, Tätigkeiten, Hürden im beruflichen Umfeld und Maßnahmen zur Selbstfürsorge. Hierzu wurde, vergleichbar zu den Interviews mit Klinikleitungen, ebenfalls ein Interviewleitfaden aufbauend auf die im Vorfeld entwickelten Forschungsfragen erstellt.

### **3.3.3 Fokusgruppen**

Am 26.11.2019 und 12.12.2019 wurden an der KFP Rostock Fokusgruppen in Präsenz durchgeführt, die erste mit 11, die zweite mit 7 Teilnehmer:innen, in denen Mitarbeiter:innen aus verschiedenen Berufsfeldern zu ihren Eindrücken nach dem ersten einwöchigen Praktikum des Genesungsbegleiters der KFP und ihrer Haltung zur Implementierung befragt wurden.

Alle Teilnehmer:innen der beiden Fokusgruppen Ende November und Anfang Dezember 2019 waren Mitarbeiter:innen der KFP Rostock. Die Teilnahme an einer der Fokusgruppen war freiwillig; die Mitarbeiter:innen wurden durch ihre Stationsleitungen bzw. das Forschungsteam informiert und teils nach terminlicher Kapazität, teils nach vertretenen Berufsgruppen in einer der beiden Fokusgruppen eingeplant. Die vertretenen Berufsgruppen waren: Pflege (n=11), Ergotherapie (n=2), ärztliches Personal (n=1), Psychologie (n=1), Heilerziehungspflege (n=1), Sozialarbeit (n=1) und Sicherheit (n=1).

Die Dauer der Fokusgruppen wurde im Vorfeld auf zwei Stunden inklusive je einer Pause begrenzt. Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte anhand eines für beide Gruppen einheitlichen Leitfadens, von dem entsprechend des inhaltlichen Verlaufs der Fokusgruppe abgewichen werden konnte. In einem durch eine externe Genesungsbegleiterin geleiteten Workshop im Vorfeld der Fokusgruppen wurden bereits Kernthemen identifiziert, welche zu offenen Leitfragen umformuliert in den Moderationsleitfaden aufgenommen wurden. Ebenfalls im Leitfaden festgehalten wurden ungefähre Zeitspannen pro Moderationsfrage. Von diesen Leitfragen ausgehend erfolgte die thematische Lenkung der Fokusgruppe durch die Moderatorin (PW), sodass zu beiden Terminen

vergleichbare Inhalte besprochen wurden, aber auch auf neu eingebrachte Aspekte durch die Teilnehmer:innen im Rahmen der Fokusgruppe eingegangen werden konnte (vgl. Benighaus & Benighaus, 2012).

Ziel der Fokusgruppen war es, mögliche Tätigkeitsfelder und Voraussetzungen für eine gelungene Implementierung zu sammeln sowie über etwaige Bedenken der Mitarbeiter:innen zu sprechen.

### **3.3.4 Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock**

Es wurde des Weiteren im November 2019 ein teilstandardisiertes Interview in Präsenz mit dem zum damaligen Zeitpunkt auszubildenden Genesungsbegleiter der KFP Rostock im Anschluss an sein erstes Praktikum im Oktober 2019 geführt. Der Genesungsbegleiter ist ein Mann in den Mittfünfzigern, war selbst nie in einer forensischen Psychiatrie untergebracht, hatte eine langjährige Substanzgebrauchsstörung und hat mehrere Jahre im Strafvollzug verbracht. Auch hierzu wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen erstellt. Inhalt des Interviews waren die Motivation bzw. der Werdegang des Genesungsbegleiters bis zu dem Beginn der Ausbildung bei EX-IN, seine Vorstellungen von zukünftigen Aufgabenfeldern, Erwartungen und Wünsche im Hinblick auf die Anstellung in der KFP Rostock sowie die Strategien des Genesungsbegleiters zur Selbstfürsorge und Erhaltung einer guten mentalen Gesundheit.

Ein Interview mit zwei Mitarbeiterinnen der Personalabteilung bezüglich formaler Voraussetzungen fand im November 2019 statt, wurde allerdings nicht in die qualitative Auswertung miteinbezogen, sondern diente vielmehr zur bürokratischen Vorbereitung des Anstellungsverhältnisses des Genesungsbegleiters der KFP Rostock.

## **3.4 Datenverarbeitung**

Alle Interviews und Fokusgruppen wurden mit Diktiergeräten aufgezeichnet und in Form von Audiodateien gespeichert. Die Tonaufnahmen wurden durch die Autorin CB bzw. die wissenschaftliche Mitarbeiterin PW sowie durch studentische Hilfskräfte der KFP Rostock in Schriftform mittels Word wortgetreu transkribiert. Die Transkripte wurden in dem Software-Programm NVivo zur weiteren Verarbeitung hochgeladen, anschließend wurden die Audiodateien vernichtet.

### 3.5 Datenanalyse

Die qualitative Analyse erfolgte im Sinne der Thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006). Ziel der Thematischen Analyse ist es, systematisch Themen innerhalb eines ausgewählten Datensatzes zu identifizieren, miteinander in Verbindung zu bringen und sinnvoll zusammenzufassen. Die induktive Thematische Analyse meint dabei, dass Themen „daten-führend“ identifiziert werden und nicht innerhalb des Datensatzes nach vorher festgelegten Themen gesucht wird. Im vorliegenden Fall wurden zwar im Vorfeld der Gesamtstudie Forschungsfragen festgehalten, welche einen gewissen inhaltlichen Fokus setzen. Dennoch wurde darauf geachtet, Themen ergebnisoffen zu dokumentieren. Daher wurden Themen, die den interviewten Personen wichtig waren, bzw. zentrale Aspekte ihrer Aussagen darstellten, in der Analyse auch als führende Themen interpretiert, unabhängig davon, ob sie eine eindeutige Antwort auf die Forschungsfragen darstellten. Insofern sind in den vorliegenden Ergebnissen dieser Arbeit auch Inhalte beschrieben, welche im Vorfeld der Studie nicht als potentielle Inhalte antizipiert wurden.

Zur Analyse wurden die Transkripte mit dem Software-Programm NVivo12 pro (bzw. ab April 2022 mit der Folgeversion des Programms NVivo Release 1.6.1) bearbeitet.

Zunächst wurden die Textstellen nach aufmerksamem Erst- und Zweitlesen der Transkripte unter potentiellen Themen bzw. ersten Bezeichnungen der einzelnen Codes zusammengefasst. Dann wurden die Themen überarbeitet, jeweils inhaltlich übereinstimmende Themen zusammengefasst und zu passenden Überthemen sortiert. Jedes Transkript wurde vollständig von der Autorin CB und zu jeweils 30% von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der KFP (PW) zweitkodiert, d.h. mindestens ein Interview pro interviewter Gruppe (Genesungsbegleiter:innen, Klinikleitungen, Fokusgruppen der Mitarbeiter:innen und der Genesungsbegleiter der KFP Rostock) wurde von zwei Mitgliedern des Forschungsteams unabhängig voneinander kodiert. Mithilfe jeweils erstellter Definitionslisten zu den Codes wurden die gefundenen Themen verglichen und im Team mit der Betreuerin dieser Promotionsarbeit (BV) besprochen. Es entstand jeweils ein Codebuch für die einzelnen interviewten Gruppen; sich inhaltlich überschneidende Themen wurden überwiegend gleich benannt und definiert.

Die Thematische Analyse ist ein flexibler und kontinuierlicher Prozess, d.h., durch das häufig wiederholte Lesen der Transkripte und fortwährende Rücksprachen und Diskussionen mit dem

Forschungsteam konnten neue Themen sowie Definitionen und Verknüpfungen dieser aufgenommen werden. Zu jeder Interview-Kategorie (Genesungsbegleiter der KFP Rostock, externe Klinikleitungen, externe Genesungsbegleiter:innen und Fokusgruppen der Mitarbeiter:innen) wurde jeweils ein Codebuch erstellt; bestehend aus einer Tabelle mit Code-Definitionen, Textbeispielen und Gegenbeispielen sowie aller kodierter Textstellen pro Code (siehe Anhang).

### **3.6 Ethik**

Die Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock genehmigte die Studie erstmalig am 22.10.2019 (Aktenzeichen A 2019 0193). Eine Verlängerung des Zeitraums der Datenerhebung bzw. Ergänzung der Studie wurde am 28.07.2020 genehmigt; die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse sind davon nicht betroffen. Alle Teilnehmer:innen der Fokusgruppen und alle Interview-Partner:innen unterschrieben eine Einverständniserklärung, in welcher sie der Verarbeitung ihrer Aussagen im Rahmen der Studie zustimmten.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Umfrage

Im ersten Durchlauf der Umfrage in 2019 antworteten 61 der 75 kontaktierten Kliniken in Deutschland (81,3%). 5 der 61 Kliniken (8%) gaben an, eine:n Genesungsbegleiter:in eingestellt zu haben, darunter auch die KFP Rostock. 5 weitere Kliniken planten zu diesem Zeitpunkt die Implementierung.

Im Rahmen des Follow-ups 2023 meldeten sich 44 der 80 kontaktierten Klinikleitungen (KFP Rostock inklusive) zurück (55%). Insgesamt 7 der 44 Kliniken (16%) gaben an, bereits eine:n Genesungsbegleiter:in zu beschäftigen, ebenfalls inklusive der KFP Rostock. 16 Klinikleitungen gaben an, die Implementierung von Genesungsbegleitung zu planen, darunter eine Klinik, welche bereits einen Genesungsbegleiter beschäftigt, aber eine weitere Stelle schaffen möchte.

### 4.2 Interviews mit Einzelpersonen

#### 4.2.1 Interviews mit externen Klinikleitungen

In den Interviews mit Chefärzt:innen und Pflegedienstleitungen forensischer Kliniken deutschlandweit, sowie in einem Fall in einem Doppelinterview mit einem Chefarzt und einer Stationsleitung der Klinik, ergaben sich vier Themenschwerpunkte: Erwartungen, Implementierung, Erfahrungen und Empfehlungen.

**Tabelle 2**

*Themenübersicht der Interviews mit externen Klinikleitungen*

<b>Übergeordnete Themen</b>	<b>Themen</b>	<b>Unterpunkte</b>
Erwartungen	Positive Erwartungen Negative Erwartungen	
Implementierung	Organisatorisches	Administratives Vorbereitung Einarbeitung Supervision Zugriffsberechtigung

	Aufgaben, Arbeitsalltag Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen Integration ins Team Funktion, Rolle Selbstfürsorge	
Erfahrungen	Positive Erfahrungen	Allgemein ... auf Patient:innenseite ... auf Teamseite
	Negative Erfahrungen	Administrative Hürden Fehlende Akzeptanz durch Patient:innen Skepsis/Ablehnung durch Mitarbeiter:innen
Empfehlungen	Unterstützung durch Leitungsebene	
	Kommunikation und Information	Vorbereitung und Planung Offene Gesprächskultur
	Diagnose-spezifisches Arbeiten Hilfreiche Eigenschaften Weitere Empfehlungen	

---

### Erwartungen

Die *positiven Erwartungen* der Klinikleitungen waren hauptsächlich, dass der oder die Genesungsbegleiter:in den Patient:innen eine Perspektive aufzeigen kann, die die fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen aufgrund der fehlenden persönlichen Erfahrungen nicht vermitteln können. Eine weitere Erwartung war eine stärkere „recovery-orientierte Arbeitshaltung“ (PDL 2) der anderen Mitarbeiter:innen durch die Zusammenarbeit mit einem oder einer Genesungsbegleiter:in.

*Und es fehlt einfach dieser Baustein. Diesen Effekt würden wir gern, also diese, diesen Zugang noch stärken zu dem Thema Krankheitsempfinden und so weiter, eben durch die Zusammenarbeit mit dem EX-IN. Bei den Patienten erhoffe ich mir tatsächlich den Effekt der Glaubwürdigkeit. Dass man sagt, okay, hier im Team ist noch jemand, der weiß wie es sich tatsächlich anfühlt untergebracht zu sein, der weiß wie es sich anfühlt eine Diagnose zu erleben. Diesen Schicksalsschlag auch zu erleben und diese Glaubwürdigkeit einfach herzustellen. Oftmals sagt der Patient uns ja: Sie wissen ja gar nicht, wie sich das anfühlt. Und da hat er ja recht! (PDL\_2)*

Die Befürchtungen und Vorurteile (*negative Erwartungen*) bezüglich der Implementierung waren zum einen die mögliche fehlende Kompetenz der Genesungsbegleiter:innen und deren Risiko, erneut zu erkranken, zum anderen ihre fehlende Rollenklarheit; bzw., welcher „Seite“ sie angehören:

*Da war tatsächlich halt mit der Rolle und die Befürchtung natürlich auch, ok da ist jemand, weil die Genesungsbegleiter ja aufgrund ihrer Berufsbezeichnung schon quasi preis geben, dass sie psychiatrisch mal erkrankt waren, Probleme hatten, wie auch immer und dann jemand, der eine Forensikvergangenheit hat, ja erst recht, die tragen es ja auf einem Silbertablett quasi [lacht]. Ja wie gesund, wie stabil sind sie wirklich, diese Befürchtung. (PDL\_3)*

### Implementierung

Unter dem übergeordneten Thema „Implementierung“ wurden sechs Themen summiert: Organisatorisches, Aufgaben und Arbeitsalltag, Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen, Integration ins Team, Funktion und Rolle sowie Selbstfürsorge.

#### Organisatorisches

*Administrativ* musste bspw. im Vorfeld in Zusammenarbeit mit dem Personalrat geklärt werden, wie eine Festanstellung trotz Einträgen im Führungszeugnis erfolgen kann. In einigen Kliniken erfolgt die Finanzierung der Stelle aus dem Pflegebudget, wobei sich die Klinikleitungen einig waren, dass Genesungsbegleiter:innen prinzipiell keine pflegerischen Tätigkeiten verrichten sollen. Andere Kliniken stellten auf Honorarbasis ein, um eben jene bürokratischen Hürden zu umgehen.

Zum Zeitpunkt der Interviews waren die meisten Bestrebungen zur Implementierung von Genesungsbegleitung in forensischen Kliniken durch zufällige Berührungspunkte mit dem Thema bei Fortbildungen oder durch Initiativbewerbungen von Genesungsbegleiter:innen entstanden. Die *Vorbereitungen* des Einsatzes waren durch ein hohes Maß an Kommunikation mit den Mitarbeiter:innen gekennzeichnet.

*Und am Anfang haben wir auch gesagt, ok, das erste Team, was die Recovery-Schulung macht, wird erstmal informiert, soll die Genesungsbegleiterin kennenlernen und dann kann das Team für sich offen entscheiden, wollen wir das oder wollen wir das nicht. Die haben sich dann dafür entschieden und das war erfolgreich und hat auf die anderen Stationen dann quasi übergeschwappt, die haben mitgekriegt, oh, die machen was, was*

*Neues, was ist das denn, das wollen wir auch [lacht]. So, hat die Dynamik dann ihren Lauf... (PDL\_3)*

Bei der *Einarbeitung* bzw. der Gestaltung des ersten Tages der neuen Genesungsbegleiter:innen wurde besonders darauf geachtet, diese so wie bei neuen Mitarbeiter:innen aus anderen Berufsgruppen zu gestalten. Die Genesungsbegleiter:innen wurden durch die Klinik geführt und den anderen Mitarbeiter:innen vorgestellt. Eine der interviewten Pflegedienstleitungen gab zudem an, zu Beginn des Einsatzes vermehrt Rücksprache gehalten zu haben, ob es dem Genesungsbegleiter gut gehe.

Die befragten Kliniken unterschieden sich darin, ob und in welcher Form der oder die Genesungsbegleiter:in eine *Supervision* erhielt. Teilweise wurden diese in die regulären Teamsupervisionen eingebunden, teilweise erhielten sie regelmäßige Einzelgespräche. Ein Genesungsbegleiter erhielt aufgrund seines Praktikantenstatus und seiner kurzen Einsatzdauer keine Supervision. Die Pflegedienstleitung einer Klinik, welche noch in der Planungsphase einer Implementierung war, sprach sich gegen die Teilnahme der Genesungsbegleiter:innen in der Teamsupervision aus:

*Einfach, naja um dem Team noch so ein bisschen, na wie will man sagen, noch eins zu lassen wo man sagt, okay da sind wir noch irgendwie für uns. Auch wenn sich das erst mal schräg anhört und mit dem Thema noch nicht ganz einhergeht, aber diese, man will dem Team noch die Zeit geben, sich an das Thema heranzutasten und sich daran zu gewöhnen. Ich glaube, wenn das später so ein bisschen weniger da ist, diese Berührungsängste, die jetzt noch da sind, wenn die mal abgebaut sind, dann kann man glaube ich gewiss auch über sowas auch noch mal nachdenken und darüber sprechen. Aber jetzt gibt es ein paar Dinge, die wir einfach bei Einführung, bei der Neueinführung einfach ausschließen. Das ist dann zum Beispiel eben das, Supervision, weil da auch eben tatsächlich, naja, auch vielleicht auch der ein oder andere Konflikt im Team untereinander auch besprochen wird, was auch gut so ist, ja. (PDL\_2)*

Für viele Mitarbeiter:innen der anderen Berufsgruppen waren Fragen der Sicherheit eng mit den *Zugriffsberechtigungen* der Genesungsbegleiter:innen verknüpft (siehe auch Fokusgruppen Mitarbeiter:innen). Die Klinikleitungen sprachen sich dafür aus, Akteneinsicht und Schlüssel bei Festangestellten zuzulassen, bei Honorarkräften oder Praktikant:innen aber nicht zu gewähren.

Eine Pflegedienstleitung machte einen Unterschied zwischen den ursprünglichen Diagnosen der Genesungsbegleiter:innen:

*Mir war das wichtig, dass wir lernen, ihm zu vertrauen. Das heißt ja nicht, dass man nicht guckt, was er macht. Er hat Zugang zu den Krankenakten. Er hätte durchaus Zugang zu den Medikamenten haben können, da habe ich mir aber eher weniger Sorgen gemacht. Er hat eine Psychose gehabt und keine Suchterkrankung, wo ich ja vielleicht noch so ein bisschen kritischer wäre (PDL\_1)*

### Aufgaben und Arbeitsalltag

Alle Klinikleitungen zeigten prinzipiell Bereitschaft, sich auf individuelle Interessen und Ideen der Genesungsbegleiter:innen einzulassen. Der Einsatz in verschiedenen Gruppen (Psychoedukation, Sucht, etc.) wurde als sehr sinnvoll erachtet, Einzelgespräche mit schwer-zugänglichen Patient:innen ebenfalls. Auf Honorarbasis wurden Genesungsbegleiter:innen für Teamschulungen zum Thema Recovery eingeladen. Einzelgespräche wurden selbstständig organisiert und durchgeführt, aber in keiner der Kliniken leitete ein:e Genesungsbegleiter:in eine Gruppe ohne ärztlich-psychologische oder pflegerische Begleitung. Dies wurde allerdings von den Klinikleitungen für die Zukunft durchaus denkbar gehalten.

*Also eine wichtige Aufgabe ist Patientenkontakt, da nimmt er an einer Gruppe mit den Psychologen teil. Soziales Kompetenz-, ne 'tschuldigung, Krankheitsaufklärung. Da ist er derweil ziemlich eigenständig unterwegs und was sich bei uns rauskristallisiert hat, dass er manchmal gebeten wird, von den Psychologen oder von uns, Mensch, red doch mal bitte mit dem und dem, das ist komisch. Die nächste Seite, er hat halt feste Aufgaben, das entspricht aber auch dem, was er möchte. Dass er dann Kochgruppen macht mit den Patienten. (SL\_1)*

*Erst mal im Tandem. Ich persönlich habe das schon im Kopf, dass man dann, dass man sagt man kann da schon drüber nachdenken, aber da möchten wir erst mal denjenigen kennenlernen, er soll uns kennenlernen und die Patienten auch. Und dann kann man schon sich vorstellen, dass der Genesungsbegleiter auch eine eigene Gruppe anvisiert. Aber das ist eher Zukunftsmusik, da, so weit sind wir tatsächlich noch gar nicht. (PDL\_2)*

### Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen

Abhängig davon, ob die jeweilige Klinik bereits Genesungsbegleiter:innen beschäftigte oder noch in der Planungsphase war, wurden unter diesem Thema entweder die tatsächlichen Krankheitserfahrungen oder der von der Klinik gesuchte Hintergrund verortet. Die ursprüngliche Diagnose sollte mit den in forensischen Kliniken häufig vertretenen Krankheitsbildern übereinstimmen. Bei Genesungsbegleiter:innen mit forensischem Hintergrund muss laut einer Pflegedienstleitung abhängig von dem Delikt entschieden werden, ob eine Einstellung erfolgen kann.

*Ich glaube, das kommt auf das Delikt drauf an. Ich sehe da kein generelles Ausschlusskriterium, aber man müsste sich anschauen, was denn die Straftat war. Geringe Vergehen. Ich meine unsere Patienten, die wir hier haben und die jetzt auch die EX-IN-Ausbildung machen, die haben ja logischerweise auch ein Delikt begangen und das ist kein Ausschlusskriterium. (PDL\_2)*

Die Klinikleitungen machten es zu einer klaren Voraussetzung, dass Genesungsbegleiter:innen als vollwertige Team-Mitglieder anzusehen sind, um eine *Integration ins Team* zu gewährleisten.

### Funktion und Rollenbild

Die durch die Klinikleitungen beobachtete und gewünschte Funktion der Genesungsbegleiter:innen ist vornehmlich die Vermittlung zwischen Fachpersonal und Patient:innen sowie die hohe Glaubwürdigkeit der Aussagen einer Person, die bereits Ähnliches wie die Patient:innen durchlebt hat.

*Also als, ich sag mal im weitesten Sinne Patientenanwalt und eben jemand, der auch wirklich Zeit hat, eben, sich frei da praktisch zu bewegen, ohne jetzt unmittelbar einer Funktion zu, zu unterliegen und der einfach Zeit auch, quasi auf der Patientenseite sehr frei verbringen kann, hat der natürlich ne ganz andere Zugangsmöglichkeit, als das ja in viele Aufgaben eingebundene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. (KL\_2)*

Strategien für *Selbstfürsorge* wurden den Genesungsbegleiter:innen prinzipiell selbst über-

lassen; die Klinikleitungen beobachteten, dass die Genesungsbegleiter:innen gut und schnell reagieren konnten, wenn sich ihre mentale Gesundheit verschlechterte, und boten in solchen Fällen Unterstützung an.

### Erfahrungen

#### Positive Erfahrungen

*Allgemein* waren die Klinikleitungen zufrieden mit der Implementierung von Genesungsbegleitung in ihren Kliniken. Die Genesungsbegleiter:innen erfuhren Akzeptanz und Anerkennung und wurden als Bereicherung wahrgenommen.

*Das kann ich nur bejahen. Ne, ich hab das nicht bedauert. Ich hab viel von dem Herrn [Name PSW] gelernt. Und ich seh' die Bereicherung für das Haus und für die Patienten. Manchmal hätt' ich gerne noch nen Zweiten. Genesungsbegleiter. (SL\_1)*

*Auf Patient:innenseite* ließ sich die gewünschte Wirkung erzielen, mit einem oder einer Genesungsbegleiter:in eine Vorbildfunktion zu erfüllen. Die Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen inspirierten Patient:innen teilweise sogar dazu, selbst eine Ausbildung bei EX-IN beginnen zu wollen.

*Ja, gut. Die waren ja sehr beeindruckt, dass, also, das war ja genau der Effekt, den wir erwartet hatten, der dann auch eingetreten ist, dass die jemand haben, der die Erfahrung schon gemacht hat und draußen ist, also der lebt denen ja vor, wie man Maßregelvollzug verstehen kann, wie man da wieder rauskommen kann und der hat so seine Geschichte auch sehr offen kommuniziert mit der Patientengemeinschaft und das ist bei denen sehr gut angekommen und hat auch Effekte gezeigt, indem, also, dass das also jemand war, der ja praktisch neutral war oder so ein Zwischending zwischen Behandler und Patient war. (KL\_1)*

*Auf Teamseite* veränderte sich durch die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleiter:innen spürbar die Sichtweise auf die Patient:innen; die Akzeptanz für gewisse Verhaltensweisen wuchs. Die Stigmatisierung der Patient:innen durch das Team als „psychisch krank“ wurde reduziert.

*Und, man konnt's sich so recht nicht vorstellen, was halt, was tatsächlich aufge-  
weicht worden ist, dass die Mitarbeiter besser die Patienten nachvollziehen können ihrer,  
in ihrer Erkrankung. Und Herr [Name PSW] hat halt durch sich selbst für sich gesorgt,  
nämlich dass der jetzt einen Platz im Team hat. (SL\_1)*

*Und erstaunlicherweise sind wir in vielen Teams auch auf Verständnis gestoßen,  
im Sinne von, naja, ok, es gibt ja auch Mitarbeiter, denen es mal nicht gut geht und kommt  
ja überall mal vor. (PDL\_3)*

*Dass da durchaus eine Veränderung stattgefunden hat von: Ja wir sind in der Fo-  
rensik, wir müssen einfach alles regeln, hin dazu, offener zu sein und mehr Bereitschaft zu  
haben, das mal zu hinterfragen. Auf den Prüfstand zu stellen und da haben, glaube ich, hat  
der Einsatz von Genesungsbegleitern sehr viel bewirkt. Auch mit diesem ganzen, das ist so  
ein Rattenschwanz, den das nach sich zieht, zum Thema Verantwortung, Mitbestimmung  
und Gestaltungsmöglichkeiten auch für die Patienten da an den Stellen wieder zu schaffen,  
das sind dann so Aspekte, wo ich glaube, ja. Auch zum Thema Akzeptanz dann wieder, die  
man dann auch diskutiert, warum verhalten sich Patienten an einigen Stellen so, wie sie  
sich verhalten. Da dann auch wieder mehr Akzeptanz, bei einigen. (PDL\_3)*

Insbesondere das letzte Zitat zeigt die wachsende Recovery-Orientierung der Mitarbei-  
ter:innen.

### Negative Erfahrungen

Im Rahmen der Implementierung traten verschiedene Probleme für sowohl Genesungsbe-  
gleiter:innen wie auch für Mitarbeiter:innen auf. *Administrative Hürden* wie eine geringe Vergü-  
tung oder bspw. die fehlende Möglichkeit für die Genesungsbegleiter:innen, im Personalwohn-  
heim unterzukommen, wurden als hinderlich empfunden.

Da das Konzept auch für die Patient:innen neu war, *fehlte* unter ihnen teilweise die *Akzep-  
tanz*. In einem Fall wurde der Genesungsbegleiter als Verräter wahrgenommen und seine Vertrau-  
lichkeit auf die Probe gestellt.

Selbst bei guter Vorbereitung ließ sich die *Skepsis* bzw. *Ablehnung durch Mitarbeiter:innen*  
nicht gänzlich verhindern:

*Also, ein Teil war halt erstmal, der ihn als Ex-Patienten gesehen hat und nun Sorge hatte, dass man nun im Team einen Patienten hat. Nicht alle waren das, aber einige. (SL\_1)*

*Klar sind immer noch einige Mitarbeiter in manchen Stationen, die jetzt nicht unbedingt begeistert sind und auch fragen, ja, darf ich denn in der Übergabe überhaupt alles sagen. (PDL\_3)*

Meist lagen in diesen Fällen Vorurteile gegenüber den Genesungsbegleiter:innen, aber auch Unsicherheiten oder Zweifel am Konzept zugrunde.

### Empfehlungen

Eine Empfehlung lautete, die *Unterstützung der Implementierung durch die Leitungsebene* deutlich zu machen. Präsenz und Beteiligung an der Einstellung und Einarbeitung eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin zu zeigen, baue bereits viele Unsicherheiten ab.

### Kommunikation und Information

Der Wichtigkeit einer transparenten Kommunikation zog sich durch sämtliche Interviews. Rückblickend wurden in der *Vorbereitung und Planung* einige Mängel in einer misslungenen Kommunikation gesehen. Es sei wichtig, das gesamte Team zu schulen und sich stetig fortzubilden.

Das Unterstützen einer *offenen Gesprächskultur*, also eines ehrlichen Austauschs sowohl mit dem oder der Genesungsbegleiter:in als auch kontinuierlich im Team, erwies sich als sehr hilfreich. Eine Pflegedienstleitung betonte, dass die Möglichkeit, dass das Team die Implementierung im Vorfeld hätte ablehnen dürfen, schon Skepsis reduziert habe.

### Diagnose-spezifisches Arbeiten

Während sich die Klinikleitungen bezüglich der Unterbringungserfahrung oder ggf. des Delikts der Genesungsbegleiter:innen unterschiedlich äußerten, betonten alle den Vorteil, einen oder eine Genesungsbegleiter:in mit ähnlicher Grunderkrankung passend zum Großteil der Patient:innen auszuwählen:

*Ich glaube, man muss die sehr genau aussuchen, man muss das wirklich Diagnose-spezifisch machen, die Dame, die wir jetzt im 64er-Bereich ausbilden, die könnte das nicht mit Psychose-kranken Männern machen und es ist sehr stark personenabhängig. (KL\_1)*

*Wir haben jetzt gemerkt... mit den Praktikanten... es muss auch passen. Also jetzt nicht im Sinne von gut oder schlecht, sondern wir hatten jetzt einen Praktikant, der hatte selber einen Psychosehintergrund, hat wunderbar geklappt, wir haben eine Station mit Schwerpunkt auf Psychose-Patienten, das hat wunderbar funktioniert, hat für sich selber aber auch gesagt, dass Abhängigkeitserkrankungen nicht seins wären, das könnte er sich jetzt gar nicht vorstellen, also... so im Sinne von passen. [...] (PDL\_3)*

Als *hilfreiche Eigenschaften* der Genesungsbegleiter:innen wurden ein gewisses Maß an Reflexionsfähigkeit sowie allgemein eine gute Zugänglichkeit oder Offenheit als Person beschrieben. In einem Fall wurde auch ein höherer Bildungsabschluss als hilfreich genannt. Außerdem ist es wichtig, dass der oder die Genesungsbegleiter:in eine positive Einstellung gegenüber der Psychiatrie insgesamt, medikamentöser Therapie etc. hat, um Konflikten im Team vorzubeugen. Unvoreingenommenheit, ausführliche Planung und das Antizipieren der naheliegenden Hürden sind *weitere Empfehlungen*.

#### Zusammenfassung der Interviews mit externen Klinikleitungen

Die interviewten Klinikleitungen haben eine positive Haltung zu dem Konzept der Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie. Sie erhoffen sich von der Einstellung eines oder einer Genesungsbegleiter:in ein stärker Recovery-orientiertes Arbeiten aller Mitarbeiter:innen ihrer Klinik. Die Aufgaben der Genesungsbegleiter:innen in den jeweiligen Kliniken sind die Kontaktaufnahme zu schwer zugänglichen Patient:innen, Gesprächsangebote für interessierte Patient:innen und die Co-Moderation von Gruppen. Die Klinikleitungen sehen die Genesungsbegleiter:innen besonders in der Funktion, durch ähnliche Lebenserfahrung zu manchen Patient:innen einen besseren Zugang zu finden sowie unter den anderen Mitarbeiter:innen mehr Akzeptanz und Verständnis für die Patient:innen zu fördern. Ihre Erfahrungen mit der Implementierung sind insgesamt positiv, aber auch von ablehnenden Haltungen einiger Mitarbeiter:innen zu Anfang des

Einsatzes geprägt. Ihre Empfehlungen zur Implementierung sind vor allem eine ausführliche, transparente Vorbereitung unter Einbeziehung aller Beteiligten und die bedachte Auswahl eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin anhand der Persönlichkeiten und deren Lebenserfahrungen und überwundenen Krisen.

## 4.2.2 Interviews mit externen Genesungsbegleiter:innen

**Tabelle 3**

*Themenübersicht der Interviews mit externen Genesungsbegleiter:innen*

Übergeordnete Themen	Themen	Unterpunkte
Erwartungen	... der Mitarbeiter:innen	Negative Erwartungen Positive Erwartungen und Neugier
	... der Genesungsbegleiter:innen	
Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen		
Implementierung	Hilfreiche Eigenschaften Begleitende Gespräche Interaktion mit Mitarbeiter:innen	Vorstellen im Team Positive Erfahrungen Negative Erfahrungen
	Ansprechperson Supervision Herausforderungen und Schwierigkeiten	
Aufgaben und Rollenbild	Inhalte der Arbeit mit Patient:innen	Beziehungsarbeit Gesprächsthemen Vermittlung zwischen Team und Patient:innen Psychoedukation
	Arbeitsalltag	Rahmenbedingungen Tätigkeiten
Selbstfürsorge	Rollenbild Abgrenzung Rituale, Tagesstruktur, Pausen Hobbies	
Empfehlungen	Persönliche Eignung des Genesungsbegleiters Freies Arbeiten Gegenseitiger Respekt	

### Erwartungen

Die interviewten Genesungsbegleiter:innen waren bei ihren arbeitgebenden Kliniken jeweils die ersten ihres Berufsfelds und dadurch mit verschiedenen Erwartungen *der Mitarbeiter:innen* konfrontiert. Eine *negative Erwartung* war bspw., dass die Genesungsbegleiter:innen nicht vertrauenswürdig genug für die Tätigkeit sein könnten:

*Also... eine Sache ist mir dann mal mitgeteilt worden. Man hatte z.B. Angst, dass ich mich als Genesungsbegleiter an den Medikamenten bedienen würde. Ich hab ja auch Zugang zum Medikamentenschrank. Natürlich darf ich das nicht machen, also ich, ich stell keine Medikamente, ich geb die höchstens mal raus, wenn die schon vorbereitet sind, aber mehr auch nicht. Da waren z.B. sehr große Ängste. Und eine Hauptangst, die eigentlich später zu mir kommuniziert worden ist, dass Teammitglieder, also nicht alle, aber vereinzelte Teammitglieder große Sorge hatten, dass ich mich mit den Patienten verbünden würde. Und gegen das Team arbeiten würde. Ich weiß, dass es Genesungsbegleiter durchaus gibt, die solche Ideen im Kopf haben. Die wollen dann von vornherein die komplette Psychiatrie revolutionieren, sag ich mal. (PSW\_3)*

Eine Genesungsbegleiterin berichtete, in der Klinik, in der sie selbst Patientin war, für Irritation ihrer früheren Behandler:innen gesorgt zu haben. Diese waren aber auch positiv beeindruckt von der Genesungsgeschichte der Genesungsbegleiterin. Weitere *positive Erwartungen der Mitarbeiter:innen* in der Wahrnehmung der Genesungsbegleiter:innen war vor allem die Neugier, Personen kennenzulernen, die selbst einmal akut krank waren und ein gutes Leben in Recovery führen.

Die *Erwartungen der Genesungsbegleiter:innen* selbst waren unterschiedlich. Während eine Person von Neugier auf Unbekanntes berichtete, sprach eine andere von „vertrautem Terrain“ (PSW\_2). Ein Genesungsbegleiter, der selbst nie forensisch untergebracht oder in Haft war, hatte selbst Vorurteile den Patient:innen gegenüber, die er allerdings schnell abbauen konnte.

*Also wo ich dann, ich wusste nicht, dass ich in die forensische Klinik reingehe, geschweige denn in die JVA, ich hab immer gedacht, also früher hab ich so gedacht, das sind Kriminelle, das sind Schlitzohren oder Mörder oder sonst irgendwas, das war so mein Vorurteil, wo ich gehabt hab gegen die JVA und die forensische Klinik. (PSW\_1)*

### Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen

Die Biografien und Krankheitsgeschichten der Genesungsbegleiter:innen waren sehr unterschiedlich. Alle waren mittleren Alters, mindestens zwanzig Jahre zuvor erstmals erkrankt und hatten verschiedene Instanzen des psychiatrischen Hilfsystems durchlaufen. Zwei der Personen hatten Erfahrungen mit Psychosen, eine Person mit Suchterkrankungen und forensischer Unterbringung. Die Kontaktherstellung zu der EX-IN-Ausbildung und der jeweiligen arbeitgebenden Klinik entstanden in allen Fällen eher zufällig und durch Empfehlungen. Zwei Personen waren fest und in Teilzeit angestellt, eine Person arbeitete auf Honorarbasis mit einer forensischen Klinik sowie einer JVA zusammen.

### Implementierung

Wesentliche *hilfreiche Eigenschaften*, die die Genesungsbegleiter:innen bei sich selbst sahen, waren die Fähigkeiten, die Gefühle und Situation der Patient:innen nachvollziehen zu können, auf sie zugehen zu können und eine ruhige Art zu haben.

*Vielleicht halt auch, weil ich sehr gute Erfahrungen gemacht habe in der Psychiatrie, selber als Patient und klar wird man bevormundet, klar guckt man in die Schublade rein, so das ist ein kleines Kind, das muss jetzt mal darauf hören, was wir sagen, ne, das ist schon so eine Schwierigkeit in der Psychiatrie, dass man sich so vorkommt, als wäre die ganze Lebenserfahrung nichts mehr wert. (PSW\_1)*

*Und dann hab ich das diesen Hospitationstag gemacht und da merkte man auch, dass ich sehr gut auf Menschen zugehen kann. Und dass ich auch überhaupt keine... Hemmungen hab, Menschen anzusprechen, egal in welchem Zustand sie sind. Und... das kam ganz gut an und daraufhin bot man mir dann dieses Praktikum eigentlich an. (PSW\_3)*

Im Rahmen der Einarbeitung gab es in allen Fällen *begleitende Gespräche* zum gegenseitigen Kennenlernen und um Vereinbarungen über die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter:innen zu treffen. Die Frequenz dieser Gespräche variierte von einem Gespräch nach einigen Monaten in einem Fall bis zu wöchentlichen Feedbackgesprächen während des Praktikums in einem anderen Fall.

#### *Interaktionen mit den anderen Mitarbeiter:innen*

Ein *Vorstellen im Team* erfolgte nur bei den Festangestellten, nicht bei dem auf Honorarbasis tätigen Genesungsbegleiter. Nicht alle Mitarbeiter:innen wussten, was Genesungsbegleiter:innen sind und welchen Hintergrund sie haben. Recht schnell respektiert und im Team geschätzt zu werden, zählt zu den *positiven Erfahrungen* in der Interaktion.

*Und das war so, am Anfang, ja, ach was, das war nicht so schlimm, weil die meisten haben gesagt, hm, Herr [Name] macht das und die haben es von vorne hinein gesehen, er hat Hand und Fuß und sie können mir vertrauen und von dem her war es kein Problem. (PSW\_1)*

*Und da ist auch, das ist vielen aufgefallen, die sagen, du dokumentierst ganz anders als wir und man hat sich dazu entschlossen, das genau das auch so zu lassen, also das nicht in diesem üblichen ähm, mich mit formellen Formulierungen zu behelligen, sondern wir profitieren auch genau davon, dass eben diese innere Blickweise auch mit in die Dokumentation einfällt. Das find ich ermutigend. (PSW\_2)*

Die Genesungsbegleiter:innen machten auch *negative Erfahrungen* mit den anderen Mitarbeiter:innen, welchen meist Vorurteile oder Zweifel am Konzept der Genesungsbegleitung zugrunde lagen.

*Und das sind so die Sachen, ein Sozialarbeiter würde niemals zum Klienten sagen, du darfst einen, rauch lieber einen Joint statt einer chemischen Keule, aber das wieder meine Aufgabe zu sagen, wenn es gar nicht anders klappt und du schaffst es nicht in dem Sinne und du nimmst schon einen Joint, obwohl du es nicht darfst, dann nimm bitte einen normalen Joint und nicht die chemische Keule, ja? Und das sind so die Sachen, wo teilweise auch dem Sozialarbeiter nicht geschmeckt hat, aber ich hatte da die Freiheit, das zu sagen, weil es war ja auch begründet, ja? (PSW\_1)*

Diese Textstelle verdeutlicht die besondere Position, aus der heraus ein:e Genesungsbegleiter:in, ein:e „Expert:in aus Erfahrung“, mit den Patient:innen spricht. Die durch die geteilte Lebenserfahrung geschaffene Augenhöhe erlaubt einem oder einer Genesungsbegleiter:in Aussagen, die für fachlich ausgebildetes Personal im psychiatrischen Hilfssystem nicht denkbar wären. Dies führt in forensischen Kliniken oder JVA's, in denen eine Vielzahl an Regeln die Sicherheit für sowohl Mitarbeiter:innen als auch Untergebrachte bzw. Inhaftierte erhöhen soll, unweigerlich zu Konflikten. Ein anderes Spannungsfeld ist die kurze Modulausbildung der Genesungsbegleiter:innen, bzw. die Vergütung auf Honorarbasis:

*Aber das war jetzt nicht von den Chefs her, sondern das war von ein paar Sozialarbeitern her, was normal ist, die halt auch ein wenig neidisch waren, dass ich so einfach mein Geld verdient habe und die sagen so, der Herr [Name] lernt ein Jahr Genesungsbegleiter am Wochenende einmal im Monat und kriegt dann sechzig Euro und wir machen das Studium und weiß der Geier was, also da hat man, das war so eher der Konflikt, wo ich gehabt hab, dass die gesagt haben, wie, wie, wie, der will ein Hammer Geld verdienen, ja, der soll ehrenamtlich arbeiten und dann habe ich den Leuten beibringen müssen, dass ich zwar die Schulung gemacht hab oder die Weiterbildung gemacht hab zum Genesungsbegleiter, dass ich aber mein ganzes L e b e n, die Erfahrung meines ganzen Lebens brauche, um diesen Job zu machen und dann hab ich gesagt, wenn ihr mal seht, was ich alles gelernt hab in meinem Leben, wie viele Jahre ich dafür aufbringen musste, dann habe ich dreißig Semester gehabt, wie viel habt ihr gehabt? (PSW\_1)*

In diesem Fall wurde die besondere Qualifikation des Genesungsbegleiters durch seine Lebenserfahrung von den fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen nicht gesehen. Eine weitere negative Erfahrung war außerdem die mangelhafte Zusammenarbeit aus einem Desinteresse an der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen heraus.

Alle drei Genesungsbegleiter:innen betonten den hohen Wert einer gut verfügbaren *Ansprechperson* bei Schwierigkeiten oder Unsicherheiten.

*Und ich bin mir aber auch ganz sicher, dass meine Stationsleitung ein sehr waches Auge dafür hat, wie es den Kollegen im Team grade geht, also jetzt nicht speziell auf mich gemünzt, sondern ganz allgemein und bei mir natürlich auch. Da verlass ich mich auch drauf, dass ich Rückmeldung kriegen würde, wenn bei mir irgendwas auffällig ist und nicht wie sonst. Das ist bis jetzt aber noch nicht vorgekommen, also ich hatte dieses Jahr ne*

*krisenhafte Situation zuhause, das hab ich so auch besprochen, da hat es viel Zuspruch und Unterstützung gegeben, aber man ist mir nicht irgendwie penetrant hinterher gelaufen, was können wir denn noch für dich tun, das hätte ich auch nicht haben wollen. (PSW\_2)*

Die Angebote zur *Supervision* unterschieden sich wiederum stark. Eine Person erhielt gar keine *Supervision*, eine Person hatte Zugang zur *Teamsupervision*, die allerdings nicht als hilfreich empfunden wurde und die dritte Person erhielt alle zwei Monate ein Reflexionsgespräch.

Eine der *Herausforderungen und Schwierigkeiten* abseits der Kommunikation war die Unklarheit der Tätigkeit der Genesungsbegleiter:innen:

*Als ungünstig hab ich an für sich, ja...also als hilfreich..., es war schwierig abzu-checken jetzt in dem Sinne, dass ich, ich habe ja keine Vorlage gehabt vom Personal, mach das oder das und das und das nicht, ja, sondern es gab nur die grobe Vorlage, das und das darf der Klient, das und das darf er nicht und was du machst ist egal, Hauptsache es bringt was. (PSW\_1)*

Weitere Schwierigkeiten zu Beginn des Einsatzes waren Unsicherheiten im Umgang mit den Patient:innen und die fehlende Unterstützung durch die anderen Mitarbeiter:innen.

### Aufgaben und Rollenbild

Unter diesem Thema wurden die *Inhalte der Arbeit mit Patient:innen*, der *Arbeitsalltag* und das *Rollenbild* zusammengefasst.

Die Genesungsbegleiter:innen sehen eine ihrer Hauptaufgaben in der *Beziehungsarbeit*. Sie bauen durch behutsame Kontaktaufnahme und Teilen ihrer eigenen Erfahrungen ein Vertrauensverhältnis auf, insbesondere zu Patient:innen, die sich dem Fachpersonal gegenüber nur schwer öffnen. Die *Gesprächsthemen* sind häufig Recovery-orientiert und betreffen die Zukunft der Patient:innen, wie Pläne für die Zeit nach der Entlassung oder die Ängste der Patient:innen bei ausstehenden Gerichtsurteilen. Auch die *Vermittlung zwischen Team und Patient:innen* ist Aufgabe der Genesungsbegleiter:innen:

*[...] es gibt ein paar Kollegen... da hab ich mehrmals dezent versucht, auf ein paar Sachen hinzuweisen, wie man mit Patienten redet zum Beispiel, ich hab aber nicht das Gefühl, dass das verstanden wurde. Ich überleg' noch, wie ich da, was ich da weiter machen will, ob ich da über die Stationsleitung mal drüber reden möchte, weil die als deren Vorgesetzte, kann das nochmal anders kommunizieren, aber auf der anderen Seite, das sind Kollegen, die sind auch viele, viele Jahre auch im Dienst, die wissen schon, was sie tun, denen sind vielleicht bisher manche Feinheiten //, aber das auch in 'ner angemessenen Form zu thematisieren, das ist auch irgendwo eine Herausforderung. (PSW\_2)*

Nicht nur werden die Mitarbeiter:innen für die Sichtweise der Patient:innen sensibilisiert, sondern auch Patient:innen wird vermittelt, wie Aussagen des Fachpersonals gemeint sind oder bspw. dass es möglich ist, sich dem Fachpersonal bei einem Regelverstoß anzuvertrauen.

*Psychoedukation* über die Erkrankungen der Patient:innen ist ebenfalls ein Inhalt der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen.

Die *Rahmenbedingungen* des *Arbeitsalltags* sind bei den Interviewten abhängig von der Anstellungsart. Die auf Honorarbasis tätige Person holt ihre „Klienten“ in der forensischen Klinik bzw. JVA ab und stellt die Arbeitszeit in Rechnung. Die festangestellten Genesungsbegleiter:innen arbeiten auf festgelegten Stationen ihrer forensischen Klinik, sind aber prinzipiell auch für Patient:innen außerhalb ihrer Stationen ansprechbar. Ihre *Tätigkeiten* sind teils mit den Arbeitgebern festgelegt worden, in weiten Teilen aber auch sehr frei von den Genesungsbegleiter:innen selbst zu gestalten. Neben dem Angebot verschiedener Gruppen besteht für die Patient:innen die Möglichkeit zu Einzelgesprächen mit den Genesungsbegleiter:innen sowie im Falle des selbstständigen Genesungsbegleiters Unterstützung bei der Wohnungssuche und anderen freizeithlichen Aktivitäten im Rahmen der Lockerungen der Patient:innen.

Das eigene *Rollenbild* der Genesungsbegleiter:innen beinhaltet zum einen, Teil des handelnden Teams zu sein. Das Einfühlungsvermögen den Patient:innen gegenüber und die Perspektive-vermittelnde Funktion in beide Richtungen sind die Besonderheiten eines Genesungsbegleiters.

*Aber ich bin dann eher so gestrickt, dass ich sag, wenn ich in einem Team arbeite, dann bin ich Bestandteil des Teams und arbeite nicht gegen das Team. Und meine Idee war dann eher so ... so'n Zwischenstück zu sein. Das heißt, auf der einen Seite bin ich natürlich*

*viel für die Patienten da, erzähl den Mitarbeitern auch manchmal, wie das so bei mir war, wie ich das wahrgenommen habe, als ich selber Patient in der Psychiatrie war. Aber das mach ich nicht um zu belehren, in irgendner Form, das mach ich dann auch oft auch auf so 'ne humoristische Art. Aber das mach ich dann auch, damit die Teammitglieder oder Mitarbeiter sich das so'n bisschen vorstellen können, wie das ist, wenn man in so 'ner Psychose drinsteckt. (PSW\_3)*

Genesungsbegleiter:innen haben durch ihre Art, mit herausfordernden Situationen umzugehen, eine Vorbildfunktion für Patient:innen:

*Aber das war zum Beispiel im Wohnheim, mal eine ganz andere Seite, da habe ich mal einen Klient gesehen, da hab ich gesagt, oh, ich glaube meine Psychose geht wieder los, ich glaube, ich muss in die Psychiatrie, muss mich behandeln lassen, ja, habe das frühzeitig erkannt, bin dann auch in die Psychiatrie reingegangen und auf einmal war das Thema aber dann in der Runde, ne, wo die gesagt haben, Mensch, wenn sogar der Herr [Name] so rechtzeitig reagiert und sich behandeln lässt und Hilfe entgegennimmt, dann wäre das vielleicht für uns auch mal einen Sinn, das war jetzt mehr so Suchtwohnheim, wenn wir Suchtdruck haben oder sonst irgendwas, uns vorher zu melden, bevor wir Scheiße bauen. Also da habe ich auch praktischerweise als Vorbild fungiert, zu sagen, auch ein Genesungsbegleiter braucht ab und zu Schutz von der Psychiatrie. (PSW\_1)*

### Selbstfürsorge

Aufgrund des beschriebenen Rollenbildes brauchen Genesungsbegleiter:innen Strategien der *Abgrenzung*, um nicht von den Patient:innen ausgenutzt zu werden und auch, um die eigenen mentalen Ressourcen zu schützen.

*[...] ich hab einfach über [Name] und so weiter, durch diese Klienten hab ich halt einfach gemerkt, dass die Klienten wie Kinder sind, die probieren alles aus. Die, die, die bringen einen zu Weißglut, weil sie praktischerweise alle Grenzen austesten wollen. Auf die Tour, hey, da haben wir einen Genesungsbegleiter, das ist ein guter Freund, mit dem können wir es machen. Und das war so mehr das wo ich dann gesagt hab, hey, da muss ich eine klare Linie haben, da müsst ich ganz genau wissen, das dürft ihr mit mir machen und das nicht. (PSW\_1)*

Eine Person beschrieb, *Rituale* sowie eine klare *Tagesstruktur* wie z.B. die Medikamen-

teneinnahme zu festen Zeiten oder das Fahrradfahren zur Arbeit als Selbstfürsorge zu nutzen. *Hobbies* wie künstlerische Tätigkeiten und Spaziergänge mit den eigenen Hunden waren ebenfalls hilfreich.

### Empfehlungen

Ein:e Genesungsbegleiter:in sollte *persönlich geeignet* sein, das heißt, er oder sie sollte sowohl zum Team als auch zum Patient:innen-Klientel passen und die Fähigkeit besitzen, mit schwierigen Situationen umzugehen:

*Aber an die Grenzen bin ich gekommen, das Schwimmen war wahr, das Schwimmen wird jeden Genesungsbegleiter betreffen, der in der forensischen Klinik arbeitet, dass er merkt, hey hoppla, hier ist was passiert, hier gerade, wo ich nicht mehr unter Kontrolle hab. Und da fand ich halt wichtig, ich bin ein sehr authentischer Mensch, ich merk dann einfach, dass ich weiß, was richtig ist, im richtigen Moment, ja, und das hat mir geholfen, darüber hinweg zu kommen und ich glaube, das ist das Wichtigste, wo ein Genesungsbegleiter, grade in der forensischen Klinik, braucht, dass er halt authentisch und wahrheitsgetreu ist, ja, dass er einfach weiß, was er in jeder Situation gefühlt-mäßig tun muss, ja. (PSW\_1)*

Außerdem ist es wichtig, dem oder der Genesungsbegleiter:in ein möglichst unkonventionelles und *freies Arbeiten* zu ermöglichen, um das Potential einer Recovery-orientierten Arbeit voll auszuschöpfen. *Gegenseitiger Respekt* und Vertrauen zwischen Genesungsbegleiter:innen und anderen Mitarbeiter:innen sind unabdingbar.

Eine umfassende und transparente *Information und Vorbereitung des Teams* könnten den beschriebenen Hürden in der Kommunikation vorbeugen. Dazu können Schulungen durch Genesungsbegleiter:innen und Ausbilder:innen bei EX-IN, aber auch „Kennlernphasen“ zwischen Team und Genesungsbegleiter:in wie Praktika und Hospitationen dienen.

*Ich denke mal, die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, ja ok, kann man so machen, aber, ich denke, man hätte das Team informieren müssen, wenn schon nicht schulen, dann wenigstens informieren, vielleicht auch einen kleinen Workshop, wie Sie es in Ihrer Einrichtung gemacht haben, zumindest für die Stationen, wo absehbar ist, dass sie Genesungsbegleiter bekommen, das, also sowas fänd' ich wünschenswert. (PSW\_2)*

*[...] ja, weil, wenn der zum Beispiel Patient ist, der bei euch auch Patient war oder Genesungsbegleiter ist, der bei euch Patient war und der hat auf einmal alle Schlüssel und guckt in alle Räume rein, das ist ein bisschen schwierig, wo dann manche werden die Stirn runzeln und sagen: Moment, was macht denn der hier. (PSW\_1)*

Im Verlauf der Implementierung sind *klare Absprachen* einzuhalten, dazu zählt das Verhalten in einer schwierigen Situation, bzw. generell eine:n feste:n Ansprechpartner:in für unklare Situationen zu haben.

#### Zusammenfassung der Interviews mit externen Genesungsbegleiter:innen

Die interviewten Genesungsbegleiter:innen arbeiten in unterschiedlichen forensischen Kliniken und haben auch sehr unterschiedliche Erfahrungshintergründe. Nach anfänglichem Misstrauen durch andere Mitarbeiter:innen machten alle auch die Erfahrung, dass ihre Arbeit als wertvoll geschätzt wurde und sie im Team akzeptiert wurden. Als besonders hilfreich in der Arbeit als Genesungsbegleiter:in empfinden sie ihre offene Art und die Fähigkeit, sich in Patient:innen hineinzuversetzen und deren Schwierigkeiten nachvollziehen zu können. Ihre Arbeitsweise, unter Umständen weniger Verbots- oder Regel-bezogen zu denken als andere Mitarbeiter:innen, führt teilweise zu Konflikten. Auch das Fehlen klarer Aufgaben wird als schwierig empfunden. Die Genesungsbegleiter:innen sehen ihre Hauptaufgabe, ähnlich wie die Klinikleitungen, in der Vermittlung zwischen behandelndem Klinikpersonal und Patient:innen. Ihre Empfehlungen lauten ebenfalls, die Einstellung eines oder einer Genesungsbegleiter:in ausführlich vorzubereiten und die Person entsprechend ihres persönlichen Erfahrungswissens auszuwählen.

### 4.3 Fokusgruppen Mitarbeiter:innen

In den beiden Fokusgruppen mit Mitarbeiter:innen verschiedener Berufsgruppen ging es überwiegend um erste Eindrücke der Mitarbeiter:innen von dem Genesungsbegleiter anschließend an sein erstes, einwöchiges Praktikum und um Ideen zur Planung seiner weiteren Tätigkeit. An beiden Fokusgruppen nahmen Teilnehmer:innen in einer ähnlichen Zusammensetzung verschiedener Berufsgruppen teil. Die meisten Themenschwerpunkte waren in beiden Gruppen zu finden. Das Thema „Professionelle Distanz durch Siezen“ beschäftigte nur eine der beiden Gruppen. Folgende Themen traten auf:

**Tabelle 4**

*Themenübersicht der Fokusgruppen mit Mitarbeiter:innen der KFP Rostock*

<b>Übergeordnete Themen</b>	<b>Themen</b>	<b>Unterpunkte</b>
Vorbereitung und Einarbeitung	Schrittweise Einarbeitung Abgrenzung, Rollenklarheit  Hilfreiche Verhaltensweisen der Mitarbeiter:innen  Flexibilität	Gleichbehandlung Integration ins Team Schutz vor Missbrauch durch Patient:innen Schutz vor Missbrauch durch Team
Anforderungen an den Genesungsbegleiter	Genesungsbegleiter wird sich im Team beweisen müssen Professionelle Distanz durch Siezen	
Bedenken	... gegenüber dem Konzept  ... gegenüber dem Genesungsbegleiter persönlich	Kürze der Ausbildung Arbeitseinsatz am Konzept vorbei Unpassendes Patient:innenklientel  Fehlende professionelle Distanz Fehlende Sensibilität Zweifel an Kompetenz und Belastbarkeit

	Vorurteile aufgrund der ehemaligen Straffälligkeit	
	Weitere Vorurteile	
Ideen für Tätigkeiten des Genesungsbegleiters	Passende Aufgaben und Stationen	Allgemeine Ideen Gruppen Sprechstunde Unpassende Aufgaben bzw. gegenteilige Meinungen
	Vorbildfunktion	Erfahrungen teilen Patient:innen motivieren und stärken
	Perspektive-vermittelnde Funktion	
Wünsche und weitere Ideen der Mitarbeiter:innen	Organisatorisches Wunsch nach klaren Aufgaben Wunsch nach besserem Informationsfluss Feste:r Ansprechpartner:in Supervision	

---

### Vorbereitung und Einarbeitung

Die Mitarbeiter:innen waren sich einig, dass eine *schrittweise Einarbeitung* mit vorerst kleineren Aufgaben und anfänglicher Begleitung durch die anderen Mitarbeiter:innen sinnvoll ist. Der Genesungsbegleiter soll nicht von Anfang an mit manipulativen Patient:innen konfrontiert sein und den korrekten Umgang mit ihnen beobachtend lernen.

*[... ]also das A und O ist glaube ich, wie auch schon Herr [Name] gesagt hat, dass er eingearbeitet wird und dazu muss er erstmal auch mitlaufen. Also wie das eigentlich jeder neue Mitarbeiter macht, ob das nun die Pflegekräfte sind oder der Psychologe oder Ärzte, die laufen erstmal mit, um auch erstmal den Stationsalltag mitzubekommen. (B2\_5)*

Den Mitarbeiter:innen war wichtig, die *Rolle* des Genesungsbegleiters im Vorfeld klar zu definieren. Eine *Abgrenzung* von den Patient:innen ist wichtig, um die deutliche Zugehörigkeit zum Team zu demonstrieren, aber auch, um den Genesungsbegleiter zu schützen.

*Für ihn ist es ja auch wichtig. Wie kann ich mich denn auch verhalten auf Station? Was darf er und was nicht? (B1\_6)*

*Es wird auch passieren, dass die sich kennen. Er war ja in den letzten Tagen bei uns auf Station. Ein Patient von ihm war im Vorfeld mal zusammen mit ihm auf Therapie. Die kannten sich, ne. Das hat er gleich offen zurückgemeldet, aber das wird Gang und Gebe sein, ne. Den ein oder anderen vielleicht von hier und da. Und das muss natürlich dann auch... ganz offen kommuniziert werden, ne. Also Geheimnisse ist natürlich No-Go. (B2\_2)*

Die Zugehörigkeit zum Team darf allerdings auch nicht bedeuten, die Aufgaben des fachlich ausgebildeten Personals mitzuübernehmen:

*Also das hatte ja die die... die Genesungsbegleiterin... auch ganz klar für sich auch auch formuliert und für, also die ist da ja auch vernetzt, ne. Dass die Aufarbeitung von Krisen, wie auch immer, nennen wir es jetzt mal Krisen... in professionelle Hände gehört. Die Aufarbeitung. Aber was ein.. ein Genesungsbegleiter leisten kann, ist... begleiten. (B\_5)*

Es wurden verschiedene *hilfreiche Verhaltensweisen der Mitarbeiter:innen* zusammengetragen, die die Teilnehmer:innen der Fokusgruppen als Aufgaben für sich selbst entwickelten.

Dem Genesungsbegleiter soll die gleiche Offenheit entgegengebracht werden wie anderen Mitarbeiter:innen auch (*Gleichbehandlung*).

*Also 'ne Chance verdient hat jeder und ich meine wir kennen ihn nicht, wir können ihn ja nicht gleich als negatives Objekt hier im Team begutachten. Aber ich finde es kommt darauf an, wie er auf diese Stelle vorbereitet wird. Wenn er genau weiß was er zu tun hat und auch wo er sich befindet, dürfte es kein Problem sein, dass er eben weiß, dass er keine Informationen nach draußen tragen darf. (B2\_3)*

Ein gewisser Vertrauensvorschuss muss ihm gewährt werden. Damit eine *Integration ins Team* gelingt, muss der Genesungsbegleiter als vollwertiges Team-Mitglied unterstützt werden. Dazu zählt der *Schutz vor Missbrauch durch Patient:innen*, die ihn unter Umständen „testen“ oder

für eigene Zwecke gegen die anderen Mitarbeiter:innen instrumentalisieren wollen:

*„Schutz vor Missbrauch“ und ich denke das ist ein ganz erheblicher Punkt, dass der Genesungsbegleiter quasi davor geschützt wird, von den Patienten missbraucht zu werden. Das heißt, dass es ganz klar sein muss, dass er auf der Team-Seite ist und ich kann mich auch gut daran erinnern, dass im Workshop angesprochen wurde, von einigen Kollegen, dass es ja für den eventuell ein bisschen schwierig ist zum Beispiel wenn ihm Sachen anvertraut werden, wo zum Beispiel Verstecke sind von verbotenen Gegenständen. Dass er da in so einem Loyalitätskonflikt wäre. (B2\_5)*

Solchen womöglichen Versuchen durch Patient:innen muss sich das Team klar entgegenstellen. Aber auch *Schutz vor Missbrauch durch das Team* selbst ist ein wichtiger Aspekt. Der Genesungsbegleiter darf weder Aushilfskraft für unliebsame Aufgaben noch „Spion“ unter den Patient:innen sein.

*Wenn er letzten Endes von jeder Berufsgruppe die blöden Aufgaben übernimmt, wo wir sagen: Da habe ich keine Lust drauf. Hier Herr Genesungsbegleiter können Sie mal das und das und das machen? (B1\_7)*

*Aber wie gesagt, da muss man aufpassen, dass er nicht als Spion eingesetzt wird ne. Also da muss man aufpassen, dass man ihn vorschickt: Vielleicht kriegst du noch was raus. (B2\_3)*

Da die Fokusgruppen in der KFP früh nach dem ersten einwöchigen Praktikum des Genesungsbegleiters stattfanden, kam auch das Thema *Flexibilität* auf. Den Mitarbeiter:innen war klar, dass mit der Implementierung eine Veränderung des Arbeitsalltags im Raum stand und sie sich darauf einlassen müssten, aber auch in Zukunft noch Einfluss auf die Details der Tätigkeiten und das Miteinander mit dem Genesungsbegleiter haben würden.

*[...] das kann man aber auch nur dann machen wenn man weiß... also erstmal muss er gut eingearbeitet sein und dann muss man erstmal gucken wie der von der Persönlichkeit her ist... das kann sich erst ergeben wenn er schon eine Zeit hier ist. (B2\_1)*

*Letztlich muss man's auch ausprobieren. (B2\_5)*

### Anforderungen an den Genesungsbegleiter

Bestimmte Verhaltensweisen und Eigenschaften muss der Genesungsbegleiter mitbringen, damit eine Implementierung gut gelingen kann. Er wird sich *im Team beweisen* müssen, also das Vertrauen der anderen Mitarbeiter:innen nur im Laufe der Zeit erlangen können, indem er gute Arbeit leistet und sich korrekt verhält.

*Wenn er zum Beispiel, was weiß ich, rausgeht und über die Station das und das erzählt oder irgendwelche Informationen nach außen trägt und wir das mitkriegen, dass er das war, ist er natürlich theoretisch für diesen Job gar nicht geeignet. Weil entweder er gehört zum Team oder gehört zu den Patienten. Wenn er zu uns gehört, hat er sich natürlich so zu verhalten wie wir auch gebrieft sind. Was wir machen dürfen, was wir nicht machen dürfen, Nähe, Distanz einbewahren. (B2\_3)*

*Für mich stellt sich da jetzt die Frage: Was meinen Sie jetzt mit Vertrauen? Wir bekommen ja im Haus ständig neue Mitarbeiter. Muss ich jetzt jedem vertrauen? Im Büro erzähle ich jetzt auch nur Dinge, die ich meine, erzählen zu müssen. Vertrauen für mich ist wichtig, dass derjenige zuverlässig ist. Dass ich mich in einer Gefahrensituation verlassen kann, der hilft, der arbeitet korrekt. Wenn ich jetzt hier irgendwas im Büro erzähle, kann das genauso einem langjährigen Kollegen passieren, dass der irgendwas nebenbei erzählt, was Patienten dann erfahren. Das sehen wir ja jeden Tag. Deswegen weiß ich nicht, Vertrauen entgegenbringen... Offen sein, ihn aufzunehmen, ja, mit ihm zusammenzuarbeiten. Aber Vertrauen? So würde ich das nicht formulieren. (B2\_7)*

Nachdem der Genesungsbegleiter in seinem ersten Praktikum teilweise als distanzlos empfunden wurde, war die Einhaltung einer *professionellen Distanz* Thema in einer Gruppe; viele Teilnehmer:innen legten bspw. großen Wert darauf, dass Kolleg:innen und Patient:innen *gesiezt* werden.

### Bedenken

Es wurde eine Vielzahl an Bedenken geäußert. Es konnte unterschieden werden, ob es sich um Bedenken am Konzept der Genesungsbegleitung selbst handelte, um Bedenken aufgrund der

Persönlichkeit des Genesungsbegleiters, um Vorurteile ihm gegenüber rein aufgrund der ehemaligen Straffälligkeit oder um weitere, andere Vorurteile.

Die Bedenken gegenüber dem Konzept bezogen sich einerseits auf die *Kürze der Ausbildung*. Einige Mitarbeiter:innen empfanden die einjährige Modulausbildung als unzureichend, um fachlich auf die Forensische Psychiatrie vorzubereiten. Eine andere Befürchtung war, dass der Einsatz in der KFP Rostock *am Konzept vorbei* sein würde, also dass nicht im eigentlichen Sinne Genesungsbegleitung stattfinden, sondern seine Arbeitskraft für andere Aufgaben eingesetzt würde.

*Ich sehe ihn halt nicht als Präsenzkraft auf Station, das ist für mich völlig am Thema vorbei, dann lieber eine Pflegekraft mehr auf Station. Also nur dass ich mir das auf die Fahnen schreiben kann, ich mach Genesungsbegleitung aber laufe nur auf Station mit, also das ist Quatsch ne, also das finde ich sinnfrei. (B2\_2)*

Einige hielten auch die in der KFP Rostock untergebrachten Patient:innen für *unpassendes Klientel*. Für den Umgang mit akut psychotisch Erkrankten sei er nicht ausgebildet. Auch sein Einsatz in der Ergotherapie wurde kritisch betrachtet.

*Aber grundsätzlich ist es ja manchmal für die Patienten ja manchmal schon so, dass sie selbst mich als Therapeuten schon als störend empfinden, wenn ich denjenigen über die Schulter gucke und sage, was sie machen. Also dann ist es noch ein Dritter und ein Vierter mit im Raum... Das ist nicht immer leicht zu händeln. Also ich weiß nicht. (B1\_10)*

Bedenken gegen den Genesungsbegleiter persönlich bezogen sich vor allem auf den Vorwurf der *fehlenden professionellen Distanz* im Umgang mit sowohl Patient:innen als auch den anderen Mitarbeiter:innen.

*Die Idee an sich mit dem Genesungsbegleiter finde ich total gut, was jetzt nur gerade ihn speziell betrifft, ist es... bei uns in der Ergotherapie war er ja auch einen Tag und da war eben genau das gleiche Problem, genau wie [B5] gesagt hat: eigentlich genau wie ein Patient, Nähe und Distanz null. Also es geht jetzt nicht darum ihn schlecht zu machen, aber das ist so das wo wir bei uns im Büro auch lange diskutiert haben. Hat er diese Professionalität? Kann man ihm die vermitteln? Dass es eine professionelle Begleitung wird oder... (B2\_4)*

Außerdem wurde durch einen Teilnehmer eine mangelnde *Sensibilität* des Genesungsbegleiters dafür benannt, wenn Patient:innen emotional reagierten.

*Zweifel an der Kompetenz und Belastbarkeit* des Genesungsbegleiters kamen insofern auf, als dass man ihn nicht mit sämtlichen Ideen und Ansprüchen an ihn überfordern wollte.

*Ich find für ihn wird das super anstrengend sein. Er ist ja noch noch mehr im Spagat als wir.* (B2\_4)

*Vielleicht wird der auch überrannt hier mit Aufgaben, Aufgaben, Aufgaben, Aufgaben.* (B2\_6)

*Vorurteile aufgrund der ehemaligen Straffälligkeit* wurden unbeschönigt geäußert. Hier griffen verschiedene Themen wie Vertrauen, Integration ins Team und Gleichbehandlung indirekt ineinander. Argumentiert wurde größtenteils mit der möglichen Erpressbarkeit des Genesungsbegleiters im kriminellen Milieu, in welchem er eventuell noch Schulden haben könnte.

*Wer weiß, was er dem schuldet und die im Milieu, auch die Menschen, die arbeiten nun mal schlicht... Ich hab das mal für dich gemacht. Ich sag dies oder das, wenn du nicht... Keine Ahnung. Spekulativ letzten Endes, ne.* (B1\_7)

*Naja, ich glaube grundsätzlich ist es ja so, wenn ein Profi eingestellt wird, geht man davon aus, dass der nicht aus dem Milieu kommt. Das muss nicht so sein, gerade was Distanz angeht und bei ihm geht man davon aus, also er muss früher im Milieu verkehrt haben, ist halt fraglich ob der diese Kontakte wirklich alle abgebrochen hat. Glaube ich. Ich glaub das ist so die Grundproblematik und ich find Vertrauen im Bezug auf Sicherheitsaspekte muss es geben und ansonsten habe ich es auch schon immer so gehalten, dass ich nur bestimmten Leuten bestimmte Sachen erzählt habe, auch untereinander.* (B2\_5)

*Weitere Vorurteile* kristallisierten sich in diesem Zusammenhang ebenfalls heraus, wie Sicherheitsbedenken, dass der Genesungsbegleiter den Patient:innen bspw. Zimmerkontrollen an-

kündigen könnte, dass er persönliche Gegenstände entwenden könnte oder aufgrund seiner Suchtvergangenheit zu seinem eigenen Vorteil handeln könnte.

*Süchtige unterscheiden sich schon mal ganz stark von anderen psychiatrischen Störungen, indem sie einfach kurzfristig immer ihren eigenen Vorteil wollen. Also das ist jetzt nicht irgendwie böse gemeint, sondern das hat auch die Genesungsbegleiterin im Workshop ganz klar gesagt. Sie tickt heute noch so, der eigene persönliche Vorteil und kurzfristig. Sie muss sich da sehr überwinden das wegzudrängen und ich glaub das ist ein Problem. (B2\_5)*

### Ideen für Tätigkeiten des Genesungsbegleiters

Die *allgemeinen Ideen für passende Aufgaben und Stationen* waren sehr breit gefächert. Sowohl eigenständiges Arbeiten seinerseits als auch Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal wurden als sinnvoll erachtet. Es sollte darauf geachtet werden, dem Genesungsbegleiter nicht die unbeliebten Aufträge zu geben, die sonst Aufgaben der anderen Berufsgruppen wären.

*Und man kann das ja... auf mehrere Beine stellen, ne. Man muss ja nicht nur diese eine Aufgabe, sondern so z.B. was gesagt wurde, Suchtgruppe begleiten mit dem Therapeuten zusammen oder... zur Anmeldung bereit stehen für das Einzelgespräch oder auch, wie gesagt, ne richtige Peer-to-Peer-Group, die er dann meinetwegen dokumentiert für sich, aber was ich nicht wissen muss, ne. [...] Sicherlich sicherheitsrelevante Sachen.. klar, muss er ja sagen, ne. Aber so... ja wie gesagt, mehrere Aufgaben, so ein halber Tag muss auch gefüllt sein. (B2\_2)*

Bei einem Einsatz des Genesungsbegleiters in *Gruppen* sollen die Patient:innen von seinen Erfahrungen profitieren können, das heißt, Gruppen zum Thema Sucht, Alkohol, Motivation oder Reflexion sind für eine Co-Moderation durch den Genesungsbegleiter geeignet, ebenso die Gruppenangebote auf der Reha-Station kurz vor Entlassung der Patient:innen.

*Ich glaube in ner, in ner Gruppe ist es eigentlich immer ganz gut... weil die Patienten sich ja oft in Gruppengesprächen auch selber mitunter richtig gut reflektieren, sich gegenseitig Tipps geben. Wo man dann als Therapeut daneben steht und.. also es passiert mir mitunter, dass ich dann sage: Ja besser hätte ich das jetzt nicht formulieren können. (B2\_4)*

Das Angebot einer *Sprechstunde* kann sinnvoll sein, um auf individuelle Bedürfnisse der Patient:innen einzugehen und Einzelgespräche zu führen.

Nicht alle Fokusgruppen-Teilnehmer:innen waren sich einig, es gab auch *gegenteilige Meinungen* und Aussagen zu *unpassenden Aufgaben*. Bspw. gab es mehrere Stimmen dazu, dass der Genesungsbegleiter keine Gruppe alleine leiten könne. Außerdem sei immer Patient:innen- und inhaltsabhängig, ob der Genesungsbegleiter in die jeweilige Gruppe passt.

*Wenn du dann so einen hast, der sagt: Leute, ich hab es geschafft, bin fast 10 Jahre clean! Ist doch eine duftige Geschichte und trotzdem gibt es Gruppen, wo ich sage, das passt nicht. (B1\_9)*

Die Vorbildfunktion des Genesungsbegleiters sollte unbedingt gefördert werden. Er soll seine *Erfahrungen teilen*, besonders gegenüber Patient:innen, die kurz vor der Entlassung stehen und hohe Lockerungen haben, um durch seine authentischen Erfahrungen Schwierigkeiten nach Entlassung zu verdeutlichen, wie Freizeitgestaltung oder Umgang mit Suchtdruck. Er kann auf eine andere Art und Weise als das Fachpersonal *Patient:innen motivieren und stärken*, da er durch seine eigene Lebensgeschichte zeigt, dass es möglich ist, nach psychischen Krisen und Haftstrafen oder Maßregeln ein gutes Leben zu führen.

*Auch offen und korrekt und in einer Patientengruppe. Da hatten wir zu dem Zeitpunkt mindestens die Hälfte unruhige Patienten, aufmüßig, um es mal nett auszudrücken. Die hat er in den Bann gezogen und das hat der einfach, das hat der richtig cool gemacht, das kann ich nicht anders sagen. Das hätten wir so als Professionelle gar nicht geschafft, so sie da so abzuholen. Und aus der Gruppenstunde kann ich nur sagen, das ist super gelaufen in der Gruppe, wo ich daran teilgenommen habe und Patienten, die sonst relativ wenig oder gar nichts gesagt haben, kamen tatsächlich Äußerungen. (B1\_9)*

Eine weitere Funktion des Genesungsbegleiters könnte die Perspektive-Vermittlung sein. Damit gemeint ist die „Dolmetscher“-Funktion zwischen Fachpersonal und Patient:innen als Person, die beide Seiten kennt und nachvollziehen kann. Distanzierte Patient:innen öffnen sich unter Umständen eher einem Genesungsbegleiter mit ähnlicher Lebensgeschichte gegenüber als einer

Bezugspflegekraft. Dem Team gegenüber kann der Genesungsbegleiter bspw. kommunizieren, welche Verbote oder Maßnahmen die Patient:innen nachhaltig beschäftigen oder nicht zielführend sind.

*Aber es gibt ja viele Themen, die die Patienten vielleicht nicht in erster Linie den Therapeuten und der Pflege sagen, sondern da wirklich so als Pufferbrücke fungiert so. (B2\_2)*

*Ja, so könnte ich mir das auch vorstellen. Weil das ja oftmals doch bei uns sehr lange dauert in der Bezugspflege, bevor du da Zugang zu den Patienten kriegst, bevor der Vertrauen hat. Die sind wie gesagt alle knast-geschädigt und auf Distanz und was kann ich erzählen. Und da kann der ja auf jeden Fall hilfreich sein, wenn der dabei ist. So kann ich mir das vorstellen. (B2\_3)*

#### Wünsche und weitere Ideen der Mitarbeiter:innen

Ein Bedürfnis der Fokusgruppen-Teilnehmer:innen war die Klärung *organisatorischer* Fragen, also in welcher Form die Anstellung erfolgen sollte, welche Dienstzeiten der Genesungsbegleiter hat und welche Zugriffsberechtigungen, wie Schlüssel oder Akteneinsicht, er bekommen sollte.

Die Gruppen äußerten den *Wunsch nach klaren Aufgaben* für ihn, um in der täglichen Zusammenarbeit zu wissen, welche Befugnisse er hat, aber auch aus der Sorge heraus, sich neben den eigenen Aufgaben auch um eine Beschäftigung für den Genesungsbegleiter kümmern zu müssen.

*Deshalb ist das ja auch so wichtig. Ihm dann die speziellen Aufgaben zu geben. Und das macht auch das Personal etwas unsicher und bleibt auch im Gespräch. Wir diskutieren ja auch schon darüber: Was ist der Sinn dieses Genesungsbegleiters und überhaupt die Begrifflichkeit „Genesungshelfer“, das war ja auch schon ein großes Aufbäumen da: Genesungshelfer auf Station, wozu? Der nimmt uns nachher nur unsere Arbeit weg. Also ganz allgemeine Gedanken ausgesprochen, wo man da noch nicht so klar war. Was hat diese Person für Aufgaben letzten Endes? Wenn die klar würden sein, dann würden auch einige Diskussionspunkte wegfallen, ne, wenn man von vornerein wüsste: aha, das und das und das hat er in seinem Aufgabenbereich und ja. (B2\_7)*

Ein weiteres Thema war der *Wunsch nach einem besseren Informationsfluss* und mehr Transparenz im Haus. Zum Zeitpunkt der Fokusgruppen gab es trotz eines vorangegangenen Workshops noch einige Mitarbeiter:innen, denen das Konzept der Genesungsbegleitung fremd war. Ein Großteil der Unruhe oder Skepsis wurde der Tatsache zugeordnet, dass viele Mitarbeiter:innen die Rahmenbedingungen des Projekts nicht kannten.

*Aber wenn das losgeht, ist es, finde ich, ganz ganz g a n z wichtig, dass das alles abgeklärt wird. Wo darf er sich aufhalten? Was darf er machen? Und dass das alles vernünftig ist. Wer ist sein Ansprechpartner? Dass das klar ist, kein Ärger entsteht dadurch.* (B1\_5)

*Das wäre vielleicht noch ein wichtiger Punkt, ist mal auch für die Akzeptanz im ganzen Haus, dass da viel mehr Kommunikation läuft äh... was genau wie geplant ist, Stand der Dinge so, kleine Mail. Viel kommt, viel Unruhe kommt ja immer auf durch Mangel an Information.* (B2\_2)

*Ich glaube, die meiste Unruhe hier im Haus entsteht einfach nur, weil gar keiner weiß, wir wissen jetzt ein bisschen mehr weil wir drüber reden und es sind ja total sinnvolle Vorschläge rausgekommen, aber alle anderen reden ja nur: Oh, der läuft ja hier durch die Gegend und mh. Und dadurch weiß ja keiner und das ist einfach nur, was verunsichert.* (B2\_4)

Es besteht der Wunsch nach einem oder einer *festen Ansprechpartner:in*. Den Teilnehmer:innen war bewusst, dass ein Arbeitsbeginn in einer forensischen Psychiatrie für den Genesungsbegleiter viele Fragen aufwerfen kann.

*Darum weiß ich, dass das ganz wichtig ist, dass er jemanden hat, den er fragen kann. Also, der muss auch wirklich für ihn da sein und nicht, dass der dann gerade im Urlaub ist oder falls derjenige krank ist, dass man dann schon jemanden hat, der ein Vertreter ist.* (B1\_1)

Diese Ansprechperson sollte ebenfalls für ihn zur Verfügung stehen, falls der Genesungsbegleiter sicherheitsrelevante Informationen zu bspw. Drogenhandel in der Klinik oder der Suizidabsicht eines Patienten erhält.

Auch das Thema *Supervision* kam in den Fokusgruppen zur Sprache. Der Genesungsbegleiter braucht eine adäquate Form der Supervision, die seinen Bedürfnissen entspricht.

*Auch seine Absicherung. Wie öfter Thema gewesen ist, psychisch. Auf jeden Fall muss er ja auch irgendwelchen Rückhalt haben letzten Endes. (B1\_6)*

Es gab mehrere Äußerungen dagegen, den Genesungsbegleiter an den allgemeinen Supervisionen für das gesamte Team teilnehmen zu lassen; eindeutig dafür sprach sich keiner der Teilnehmer:innen aus.

*Das kann man im Weiteren vielleicht mal rechtlich prüfen, aber jetzt müsste ich mich da schwer täuschen, ob das hier an der UMR überhaupt geht, den Genesungsbegleiter in die Supervision miteinzubinden. Das muss ich erstmal prüfen. (B1\_4)*

Hieran verdeutlichten sich wiederum die Schwierigkeiten einiger Mitarbeiter:innen, dem Genesungsbegleiter denselben Vertrauensvorschuss zu gewähren wie einem oder einer Mitarbeiter:in mit fachlicher Ausbildung.

### Zusammenfassung der Fokusgruppen

Den Mitarbeiter:innen der KFP Rostock war zum Zeitpunkt der Fokusgruppen eine gründliche Vorbereitung und eine schrittweise Einarbeitung des Genesungsbegleiters wichtig. Seine Rolle und Aufgaben sollten im Vorfeld einer Festanstellung geklärt werden. Man wollte ihm mit der gleichen Offenheit begegnen wie auch anderen, neuen Mitarbeiter:innen, gleichzeitig würde sich der Genesungsbegleiter das Vertrauen im Team erarbeiten müssen. Man müsste ihn sowohl vor manipulativen Patient:innen schützen, als auch vor Ausnutzung durch das Personal. Die größten Bedenken der Mitarbeiter:innen waren die vermeintlich fehlende professionelle Distanz des

Genesungsbegleiters und die Befürchtung, dass über ihn Informationen aus der Klinik ins kriminelle Milieu gelangen könnten. Weitere Vorurteile betrafen bspw. sein Verhalten aufgrund der vergangenen Suchterkrankung. Als vorstellbare Tätigkeiten für ihn wurden vorrangig Einzelgespräche mit Patient:innen und die Co-Moderation in Gruppen genannt. Die Mitarbeiter:innen erwarteten, dass der Genesungsbegleiter eine Vorbildfunktion erfüllt und durch seine Erfahrungen zu einigen Patient:innen leichter Zugang findet. Die Wünsche der Mitarbeiter:innen waren neben klaren Rahmenbedingungen und transparenter Kommunikation eine Supervision sowie ein fester Ansprechpartner für den Genesungsbegleiter.

#### 4.4 Einzelinterview mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock

Das Interview mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock fand im Anschluss an sein erstes Praktikum im November 2019 statt.

Die übergeordneten, in diesem Interview identifizierten Themen waren der Werdegang des Genesungsbegleiters, seine Aufgaben und sein Rollenbild, seine Selbstfürsorge und sein Erleben des ersten Praktikums in der KFP.

**Tabelle 5**

*Themenübersicht der Interviews mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock*

<b>Übergeordnete Themen</b>	<b>Themen</b>	<b>Unterpunkte</b>
Werdegang	EX-IN-Ausbildung	Anregung zur Ausbildung Erfahrungen in der EX-IN-Ausbildung
	Motivation	
Aufgaben und Rollenbild	Perspektive-Vermittlung Hoffnung, Vorbild-Funktion Null-Toleranz Offene Kommunikation über Vergangenheit	
Selbstfürsorge	Abgrenzung Abstinenz Feedback Selbstreflexion Supervision	
Erleben des ersten Praktikums	Im Vorfeld des Praktikums Während des Praktikums	

##### Werdegang

Dieses Thema beinhaltete die interne *Motivation* des Genesungsbegleiters sowie den Impuls von außen, die Ausbildung bei EX-IN zu beginnen. Aufmerksam wurde er durch den Hinweis einer Therapeutin und war rasch vom Konzept der Genesungsbegleitung überzeugt, auch durch sehr positive *Erfahrungen in der EX-IN-Ausbildung*.

*Das reizt mich alles. Das ist im Grunde genommen, ist diese wenn ich eine Stellenbeschreibung für mich dafür finden sollte genau das, was ich mein Leben lang versucht habe, anderen Menschen zu helfen. Nicht alleine, sondern mit anderen Leuten zusammen, weil alleine funktioniert das nicht immer, ist die Belastung zu groß. Ich sichere einen guten Wirkungsgrad. Das ist für mich einfach alles nur schön. (PSW\_intern)*

### Aufgaben und Rollenbild

Die Vorstellungen von möglichen Aufgabenfeldern sowie das eigene Rollenbild des Genesungsbegleiters decken sich mit den in der Modulausbildung vermittelten Inhalten. Eine Aufgabe sieht er vor allem in der *Perspektive-Vermittlung*, als jemand, der sowohl die Patient:innen als auch die fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen versteht.

*Dadurch, dass ich Sachen selber erlebt habe, ist es für mich einfacher eine Ebene zu finden, mit Patienten beispielsweise, weil oftmals so dieses, vom Fachpersonal, die sind da oben und wir sind da unten, das fällt bei mir komplett weg. Ich habe einen anderen Zugang und dadurch, dass ich Therapieerfahrung habe, habe ich auch zu den Professionellen einen anderen Zugang, weil ich mittlerweile verinnerlicht habe, was mir damals die Therapeuten und alle möglichen Leute sagen wollten. (PSW\_intern)*

*Und ich kann auch, jetzt mal auf Klinikpersonal bezogen, so ein bisschen übersetzen, was, was die Patienten wirklich sagen, weil die Sprache manchmal ein unterschiedliche ist. Ich kenne beide Seiten. (PSW\_intern)*

*Dadurch, dass ich in, auf beiden Seiten gestanden habe, einmal in der Patientenrolle, andererseits jetzt in einer halb-professionellen, wie sie es immer nennen wollen, Rolle als Genesungsbegleiter, ist ja auch eine Art Profi, kann ich beide Seiten verstehen, deswegen weiß ich, wie wichtig das ist, dass da halt Klarheit ist. (PSW\_intern)*

Er möchte als *Vorbild* fungieren, seine Lebenserfahrung weitergeben und anhand seines eigenen Genesungsweges, seiner Recovery, *Hoffnung* vermitteln.

Ein weiterer wichtiger Aspekt seines Rollenbildes ist die prinzipielle Abgrenzung gegen Patient:innen in Fällen von klinikinternen Drogengeschäften oder anderen Geheimnissen. Er bezeichnet dies als Prinzip der *Null-Toleranz*.

*Erst mal um nicht erpressbar zu sein und nicht angreifbar zu sein, solche Sachen halt von vorn herein im Keim zu ersticken, weil Null-Toleranz hat mir auch in Therapien geholfen. War von vornherein klar, dass ich es eben nicht akzeptiere, weil es für mich nicht okay ist. So und so habe ich das auch weitergegeben. (PSW\_intern)*

Die *offene Kommunikation über seine Vergangenheit* nutzt der Genesungsbegleiter zum einem, um seine Lebenserfahrung mit den Patient:innen zu teilen, zum anderen auch den anderen Mitarbeiter:innen gegenüber; möglicherweise, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

### Selbstfürsorge

Auf seine Maßnahmen zur Selbstfürsorge wurde der Genesungsbegleiter explizit angesprochen. Er machte deutlich, davon absehen zu wollen, den Patient:innen Details über sein Privatleben mitzuteilen (*Abgrenzung*). Des Weiteren sei er im Laufe seines Lebens mehrfach rückfällig gewesen und hat über Umwege zu einer *glücklichen Abstinenz* gefunden, also einer absoluten und bedingungslosen Enthaltensamkeit von jedweder Substanz mit Suchtpotenzial.

*So, und ich vermisse in meinem Leben nichts aus früheren Zeiten, jedenfalls nicht, also was die Drogenzeit betrifft, oder was Alkohol trinken betrifft, da vermisse ich überhaupt nichts, weil alle Zustände, die ich hatte als ich high war, hatte ich auch, als ich nüchtern war. Oder eben halt nicht angeturnt war. Und die sind für mich genauso schön. Und ich führe mir immer vor Augen, so in Krisensituationen, was passiert, wenn ich rückfällig werde. So und dieser Rattenschwanz, der da dranhängt ist ja nicht nur so, dass man rückfällig ist. Dann ist die Frage wie man damit umgeht, was man daraus macht. Selbst da habe ich Wege für mich gefunden. Ich hatte in der Verga-, also seit zehn Jahren bin ich drogenfrei, rückfallfrei. (PSW\_intern)*

*Und dass da eben nicht nur Stoffe, die einen berauschen mit gemeint sind, sondern eben halt alles, was man im Überfluss und zu viel macht, kann zur Sucht werden. Und so habe ich halt versucht mein Leben so einzupegeln, dass ich so 'ne, so 'ne, so eine Linie in der Mitte, die verläuft mal nach oben, nach unten, bisschen ausreißt, aber schon ziemlich konstant ist. Das musste ich herausfinden. Durch, ja ausprobieren, Fehlschläge, aus den Fehlschlägen lernen. Also ich habe aus allen Sachen gelernt, die ich gemacht habe... Ja... genau. (PSW\_intern)*

Um seine Wirkung auf andere einschätzen zu können und sein Verhalten, besonders bezüglich der Arbeit, gespiegelt zu bekommen, fordert er wiederholt *Feedback* seiner Mitmenschen und Kolleg:innen ein.

*Momentan ist es nicht so, aber für mich ist es wichtig, dass Menschen um mich rum mir ehrlich sagen, wie ich auf sie wirke, wie sie mich sehen, um eben halt für mich zu sehen, ob das mit meinen Vorstellungen, oder mit dem Gesehenen von mir übereinstimmt, so.* (PSW\_intern)

Auch das Führen eines Tagebuchs ist für ihn eine wichtige Form der *Selbstreflexion*. Sein Interesse an einer klinikeigenen *Supervision* ist groß, über den ausbildenden Verein EX-IN ist er ebenfalls noch in regelmäßiger *Supervision*.

#### Erleben des ersten Praktikums

Unter diesem Thema wurden jeweils sein Empfinden *im Vorfeld* sowie *während des Praktikums* zusammengefasst. Zu der Zeit vor dem Praktikum berichtete der Genesungsbegleiter von einer gewissen Anspannung aufgrund des hohen Anspruchs an sich, aber auch einer Neugier auf das Bevorstehende. Das erste, einwöchige Praktikum empfand er als sehr positiv, sowohl den Umgang mit ihm als auch die Gegebenheiten der KFP, welche er zuvor noch nicht kannte.

*Und dann, naja klar, habe ich eine schöne Führung gekriegt, hat mir erst mal jemand alles gezeigt, einer von den Mitarbeitern. Was so von, so, so passiert, wo das passiert, na und dann habe ich mir einen ersten Eindruck gemacht. Und mein erster Eindruck war auch super positiv. Keine Gitter vor den Fenstern, große Fenster, viel Licht. Es wurde immer von Patienten gesprochen, es wurde von Zimmern gesprochen, das war für mich alles positiv, so, und wie auch mit den Patienten umgegangen wird, das habe ich vorher noch nie so erlebt. Das war neu für mich und angenehm.* (PSW\_intern)

#### Zusammenfassung des Interviews mit dem Genesungsbegleiter der KFP Rostock

Der Genesungsbegleiter hat in diesem Beruf eine Tätigkeit gefunden, die er als sinnstiftend und sehr passend für sich empfindet und ist sehr motiviert, in der KFP Rostock zu arbeiten. Er sieht seine Hauptaufgabe in der Perspektive-Vermittlung zwischen Patient:innen und den anderen

Mitarbeiter:innen. Sein Hauptprinzip der Abgrenzung zu den Patient:innen stellt eine Null-Toleranz gegenüber jedwedem Regelbruch dar. Er teilt sowohl mit Patient:innen als auch Mitarbeiter:innen offen seine Erfahrungen mit Suchtkrankheit und Straffälligkeit in seiner Vergangenheit. Zum Selbstschutz hat der Genesungsbegleiter schon vor der Ausbildung bei EX-IN zu einer „glücklichen Abstinenz“ gefunden, um das Risiko eines Rückfalls zu minimieren. Er legt großen Wert auf Feedback zu seiner Arbeit und seiner Wirkung auf andere und zeigt großes Interesse an der Team-internen Supervision der Klinik.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Schlussfolgerungen aus der Umfrage**

Obwohl Genesungsbegleitung in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ empfohlen wird (DGPPN, 2018), haben Ende 2023 weniger als zehn Prozent der forensischen Kliniken in Deutschland Genesungsbegleiter:innen angestellt. Zu einem geringen Maß könnten die administrativen Hürden und der sehr ausgeprägte Fachkräftemangel in der Forensischen Psychiatrie dazu beitragen, dass sich einige Klinikleitungen schlicht nicht in der Lage sehen, die benötigte ausführliche Vorbereitung der Mitarbeiter:innen und eine gute Einarbeitung der Genesungsbegleiter:innen zu leisten, die zu einer erfolgreichen Implementierung unabdingbar sind. Allerdings lässt ein so geringer Anteil forensischer Kliniken, die Genesungsbegleitung implementiert haben, vermuten, dass sich viele Klinikleitungen eine Implementierung in ihren Kliniken aktuell nicht vorstellen können oder sogar ablehnen.

### **5.2 Strategien zur Implementierung und rückblickende Bewertung**

#### **5.2.1 Vorbereitung**

Die gründliche Vorbereitung unter Einbeziehung aller Beteiligten war ein zentrales Thema aller Interviews und Fokusgruppen. Die Klinikleitungen betonten den hohen Wert von Schulungen des Teams im Vorfeld und transparenter Kommunikation im Haus. Zwei Personen in Leitungspositionen sowie einer der Genesungsbegleiter sprachen unabhängig voneinander von „learning by doing“ und meinten damit sowohl, dass man im Verlauf die Aufgaben der Genesungsbegleiter:innen noch anpassen kann, als auch, dass sich andere Mitarbeiter:innen im Laufe der Zeit an die neue Berufsgruppe im Team gewöhnen würden. Eine Genesungsbegleiterin fand es sinnvoller, verschiedene Genesungsbegleiter:innen einzuladen als Theorie zu lesen, legte also mehr Wert auf das zwischenmenschliche Zusammenpassen im Team als auf ausschließlich sachkundige, theoretische Vorbereitung. Im Vorfeld Workshops für Mitarbeiter:innen und Genesungsbegleiter:innen die Möglichkeit von Praktika anzubieten, entspricht auch den Empfehlungen anderer Autor:innen im deutschsprachigen Raum (Heumann et al., 2015; Lange et al., 2024).

### **5.2.2 Rahmenbedingungen**

Auch administrative Hürden spielen in forensischen Settings eine größere Rolle als in allgemein-psychiatrischen. Einträge im polizeilichen Führungszeugnis der Genesungsbegleiter:innen können formal einer Anstellung im Weg stehen: hier ist viel Vorbereitung und Kommunikation mit Personalabteilung etc. notwendig, damit die Festanstellung gelingen kann. Die Finanzierung der Stelle sollte unbedingt im Vorfeld geklärt sein. Eine Finanzierung aus dem Pflegebudget, wie von einigen Klinikleitungen beschrieben, ist unvorteilhaft, da es die Unklarheiten der Rolle der Genesungsbegleiter:innen verstärkt und von Pflegekräften als fehlende Wertschätzung ihrer Berufsgruppe oder als fehlende Wahrnehmung des unbestreitbaren Pflegenotstands gewertet werden könnte.

### **5.2.3 Supervision und feste Ansprechpartner:innen**

In der Literatur sind Ausbildung der Genesungsbegleiter:innen und deren organisierte Supervision die häufigsten Empfehlungen (Kemp & Henderson, 2012; Walker & Bryant, 2013). Die meisten Fokusgruppen-Teilnehmer:innen sowie eine der interviewten Pflegedienstleitungen sprachen sich dagegen aus, eine:n Genesungsbegleiter:in an den Teamsupervisionen teilnehmen zu lassen, obwohl klar war, dass die Genesungsbegleiter:innen auch eine Form der Supervision brauchen. Diese Haltung steht im Widerspruch zu den häufig genannten Bestrebungen, eine gute Integration in das Klinikteam ermöglichen zu wollen. Der Genesungsbegleiter der KFP selbst äußerte großes Interesse an der allgemeinen Teamsupervision. Schwierige, konfliktbehaftete Themen zu besprechen, ist essentiell für eine ehrliche Kommunikation und gute Zusammenarbeit. In Teamsupervisionen können Genesungsbegleiter:innen beruflich wachsen und ihre Fähigkeit, Belastungen zu kommunizieren und zu lösen, unter Beweis stellen. Auch hier können andere Mitarbeiter:innen von der Perspektive eines oder einer Genesungsbegleiter:in lernen und profitieren. Dass der ausbildende Verein EX-IN regelmäßige Supervisionen für regional tätige Genesungsbegleiter:innen anbietet, ist hilfreich für den Austausch dieser untereinander, ersetzt aber nicht die internen Supervisionen innerhalb der Einrichtungen. Neben engmaschiger Supervision sollte Genesungsbegleiter:innen mit Flexibilität begegnet werden, sodass sie sich nach eigenem Ermessen Auszeiten nehmen können, wenn ihre mentale Gesundheit dies erfordert (Hegedüs et al., 2016).

In der Literatur sprechen sich außerdem mehrere Autor:innen dafür aus, mehr als eine:n Genesungsbegleiter:in pro Klinik bzw. Abteilung einzustellen, damit diese sich gegenseitig austauschen können und sich Fragen an die Betroffenenperspektive auf mehrere Schultern verteilen (Heumann et al., 2015; Lange et al., 2024; Moran et al., 2013; Walde et al., 2023). Die deutschlandweite Umfrage und eine der interviewten Klinikleitungen bestätigten diese Bestrebungen.

#### **5.2.4 Expertise aus Erfahrung**

Eine qualitative Interviewstudie aus der Schweiz zeigte, dass insbesondere die Erfahrung, gegen den eigenen Willen untergebracht gewesen zu sein und mit Schuldgefühlen aufgrund des Deliktes umgehen zu müssen, den Patient:innen bei Genesungsbegleiter:innen in der Forensischen Psychiatrie wichtig war (Schoppmann et al., 2021). In großangelegten Umfragen in England machten Mitarbeiter:innen in forensischen Einrichtungen bzw. JVA's ähnliche Aussagen: Patient:innen würden vieles Genesungsbegleiter:innen, die selbst schon gegen ihren Willen untergebracht waren, „besser abkaufen“ (original: „[...]There is better buying [...]“) als fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen (Shaw, 2014). Diese Haltung zeigten auch die interviewten Klinikleitungen, obwohl Skepsis bezüglich der Straffälligkeit geäußert wurde. In diesem Zuge herrschte Uneinigkeit, ob es in einer forensischen Klinik sinnvoll ist, vorbekannte, ehemalige Patient:innen als Genesungsbegleiter:innen einzustellen. Während eine interviewte Genesungsbegleiterin in ihrer ehemaligen Klinik arbeitete und ein Klinikleiter einer ehemaligen Patientin die Ausbildung bei EX-IN ermöglichte, würde dies für andere interviewte Klinikleitungen nicht infrage kommen. Dass die psychiatrische Diagnose passen sollte, war unter den Klinikleitungen Konsens. Lange et al. hingegen bezeichneten die Arbeit von Genesungsbegleiter:innen als „transdiagnostisch“ und nannten als einzige Voraussetzung, dass eine psychische Erkrankung eine Lebenskrise bei den Genesungsbegleiter:innen hervorgerufen hatte, die bewältigt werden musste (Lange et al., 2024). Die Literatur legt nahe, dass die Haft- oder Forensikerfahrung der Genesungsbegleiter:innen wichtig sein kann, um den Patient:innen, die durch ihre häufig vorliegende Haftsozialisierung zu Anfang meist distanziert und misstrauisch gegenüber fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen sind, mit Authentizität und Glaubwürdigkeit ihrer Aussagen begegnen zu können. Von „offender recovery“ ist die Rede, der Notwendigkeit, das begangene Delikt in die eigene Biographie zu integrieren. Einer der

interviewten Genesungsbegleiter hatte selbst keine Haft- oder Forensikerfahrung und war dennoch in der Lage, Zugang zu sehr unruhigen und teilweise aggressiven Patient:innen oder Strafgefangenen zu erlangen. Es ist möglich, dass für manche Patient:innen die geteilte Erfahrung von Straffälligkeit zwar eine große Rolle im Beziehungsaufbau zu Genesungsbegleiter:innen spielen kann, noch mehr aber die Erfahrung mit Autonomieverlusten in der Psychiatrie bei schweren psychischen Krisen den Ausschlag gibt, ob die Patient:innen Vertrauen zu den Genesungsbegleiter:innen aufbauen. Für den Genesungsbegleiter der KFP Rostock sind die Ähnlichkeiten der eigenen Biographie zu denen vieler Patient:innen ein klarer Vorteil im Beziehungsaufbau, wie sich schon ansatzweise in seinem ersten Praktikum zeigte und in Interviews mit Patient:innen der KFP zu einem späteren Zeitpunkt bestätigte (Hadala, 2023; Walde et al., 2023).

Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews im Rahmen der vorliegenden Arbeit fiel auf, dass von Mitarbeiter:innen anderer Berufsgruppen ein grundsätzliches Misstrauen in die Expertise eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin herrscht. Die Ausbildung zu kurz, die Patient:innen zu schwierig oder zu manipulativ: Ganz abseits anderer eventueller Vorurteile gegenüber den Genesungsbegleiter:innen fehlte bei vielen Mitarbeiter:innen die Überzeugung, dass die Lebenserfahrung allein diese Person dazu befähigt, mit forensischen Patient:innen zu arbeiten. Nicht die Modulausbildung, nicht das Zertifikat, sondern die gelebte Erfahrung ist die Kompetenz des Genesungsbegleiters, welche Anerkennung, nicht zuletzt durch eine faire Vergütung, erhalten sollte. Dies zeigte z.B. der Konflikt eines Genesungsbegleiters mit Sozialarbeiter:innen, die sein Honorar unangemessen hoch fanden. Der Genesungsbegleiter hatte durch die Tätigkeit auf Honorarbasis und außerhalb der Klinik bzw. der JVA zwar viele Gestaltungsfreiheiten, war aber auch nicht in das behandelnde Team integriert. Der Ansatz, Genesungsbegleiter:innen auf Honorarbasis anzustellen, kann maximal eine Übergangslösung sein und hat dauerhaft keinen Bestand. Nur mit einer Festanstellung und der damit einhergehenden Jobsicherheit und der Anerkennung der Genesungsbegleiter:innen kann eine vollständige Integration in das behandelnde Team der Einrichtung gelingen.

### **5.2.5 Begriff der Professionalität und der Rollenkonflikt**

Durch die zunehmende Professionalisierung (bspw. durch zertifizierte Ausbildung) soll

eine klare Definition und ein fester Rahmen von Genesungsbegleitung für mehr Handlungssicherheit sowohl der Genesungsbegleiter:innen als auch der Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen sorgen. Der Konflikt eines Genesungsbegleiters mit dem Team, als er einem Patienten empfohlen hatte, eher noch Cannabis anstelle synthetischer Drogen zur Selbstmedikation bei überwältigendem Suchtdruck zu konsumieren (siehe Ergebnisteil Seite 37), zeigt die Wichtigkeit einer klaren Rollendefinition. Solches oder ähnliches Verhalten, sich nicht an jede Regelung der Forensischen Psychiatrie zu halten oder sogar teilweise antipsychiatrische Sichtweisen zu vertreten, ist eine der größten Befürchtungen der Mitarbeiter:innen und Klinikleitungen und für sie ein Ausschlusskriterium für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Ihnen waren das Einhalten von Regeln, gerade bei der Besprechung der Einarbeitung eines Genesungsbegleiters, auch gerade deshalb so wichtig, um die Zugehörigkeit des Genesungsbegleiters zum Team zu demonstrieren und damit dessen Loyalitätskonflikt, bzw. das Instrumentalisieren des Genesungsbegleiters durch die Patient:innen zu reduzieren.

Das Thema der professionellen Distanz fand in den Fokusgruppen sogar in zweierlei Hinsicht Beachtung. Es war sowohl ein großer Kritikpunkt an dem ersten Auftreten des Genesungsbegleiters der KFP, wurde aber auch generell als Anforderung formuliert. Die Befürchtung, der Genesungsbegleiter könnte von den Patient:innen ausgenutzt werden oder geschützte Informationen teilen, war enorm. Der Genesungsbegleiter der KFP selbst hatte schon im Vorfeld seines Praktikums das Prinzip der „Null-Toleranz“ beschlossen, nach dem er jeden Regelbruch der Patient:innen konsequent an das Team weitergeben wollte.

Im deutschsprachigen Raum bietet die Ausbildung durch den Verein EX-IN e.V. eine gewisse Verlässlichkeit, welche Inhalte zertifizierte Genesungsbegleiter:innen auf jeden Fall in ihrer Ausbildung behandelt und wie viele Praktika sie absolviert haben. Insofern stellt sich die Frage, wie „professionell“ Genesungsbegleiter:innen in Deutschland im Sinne ihrer Fachkenntnisse sind, eigentlich nicht. Arbeitgeber:innen müssen allerdings zulassen, dass Genesungsbegleiter:innen ihren Beruf tatsächlich ausüben können und sich nicht zu sehr an Kolleg:innen anderer therapeutischer Berufe angleichen. Den Genesungsbegleiter:innen aus Unwissenheit über ihre Funktion und um die Distanz zu den Patient:innen zu wahren bspw. davon abzuraten, ihre Lebensgeschichte und damit auch die negativsten Erinnerungen an ihre Erkrankung zu teilen, nimmt ihrer Arbeit den

inhaltlichen Kern und reduziert sie auf die Rolle von Pflegehilfskräften (Gillard et al., 2015). Genesungsbegleiter:innen legen größten Wert auf die besondere Beziehung zu den Patient:innen durch das Teilen ihrer persönlicher Geschichte (Adams, 2020). Fällt dieser Teil durch ein zu starkes Angleichen der Genesungsbegleiter:innen an die fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen weg, findet eigentliche Genesungsbegleitung gar nicht mehr statt.

Insgesamt entstand in den Fokusgruppen der Eindruck, die Mitarbeiter:innen würden ihre Definition von Professionalität, nämlich Distanz zu den Patient:innen, die Einhaltung von Regeln etc. mit der Vertrauenswürdigkeit des Genesungsbegleiters gleichsetzen. Der Genesungsbegleiter der KFP bezeichnete sich selbst als „halb-professionell“ und war sich des Konfliktes um seine Rolle durchaus bewusst. In dieser Arbeit wurde bewusst darauf verzichtet, Mitarbeiter:innen aller anderen Berufsgruppen als „Professionelle“ zu bezeichnen, da dies im Umkehrschluss das Verständnis zulässt, die Expertise aus Erfahrung der Genesungsbegleiter:innen sei „unprofessionell“.

Es ist in jedem Fall ein Balanceakt, Genesungsbegleiter:innen vollständig in ein so stark regelgeprägtes Arbeitsumfeld wie die Forensische Psychiatrie zu integrieren und ihnen trotzdem den Freiraum zu gewähren, den sie für ihre Arbeit benötigen. Auch an dieser Stelle kann es wieder sinnvoll sein, mehr als eine:n Genesungsbegleiter:in pro Einrichtung einzustellen, damit sich die erlebten Rollenkonflikte auf mehrere Schultern verteilen und daraus kein Konflikt auf persönlicher Ebene gegen eine:n Genesungsbegleiter:in allein entsteht.

### **5.3 Aufgaben und Einsatzgebiete**

Allen interviewten Personen war eine klare Tätigkeitsbeschreibung sehr wichtig. Da die interviewten Genesungsbegleiter:innen jeweils die ersten in ihrer arbeitgebenden Klinik waren, hatten sie trotz Ausbildung bei EX-IN und ihrer eigenen Ideen zu Beginn durch fehlende Rahmenbedingungen Schwierigkeiten, ihren Arbeitstag zu gestalten.

Seit Sommer 2023 ist bei der Agentur für Arbeit eine Tätigkeitsbeschreibung für Genesungsbegleiter:innen hinterlegt (Lange et al., 2024). Dort sind viele Facetten der Tätigkeit eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin beschrieben, die sich sowohl in den Fokusgruppen in der KFP in 2019 als auch in der Literatur wiederfinden. Bspw. beschrieb eine andere qualitative Studie aus Deutschland von Gather et al. (2019), in der Genesungsbegleiter:innen in

nicht-akuten, allgemein-psychiatrischen Settings interviewt wurden: die häufigsten Tätigkeiten sind Einzelgespräche und Kontaktversuche mit Patient:innen, gefolgt von Gruppenangeboten zu den Themen Recovery, Psychoedukation oder individuellen Projekten der Genesungsbegleiter:innen wie z.B. Kochen oder kreatives Schreiben. Auch ohne sich im Vorfeld mit dem Thema Genesungsbegleitung beschäftigt zu haben, hatten viele Teilnehmer:innen der Fokusgruppen ähnliche Ideen für den Einsatz. Die Tätigkeitsbeschreibung der Agentur für Arbeit ergänzt diese noch um die Aufgabe, die eigenen Erfahrungen zu teilen und dadurch die Patient:innen zu ermutigen und zu empowern. Der Genesungsbegleiter der KFP stellte sich im Vorfeld seiner Einstellung vor allem auf Beziehungsarbeit mit den Patient:innen ein und sah seine besondere Stärke darin, sich in deren Situation hineinversetzen zu können. Eng damit verbunden ist auch die Vorbildfunktion, die jede:r Genesungsbegleiter:in schon dadurch erfüllt, sich in Recovery zu befinden und ein subjektiv gutes, sinnerfülltes Leben aufgebaut zu haben. Durch vermehrten Einsatz von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie kann erreicht werden, dass sich untergebrachte Patient:innen ebenfalls für die Ausbildung bei EX-IN interessieren und eine mögliche berufliche Perspektive für die Zeit nach der Unterbringung im Maßregelvollzug erlangen.

Auch die Perspektive-Vermittlung zwischen Personal und Patient:innen findet Erwähnung auf der Homepage der Agentur für Arbeit. Die Interviewten wählten für diese Funktion von Genesungsbegleiter:innen Begriffe wie „Schwamm“ (PSW\_intern) oder „Pufferbrücke“ (B2\_2), meinten aber im Kern alle das Gleiche: Ein:e Genesungsbegleiter:in kann durch die Erfahrung, selbst in der Situation der Patient:innen gewesen zu sein, sowohl den fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen als auch den Patient:innen die Perspektive der jeweils anderen vermitteln.

Mangelnde Vorbereitung der Mitarbeiter:innen auf den Einsatz von Genesungsbegleitung und unzureichendes Wissen der Arbeitgeber:innen kann auch zu Konflikten bezüglich der Aufgabengebiete eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin führen (Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013). Dies spiegelten auch die Fokusgruppen mit Mitarbeiter:innen der KFP Rostock wieder, in denen lebhaft diskutiert wurde, ob man den Genesungsbegleiter bspw. für Wohnungssuche oder Amtsbesuche einsetzen wolle. Heumann et al. stellten klar, dass sowohl solche Botengänge wie auch der ausschließliche Einsatz zur Kontaktaufnahme mit Patient:innen, die

von anderen Mitarbeiter:innen nicht erreicht werden können, den Kompetenzen eines Genesungsbegleiters oder einer Genesungsbegleiterin nicht gerecht werden (Heumann et al., 2015).

Genesungsbegleiter:innen sollte genügend Freiraum gegeben werden, ihren Arbeitsalltag selbst zu gestalten. Eine Tätigkeitsbeschreibung im Vorfeld kann sowohl dabei helfen, im Einstellungsprozess Bewerber:innen darstellen zu können, was von ihnen erwartet wird, als auch, den anderen Mitarbeiter:innen zu erklären, was die Aufgaben des oder der zukünftigen Kolleg:in sind.

#### **5.4 Positive Erfahrungen der externen Klinikleitungen und Genesungsbegleiter:innen**

Die Klinikleitungen beobachteten in ihren Teams die erhofften Entwicklungen: Das Verständnis für die Patient:innen und damit die Recovery-Orientierung unter den Mitarbeiter:innen nahmen durch die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleiter:innen zu. Sich als Klinikleitung zu vergegenwärtigen, dass ihnen persönliches Erfahrungswissen in der Versorgung der Patient:innen ohne Zugang zu Genesungsbegleitung bisher fehlte und aber eine wichtige Ergänzung ist, ist ein wichtiger Schritt, um Augenhöhe zwischen „Experten aus Erfahrung“ und „Experten von Beruf“ zu schaffen.

Sowohl die Klinikleitungen als auch die externen Genesungsbegleiter:innen hatten die Erfahrung gemacht, dass das Angebot von Patient:innen weitestgehend sehr positiv aufgenommen wurde. Die Genesungsbegleiter:innen erfüllten die erhoffte Vorbildfunktion, indem sie den Patient:innen zeigten, dass Recovery möglich ist. Bei guter Kommunikation aller Beteiligten und ausreichender Vorbereitung überwiegen die positiven Erfahrungen der Mitarbeiter:innen und der Patient:innen die Vorurteile oder anfängliche Konflikte. Die interviewten Genesungsbegleiter:innen wurden wertgeschätzt und hatten sich ihren Platz im Team verdient.

#### **5.5 Negative Einstellungen und Bedenken der Mitarbeiter:innen**

##### **5.5.1 Zweifel an den mentalen Ressourcen der Genesungsbegleiter:innen**

Die Befürchtung anderer Mitarbeiter:innen, eine „kranke“ Person im Behandler:innenteam zu haben, hielten die interviewten Genesungsbegleiter:innen für unbegründet. In ihrer langjährigen Erfahrung mit der eigenen mentalen Gesundheit hatten sie gute Strategien entwickelt, auf Krisen

oder drohende Verschlechterung zu reagieren. In der Literaturrecherche tauchte das Vorurteil, Genesungsbegleiter:innen könnten durch ihre Arbeit besonders gefährdet sein, erneut zu erkranken, mehrfach auf (Kemp & Henderson, 2012). In den Fokusgruppen wurden ähnliche Bedenken bezüglich der Suchtvergangenheit und Straffälligkeit geäußert: Die Mitarbeiter:innen waren sich unsicher, ob sich der Genesungsbegleiter in der Gegenwart anderer Straffälliger von alten Angewohnheiten aus der Zeit im kriminellen Milieu distanzieren würde. Die Metasynthese von Walker und Bryant zeigte ebenfalls, dass eine der größten Hürden für Genesungsbegleiter:innen sei, eher in der Patient:innen-Rolle als als Kolleg:innen gesehen zu werden (Walker & Bryant, 2013).

Die Arbeit als Genesungsbegleiter:in ist Resilienz fördernd. Es gibt keine Evidenz dafür, dass die Arbeit zu Rückfällen führt, solange Genesungsbegleiter:innen die gleichen Möglichkeiten zur Selbstfürsorge und Supervision erhalten wie andere Mitarbeiter:innen (WHO, 2021).

### **5.5.2 „Wir gegen die“**

Unsicherheiten und Misstrauen seitens der Mitarbeiter:innen den Genesungsbegleiter:innen gegenüber ist meist in einer unzureichenden oder divergierenden Rollendefinition begründet (Ibrahim et al., 2020). Unter Mitarbeiter:innen in forensischen Einrichtungen ist die Patient:innenversorgung immer mit gewissen Sicherheitsvorkehrungen und einem Machtgefälle aufgrund der Unfreiwilligkeit der Unterbringung verbunden. Es ist daher möglich, dass Ideen von „Umerziehung“ und Disziplin bei Mitarbeiter:innen das Recovery-Potenzial der Versorgung überschatten (Hörberg & Dahlberg, 2015). Dass die Mitarbeiter:innen in den Fokusgruppen bspw. betonten, den Genesungsbegleiter nicht als Spion einsetzen zu wollen (siehe Ergebnisteil Seite 46), zeigt die „Wir gegen die“-Mentalität den Patient:innen gegenüber, die sicherlich in den meisten forensischen Kliniken nach wie vor sehr vorherrschend ist. Andersherum fühlen sich forensisch-untergebrachte Patient:innen häufig von den verantwortlichen Behandelnden missverstanden und gehen auf Distanz (Senneseth et al., 2022). Genesungsbegleitung kann durch die Perspektive-vermittelnde Funktion das gegenseitige Verständnis zwischen anderen Mitarbeiter:innen und Patient:innen fördern und die „Wir gegen die“-Lücke schließen (Walde et al., 2023).

### **5.5.3 Konkurrenzdenken**

Stigmatisierung und Vorurteile durch die anderen Mitarbeiter:innen werden über die Zeit abgebaut; das zeigen die Daten dieser Arbeit wie auch andere Studien (Adams, 2020; Mahlke et al., 2015; Parker et al., 2023; Repper & Carter, 2011). Anfängliche Bedenken, wie bspw., dass ein Genesungsbegleiter anderen Mitarbeiter:innen die Arbeit wegnehme, können recht schnell aus dem Weg geräumt werden. Allerdings war unter den Mitarbeiter:innen, die tagtäglich die Aufenthaltsräume mit dem Genesungsbegleiter teilen und deren Aufgabenbereiche sich am ehesten mit dessen überschneiden, mehr Überzeugungsarbeit nötig als bei den Klinik- bzw. Pflegedienstleitungen, deren Arbeitsalltag vom Genesungsbegleiter nur indirekt berührt wurde. Adams et al. beschrieb ebenfalls, dass sich die Kolleg:innen, die im Arbeitsalltag die meisten Berührungspunkte mit Genesungsbegleiter:innen hatten, diesen unter Umständen stärker stigmatisierten als Vorgesetzte (Adams, 2020). Es ist eine interessante Beobachtung, dass auch fachlich ausgebildete Mitarbeiter:innen in anderen qualitativen Studien sich durch die Implementierung von Genesungsbegleitung bedroht bzw. angegriffen fühlten (Gillard et al., 2013). Wenn Mitarbeiter:innen Genesungsbegleiter:innen als Konkurrenz begreifen, hat ihr Einsatz nur geringe Chancen auf Erfolg (Heumann et al., 2015). Genesungsbegleitung ist immer als sinnvolle Ergänzung, nie als Ersatz für bestehende Therapiekonzepte zu verstehen. Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen, also der Genesungsbegleiter:innen und der fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen, ist essentiell für die authentische Erweiterung der psychiatrischen Gesundheitsversorgung im Sinne der Recovery (Lange et al., 2024).

## **5.6 Vorstellungen, Erfahrungen und Wünsche des Genesungsbegleiters der KFP**

Genesungsbegleiter:innen können durch ihre Arbeit Schamgefühle und das Verbergen ihrer eigenen Erkrankung überwinden und ihre Lebenserfahrungen als identitätsstiftend begreifen (Moran et al., 2014). Der Genesungsbegleiter der KFP Rostock beschrieb im Interview, sein Leben lang auf eine Stelle wie diese gewartet zu haben, ohne gewusst zu haben, dass es die Ausbildung gibt. Auch die anderen interviewten Genesungsbegleiter:innen empfanden ihre Arbeit als sinnvoll und berichteten von Rückhalt durch ihre Ansprechpersonen bei Fragen oder im Falle einer krisenhaften Situation. Sie konnten eigene Themen in ihren Gruppenangeboten setzen und hatten das

Gefühl, durch ihre Arbeit die Einstellung einiger Kolleg:innen geändert zu haben. Die Selbstwirksamkeitserfahrung von Genesungsbegleiter:innen, ein wichtiger Teil des Teams zu sein und gebraucht zu werden, ist ein extrem wichtiger Baustein in der Recovery der Genesungsbegleiter:innen selbst.

### **5.7 Limitationen und Stärken der vorliegenden Arbeit**

Da das Berufsbild von Genesungsbegleiter:innen sehr stark von deren individuellen Lebenserfahrungen geprägt ist, lassen sich die Ergebnisse bezüglich des Genesungsbegleiters der KFP nicht uneingeschränkt auf andere Genesungsbegleiter:innen übertragen. Auch der Versorgungsumfang der KFP Rostock, welche als einzige forensische Klinik in Mecklenburg-Vorpommern Patient:innen nach § 63 und § 64 unterbringt, ist vergleichsweise speziell und erschwert die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kliniken in Deutschland. Da es sich bei dem Gesamtprojekt der KFP um eine Pilotstudie handelt und es im deutschsprachigen Raum wenig vergleichbare Projekte gibt, eignet sich der qualitative, hypothesenbildende Charakter der Studie, um eine thematische Grundlage für weitere Forschungsfragen zu identifizieren.

Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig und folgte keiner gezielten Rekrutierung, die Teilnehmer:innen bilden also ein „self selected sample“. Da viele Teilnehmer:innen den Genesungsbegleiter bereits kennengelernt hatten und teilweise bereits an einem Workshop im Vorfeld teilgenommen hatten, ist es möglich, dass in den Fokusgruppen völlig unvoreingenommene oder auch sehr kritische Stimmen fehlen oder unterrepräsentiert sind. Das Ziel der qualitativen Forschung ist aber keine statistische Repräsentativität, sondern die Abbildung eines inhaltlich möglichst breiten Feldes an Erfahrungen und Meinungen. Dies ist in der vorliegenden Stichprobe der Teilnehmer:innen erfüllt.

Dadurch, dass die Datenanalyse klinikintern stattfand, könnte die Kodierung in ihrer Neutralität eingeschränkt sein. Die Autorin CB hatte als hauptsächlich auswertende Person alle Transkripte des Zeitpunktes T1 gelesen und war in einer der Fokusgruppen als Protokollantin anwesend. Ebenfalls hatte PW, die 30% der Transkripte zweitkodierte, sämtliche Interviews geführt. Dadurch entstand ein gewisser Bias, da eventuell schon während der Datenerhebung Themen ge-

funden wurden und unter Umständen in weiteren Interviews oder besonders während der Auswertung die Offenheit der Autorinnen für Themen verkleinert wurde. Allerdings ist CB als Promotionsstudentin keine Mitarbeiterin der KFP Rostock und PW eine Mitarbeiterin im Forschungsbereich, insofern weisen beide an der Analyse Beteiligten eine höhere Neutralität auf als bspw. klinische, an der unmittelbaren Patient:innen-Versorgung beteiligte Mitarbeiter:innen.

Um die Interrater-Reliabilität zu erhöhen, wurden die Interviews und Fokusgruppen zu mindestens 30% pro interviewter Gruppe, also mindestens einem Interview pro interviewter Gruppe, unabhängig und parallel von CB und PW kodiert. Veränderungen und Fortschritte in der Kodierung wurden protokolliert. Beim Vergleich der Definitionslisten der Codes konnte eine hohe Übereinstimmung erreicht werden. Differenzen wurden in gemeinsamen Rücksprachen mit BV geklärt.

## 6. Zusammenfassung

In der Einleitung wird auf Sinn und Notwendigkeit von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie eingegangen und das Projekt der KFP Rostock samt der Forschungsfragen skizziert.

Im Theoretischen Hintergrund sind die gesetzlichen Grundlagen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug in Deutschland beschrieben. Genesungsbegleitung und Recovery werden definiert. Die historische Entwicklung von Genesungsbegleitung international sowie in Deutschland wird beschrieben. Die bisher erforschten Effekte von Genesungsbegleitung auf Patient:innen werden sowohl für die Allgemeinpsychiatrie wie auch für die Forensische Psychiatrie dargestellt. Darauf folgen die Effekte der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen auf die eigene Recovery und der aktuelle Stand der Empfehlungen von Genesungsbegleitung in Leitlinien.

Im Methodenteil sind Setting und Design des Gesamtprojekts beschrieben, aus dem diese Arbeit den Messzeitpunkt T1 von drei Messzeitpunkten darstellt. Für den Messzeitpunkt T1 werden eine Datenerhebung in Form einer deutschlandweiten Umfrage sowie zweier Fokusgruppen und insgesamt sieben Interviews beschrieben. Die Thematische Analyse der qualitativen Daten nach Braun und Clarke mithilfe der Software NVivo wird beschrieben.

Der Ergebnisteil enthält die Ergebnisse der Umfrage sowie die Erfahrungen externer Genesungsbegleiter:innen, die bereits in forensischen Settings arbeiten, Erfahrungen externer Klinikleitungen, die Genesungsbegleitung in ihren Kliniken implementiert haben und die Erwartungen und Vorstellungen der Mitarbeiter:innen der KFP Rostock, sowie des Genesungsbegleiters der KFP Rostock im Vorfeld seiner Einstellung.

In der Diskussion werden verschiedene Themen, die durch die Thematische Analyse gefunden wurden, mit der Fachliteratur in Verbindung gebracht. Der Fokus liegt hier besonders auf hilfreichen Aspekten und Vorteilen bei der Implementierung von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie, aber auch auf häufigen Hürden und Schwierigkeiten, die es im Vorfeld einer Implementierung zu antizipieren gilt. Die Limitationen und Stärken der Studie werden dargestellt.

## 7. Thesen

Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie ist aufgrund der Doppelstigmatisierung der untergebrachten Patient:innen besonders sinnvoll, da Patient:innen die Aussagen einer Person mit ähnlichen Lebenserfahrungen wie sie selbst als besonders authentisch erachten.

Es gibt Personen, die lange Zeit ihres Lebens abhängigkeiterkrankt und straffällig waren und die im Verlauf ihrer eigenen Recovery den Wunsch entwickeln, andere Personen in ähnlichen Lebenssituationen zu unterstützen und der Gesellschaft etwas zurückzugeben.

Die Tätigkeit als Genesungsbegleiter:in ist sinnstiftend und Recovery-fördernd und hilft Genesungsbegleiter:innen dabei, selbst nicht erneut zu erkranken. Die Auseinandersetzung mit akut erkrankten Patient:innen erhöht nicht das Rückfallrisiko der Genesungsbegleiter:innen.

Es ist sinnvoll, mehr als eine:n Genesungsbegleiter:in pro Einrichtung einzustellen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie einer gründlichen Vorarbeit bedarf und vielfältige Hürden in der Implementierung zu antizipieren sind.

Trotz Recovery-orientierter Ansätze in Empfehlungen der WHO und verschiedener Fachgesellschaften sind bei vielen Mitarbeiter:innen forensischer Psychiatrien traditionelle, hierarchisch geprägte und die Patient:innen stigmatisierende Einstellungen verfestigt. Der gut vorbereitete Einsatz von Genesungsbegleitung kann dazu beitragen, diese Einstellungen zu verändern und Forensische Psychiatrie verständnisvoller und partizipativer zu gestalten.

Durch vermehrten Einsatz von Genesungsbegleiter:innen in der Forensischen Psychiatrie und somit vermehrter Repräsentation Betroffener, die sich in Recovery befinden, können Vorurteile und Skepsis unter anderen Mitarbeiter:innen dem Beruf gegenüber reduziert werden. Der Einsatz von Genesungsbegleiter:innen kann die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis zwischen Patient:innen und fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen verbessern.

## 8. Literaturverzeichnis

- Adams, W. E. (2020). Unintended consequences of institutionalizing peer support work in mental healthcare. *Social Science & Medicine*, 262, 113249. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113249>
- Agentur für Arbeit (2024). Genesungsbegleiter/in. Berufsbeschreibung. Tätigkeitsinhalte. [https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/132492#taetigkeit\\_berufsbeschreibung\\_taetigkeitsinhalte](https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/132492#taetigkeit_berufsbeschreibung_taetigkeitsinhalte). Zugriff am 16.04.2024
- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). Recovery—Grundlagen und Konzepte. In *Recovery—Das Ende der Unheilbarkeit* (1. Aufl., S. 93–150). Psychiatrie-Verlag.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Benighaus, C., & Benighaus, L. (2012). Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft—Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 111–131).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health*, 4(3), 337–356. <https://doi.org/10.1037/sah0000148>
- Chien, W. T., Clifton, A. V., Zhao, S., & Lui, S. (2019). Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010880.pub2>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429–441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Chinman, M., McInnes, D. K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a research agenda for understanding the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955–957. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054>
- Chinman, M., Oberman, R. S., Hanusa, B. H., Cohen, A. N., Salyers, M. P., Twamley, E. W., & Young, A. S. (2015). A Cluster Randomized Trial of Adding Peer Specialists to Intensive Case Management Teams in the Veterans Health Administration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 109–121. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9343-1>
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), 38–54.

- 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, 11*(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin, 32*(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Davidson, L., & Rowe, M. (2008). *Peer support within criminal justice settings: The role of forensic peer specialists*. May 2015, 2–4.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11.
- Deville, G. J., Sorbello, L., Eccleston, L., & Ward, T. (2005). Prison-based peer-education schemes. *Aggression and Violent Behavior, 10*(2), 219–240. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.12.001>
- DGPPN (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Version 2, 02.10.2018, Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020>, Zugriff am 18.03.2024
- Drennan, G., & Alred, D. (Hrsg.). (2012). *Secure recovery: Approaches to recovery in forensic mental health settings*. Routledge.
- EX-IN e.V. (2024). Über EX-IN. Fragen & Antworten. Was sind die persönlichen Voraussetzungen, damit ich an der Weiterbildung teilnehmen kann? <https://ex-in.de/ueber-ex-in/fragen-antworten/>. Zugriff am 10.03.2024
- Fuhr, D. C., Salisbury, T. T., Silva, M. J. D., Atif, N., Ginneken, N. van, Rahman, A., & Patel, V. (2014). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(11), 1691–1702. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0857-5>
- Gather, J., Otte, I., Werning, A., Nosseck, A., Vollmann, J., & Juckel, G. (2019). Integration von Genesungsbegleitern in psychiatrische Behandlungsteams. *Nervenheilkunde, 38*(04), 184–189. <https://doi.org/10.1055/a-0829-0436>
- Gillard, S., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research, 13*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-188>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Hadala, J. (2023). *Implementierung von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie*. Universität Rostock.
- Hameed Shalaby, R. A., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer support in mental health: Literature review. *JMIR Mental Health, 7*(6). <https://doi.org/10.2196/15572>

- Hegedüs, A., Seidel, E., & Steinauer, R. (2016). Participants' employment status and experiences in the year after the Experienced Involvement training. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 214–220. <https://doi.org/10.1177/0020764015623969>
- Heumann, K., Utschakowski, J., Mahlke, C., & Bock, T. (2015). Implementierung von Peer-Arbeit. *Nervenheilkunde*, 34(04), 275–278. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627581>
- Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline—Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 28703. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 337–340. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2975/35.4.2012.337.340>
- King, A. J., & Simmons, M. B. (2018). A systematic review of the attributes and outcomes of peer work and guidelines for reporting studies of peer interventions. *Psychiatric Services*, 69(9), 961–971. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700564>
- Lange, C., Plock, S., Rudloff, B., & Lencer, R. (2024). Recovery-oriented treatment and peer support in psychiatry. *Nervenarzt*, 95(1), 71–79. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01586-1>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C. L., Hegadoren, K., Duffett-Leger, L., & Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 345–357. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00736.x>
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C., & Brink, J. (2013). Supporting Recovery by Improving Patient Engagement in a Forensic Mental Health Hospital: Results From a Demonstration Project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 132–145. <https://doi.org/10.1177/1078390313489730>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review of the effectiveness of group peer support interventions for mental health conditions. *BMC psychiatry*, 21(315), 1–17.
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., & Stagg, H. R. (2015). Peer Support Workers in Health: A Qualitative Metasynthesis of Their Experiences. *PLOS ONE*, 10(10), e0141122.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141122>

- Mahlke, C., Heumann, K., Ruppelt, F., Meyer, H.-J., Rouhiainen, T., Sielaff, G., Lambert, M., & Bock, T. (2015). Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. *Psychiatrische Praxis*, 42(S 01), S25–S29. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387668>
- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). Models of peer support in psychiatric care. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 214–221. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 683–696. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.489953>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281–291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304–319. <https://doi.org/10.1177/1049732311420578>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2014). Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: A qualitative study using self-determination theory. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 32–41. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9440-2>
- Morris, M., & Bradshaw, M. (2009). CHANGE: Ein psychiatrischer Dienst von Psychiatrieerfahrenen in England. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten—Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 194–203). Psychiatrie-Verlag.
- Mowbray, O., Campbell, R., Lee, M., Fatehi, M., & Disney, L. (2021). A Systematic Review of Psychosocial-Based Outcomes in Peer-Support Services. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 18(2), 155–180. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1805385>
- Nijdam-Jones, A. (2012). *Patient Narratives: Understanding ‘ Recovery ’ and Social Bonding Theory in a Forensic Mental Health Hospital*. Simon Fraser University.
- Parker, S., Dark, F., Newman, E., Wyder, M., Pommeranz, M., Walgers, R., & Meurk, C. (2023). Staff Experiences of Integrating Peer Support Workers and Clinical Staff in Community-Based Residential Mental Health Rehabilitation: A Pragmatic Grounded Theory Analysis. *Community Mental Health Journal*, 59(4), 703–718. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01054-1>
- Peglau, J., & Seifert, D. (2022). Grundlagen der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung. In *Praxishandbuch Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie* (S. 14–25). Elsevier Inc.
- Penney, D. (2018). Defining “peer support”: Implications for policy, practice and research. *Darby Penney, MLS*, 1–11.
- Perrin, C., & Blagden, N. (2014). Accumulating meaning, purpose and opportunities to change „drip by

- drip“: The impact of being a listener in prison. *Psychology, Crime and Law*, 20(9), 902–920.  
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.888429>
- Perrin, C., Blagden, N., Winder, B., & Dillon, G. (2018). “It’s Sort of Reaffirmed to Me That I’m Not a Monster, I’m Not a Terrible Person”: Sex Offenders’ Movements Toward Desistance via Peer-Support Roles in Prison. *Sexual Abuse*, 30(7), 759–780.  
<https://doi.org/10.1177/1079063217697133>
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pricor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rogers, E. S., Maru, M., Johnson, G., Cohee, J., Hinkel, J., & Hashemi, L. (2016). A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 248.
- Schoppmann, S., Balensiefen, J., Lau, S., Graf, M., & Hachtel, H. (2021). Patients’ Views With Regard to Personal Recovery in Forensic Psychiatry in German-Speaking Switzerland—An Explorative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 695096. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695096>
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C., & Palmstierna, T. (2022). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: Systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(1), e17. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>
- Shaw, C. (2014). *Peer support in secure services*. <http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2014/11/Peer-Support-in-Secure-Settings-Final-Report-4-Nov-14.pdf>
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2016). Personal recovery within forensic settings – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(1), 59–75. <https://doi.org/10.1002/cbm.1966>
- Simpson, A. I. F., & Penney, S. R. (2011). The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 299–306. <https://doi.org/10.1002/cbm.823>
- Simpson, A. I. F., & Penney, S. R. (2018). Recovery and forensic care: Recent advances and future directions. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(5), 383–389.  
<https://doi.org/10.1002/cbm.2090>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O’Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services; discusses the underlying psychosocial processes of these services; and delineates the benefits to peer. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
- Surmann, M., Falke, S., Von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Arolt, V., & Lencer, R. (2021). Understanding the multidimensional phenomenon of medication adherence attitudes in psychosis. *Psychiatry Research*, 295, 113601. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113601>

- Utschakowski, J. (2009a). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. In *Vom Erfahrenen zum Experten—Wie Peers die Psychiatrie verändern* (1. Aufl., S. 82–90). Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2009b). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In *Vom Erfahrenen zum Experten—Wie Peers die Psychiatrie verändern* (1. Aufl., S. 14–21). Psychiatrie-Verlag.
- Walde, P., Hadala, J., Peipe, V., & Völlm, B. A. (2023). Implementation of a peer support worker in a forensic psychiatric hospital in Germany—Views of patients. *Frontiers in Psychiatry, 14*(1). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1061106>
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 36*(1), 28–34. <https://doi.org/10.1037/h0094744>
- Weibold, B., & Aigner, M. (2022). Peer-Arbeit in der Psychiatrie am Beispiel von EX-IN: Hintergründe, Entwicklungen und praktische Erfahrungen mit Genesungsbegleitung im Universitätsklinikum Tulln. *psychopraxis. neuropraxis, 25*(6), 319–322. <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00847-z>
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- WHO (2021). Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wolfendale, T., & Musaabi, A. (2017). The implementation of a peer support scheme in an assertive rehabilitation ward in high secure forensic services. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(4), 222–229. <https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2017-0023>



## Anhang

### Interviewleitfaden externe Klinikleitungen

Sehr geehrte Frau ..., sehr geehrter Herr ..., vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und uns unterstützen. Die von Ihnen unterschriebenen Teilnehmerunterlagen haben wir erhalten. Gibt es dazu noch Fragen? Ich möchte Sie erneut darauf hinweisen, dass Sie das Interview jederzeit abbrechen oder die Beantwortung einzelner Fragen ablehnen können. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen, sodass später beim Auswerten keine Informationen verloren gehen.

Vorab einige Informationen zu unserer Klinik und zum Projekt. Die Klinik für forensische Psychiatrie in Rostock ist an die Universitätsmedizin angegliedert. Wir behandeln überwiegend Patienten nach § 64 StGB, seit letztem Jahr aber auch Patienten nach § 63 StGB. Im kommenden Jahr möchten wir gerne einen Genesungsbegleiter einstellen, der sich derzeit noch in der entsprechenden Ausbildung befindet. Im Februar ist sein 2. Praktikum bei uns geplant. Bis zu seinem geplanten Einsatz im Mai wollen wir gerne ein Konzept für die Implementierung entwickeln und dieses dann nach der Einstellung auch begleitend evaluieren. Für die Konzeptentwicklung möchten wir gerne auf die Erfahrungen anderer forensischer Kliniken zurückgreifen. Und da kommen Sie ins Spiel.

1. Frau Dr. ... /Herr Dr. ... , seit wann setzen Sie in Ihrer Klinik Genesungsbegleiter ein und wie kam es dazu?
2. Könnten Sie noch kurz etwas zu Ihrem PSW selber sagen? (Hilfsfrage: Welchen Hintergrund hat er/sie? Welche Aufgaben übernimmt er/sie in Ihrer Einrichtung?)
3. Mit welcher Erwartung hatten Sie Ihren PSW eingestellt?
4. Könnten Sie etwas ausführlicher beschreiben, wie Sie bei der Implementierung vorgegangen sind? (Hilfsfragen: Welche formalen Schritte waren notwendig? Welche Vorbereitungen haben Sie innerhalb der Klinik getroffen? Haben Sie den PSW selber auf seinen/ihren Einsatz vorbereitet, falls ja, wie? Wie haben sie Mitarbeiter:innen mit einbezogen?)
5. Wie würden Sie die Implementierung im Nachhinein bewerten? (Hilfsfrage: Hat alles so funktioniert, wie Sie sich das vorgestellt haben?)
6. Was empfanden Sie bei der Einführung als hilfreich?
7. Was empfanden Sie bei der Einführung als eher hinderlich?
8. Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem Genesungsbegleiter/der Genesungsbegleiterin seitdem? (Hilfsfrage: Welche positiven und negativen Erfahrungen gab es seit der Einstellung? Wie hat sich der Klinikalltag verändert? Wie sich die Akzeptanz der Mitarbeitenden dem PSW gegenüber verändert?)

Ich danke Ihnen für die ausführlichen Antworten. Damit wäre ich auch bei meiner abschließenden Frage: Was wäre der wichtigste Hinweis, den Sie einer Klinik geben würden, die das Konzept der Genesungsbegleitung neu implementieren möchte?

[...]

Ich danke Ihnen für das Gespräch und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

## Interviewleitfaden externe Genesungsbegleiter:innen

Sehr geehrte Frau ..., sehr geehrter Herr ..., vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und uns unterstützen. Die von Ihnen unterschriebenen Teilnehmerunterlagen haben wir erhalten. Gibt es dazu noch Fragen? Ich möchte Sie erneut darauf hinweisen, dass Sie das Interview jederzeit abbrechen oder die Beantwortung einzelner Fragen ablehnen können. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen, sodass später beim Auswerten keine Informationen verloren gehen.

Vorab einige Informationen zu unserer Klinik und zum Projekt. Die Klinik für forensische Psychiatrie in Rostock ist an die Universitätsmedizin angegliedert. Wir behandeln überwiegend Patienten nach § 64 StGB, seit letztem Jahr aber auch Patienten nach § 63 StGB. Im kommenden Jahr möchten wir gerne einen Genesungsbegleiter einstellen, der sich derzeit noch in der entsprechenden Ausbildung befindet. Im Februar ist sein 2. Praktikum bei uns geplant. Bis zu seinem geplanten Einsatz im Mai wollen wir gerne ein Konzept für die Implementierung entwickeln und dieses dann nach der Einstellung auch begleitend evaluieren. Für die Konzeptentwicklung möchten wir gerne auch auf die Erfahrungen anderer Genesungsbegleiter zurückgreifen, die bereits im forensischen Kontext gearbeitet haben. Und da kommen Sie ins Spiel.

1. Herr .../ Frau ..., könnten Sie sich vielleicht kurz vorstellen? (Hilfsfragen: Welchen Hintergrund haben Sie? Was ist ihre aktuelle Tätigkeit als Genesungsbegleiter:in?)
2. Waren Sie vor Ihrer Tätigkeit in ... [forensische Einrichtung] schon woanders als Genesungsbegleiter:in tätig? (Hilfsfragen: Was waren da Ihre Einsatzgebiete?)
3. Wie kam es, dass Sie in [forensische Einrichtung] angefangen haben?
4. Können Sie sich noch an Ihren ersten Tag in [forensische Einrichtung] erinnern? Mit welchen Erwartungen, Befürchtungen oder auch Hoffnungen sind Sie da reingegangen?
5. Wie haben Sie Ihre Einführung in die Klinik wahrgenommen? (Hilfsfrage: War aus Ihrer Sicht so etwas wie ein Konzept erkennbar? Wie sah das aus?)
6. Wie bewerten Sie Ihre Einführung rückblickend?
7. Was hat Ihnen in den ersten Tagen und Wochen in der Klinik geholfen?
8. Was empfanden Sie in dieser Zeit als eher hinderlich bzw. wo sind Schwierigkeiten aufgetreten?
9. Bestanden diese Faktoren, positiv wie negativ, nach der ersten Eingewöhnungszeit weiterhin? Bzw. sind neue Faktoren dazugekommen? (Hilfsfrage: Welche? Wie erleben Sie die Interaktion mit den Patient:innen? Was ist hier hilfreich oder erschwerend?)
10. Da wir gerade bei den Patient:innen sind; können Sie mir noch ein wenig zu Ihrer Selbstfürsorge erzählen? Sie werden ja in der Klinik sicherlich Situationen mit Patient:innen erleben, in denen es notwendig ist, dass Sie sich auch abgrenzen. (Hilfsfrage: Woran merken Sie, dass Sie gerade in Ihre Grenzen kommen? Wie verhindern Sie, dass Sie solche Situationen mit nach Hause nehmen? Wie kann Ihr Arbeitgeber/wir/die Kollegen Sie dabei unterstützen?)

Ich danke Ihnen für die ausführlichen Antworten. Damit wäre ich auch bei meiner abschließenden Frage: Was wäre der wichtigste Hinweis, den Sie einer Klinik geben würden, die das Konzept der Genesungsbegleitung neu implementieren möchte?

[...]

Ich danke Ihnen für das Gespräch und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Auf Wiederhören!

## Leitfaden Fokusgruppen

Geplante Dauer: 2h

Geplante Teilnehmerzahl: 5-8 Personen

Visualisierung: Mindmaps/ Schlagwörter auf Whiteboard o.Ä. festhalten

Moderation: Gesprächsführung, Zeitplan

Co-Moderation: Sitzplan, Redeliste?, Protokoll, Visualisierung

Ablauf	Inhalt/Fragen	Zeit
Begrüßung	<p>Herzlich willkommen zu unserer ersten Fokusgruppe im Rahmen der Implementierung und Evaluation des Einsatzes eines Genesungsbegleiters hier bei uns in der KFP, ich bin Caroline Benz, [Studienjahr und Bezug zum Projekt CB], ... und mein Name ist Peggy Walde, ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin hier im Haus. [Bildungsweg PW].</p> <p>Ich weiß nicht, inwiefern Sie sich alle kennen, vielleicht könnten Sie sich auch kurz vorstellen, damit Frau Benz und ich Sie etwas besser einordnen können.</p> <p>(kurzes Vorstellen der Anwesenden)</p> <p>Vielen Dank, dass Sie die Zeit gefunden haben und heute hier sind. Wir planen für die Fokusgruppe etwa 1,5h ein. Die Gespräche werden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert, also abgeschrieben. Damit es der- oder diejenige, die das abschreibt, etwas einfacher hat, möchte ich Sie bitten, ein wenig darauf zu achten, dass immer nur eine Person auf einmal spricht.</p> <p>Wir würden, bevor es losgeht, gerne noch eine kurze Einführung ins Konzept der Genesungsbegleitung geben. Der Ansatz an sich ist nicht neu, Genesungsbegleiter oder <i>peer support worker</i> werden sowohl im Ausland als auch in Deutschland schon vielfältig eingesetzt, z.B. im Zusammenhang mit körperlichen Behinderungen, in der Jugendsozialarbeit, bei der Beratung Studierender, aber auch bei verschiedenen psychischen Erkrankungen. Die Idee dahinter ist, dass Menschen mit ähnlichen Erfahrungen oder derselben Lebenssituation leichter Zugang zu „ihresgleichen“ finden und diese anders verstehen und unterstützen können, als es Außenstehende können. Je nach Einsatzbereich können unterschiedliche Aufgaben im Mittelpunkt stehen. Denkbar sind z.B. reine Informationsvermittlung, Co-Moderator oder -Therapeut in Gruppengesprächen, Tipps im Umgang mit Behörden und ggf. Einrichtungen des Hilfesystems – gerade auch im informellen Bereich, d.h. welche Einrichtung als besonders hilfreich erlebt wurde, Unterstützung in Krisenzeiten oder auch die Vermittlung zwischen Betroffenen und professionellen Akteuren. Nicht zuletzt</p>	5-10 min

	<p>geht es dabei auch um eine gewissen Vorbildwirkung.  Wie Sie bestimmt schon wissen, ist auch unsere Klinik derzeit an der Ausbildung eines Genesungsbegleiters beteiligt, Herrn [Name]. Ob er dann im nächsten Jahr wirklich auch hier anfangen wird, steht noch nicht fest, erst einmal ist für das neue Jahr noch ein zweites Praktikum geplant. Und danach entscheidet sich das.  Dementsprechend ist auch ein mögliches Einsatzgebiet noch offen. Unsere Aufgabe im Forschungsteam ist es, bis dahin ein Konzept zur Implementierung zu entwerfen. Das Ziel unseres Treffens soll es sein, bei der Entwicklung des Implementierungskonzeptes die Perspektive der Mitarbeitenden auf das ganze Thema möglichst einzufangen und in die Einsatzplanung mit einfließen zu lassen. Gibt es bis hierher erstmal Fragen?</p>	
Hauptteil 1	<p>Ok, dann haben Sie bestimmt mitbekommen, dass es im Haus einen Workshop gegeben hat mit einer externen Referentin zu diesem Thema. Darin wurden die Mitarbeiter der Klinik u.a. gefragt, was sie denken, wie sie als Team den Genesungsbegleiter unterstützen können. Einige der Aussagen haben wir Ihnen hier nochmal aufgeschrieben:</p> <p>„Vertrauen entgegenbringen“  „Integration ins Team“  „Feedback und Einarbeitung“  „Schutz vor ‚Missbrauch‘“</p> <p>Was meinen Sie, wie das alles gehen kann?  (Hilfsfragen: Denken Sie, jede:r Mitarbeiter:in bringt dem Genesungsbegleiter automatisch dasselbe Vertrauen entgegen, wie einem anderen neuen Kollegen? Was ist für Vertrauen nötig? Was verhindert Vertrauen? Wie kann Ihrer Meinung nach die Integration ins Team gefördert werden? Durch wen? Woran erkennen Sie, dass Integration gelungen oder nicht gelungen ist? Welche Bedenken kennen Sie [eigene oder fremde]?)</p> <p>Ich danke Ihnen für Ihre Antworten/Ihre Offenheit. Möchten Sie gerne eine kurze Pause machen?  [...]</p>	20-25 min
Pause (optional)		5 min
Hauptteil 2	<p>Ok, dann geht es weiter.  [Ist Ihnen in der Pause noch was eingefallen zu dem, was wir besprochen hatten?]</p> <p>Dann möchte ich gerne zu einem anderen Thema übergehen. Und zwar ist ja nach wie vor nicht geklärt, welche Aufgaben der Genesungsbegleiter in der Klinik übernehmen soll. Ich möchte Sie bitten, sich mal einen Sitznachbarn zu schnappen und ein paar</p>	15-20 min

	<p>Minuten mit ihm oder ihr darüber zu brainstormen, wo Sie in Ihrem Bereich und beim jeweils anderen mögliche Einsatzgebiete sehen.</p> <p>[3-5 Minuten]</p> <p>So, darf ich mich dann kurz bemerkbar machen? Ich würde Sie bitten, uns und den anderen zu verraten, was das Ergebnis Ihrer Gespräche war. Möchte jemand anfangen?</p> <p>[...]</p> <p>Ok, also wenn ich das jetzt richtig sehe, waren die meisten Vorschläge im [...] Bereich. Was meinen die [Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppe] dazu?</p> <p>(Hilfsfragen: Halten Sie das für umsetzbar? Was wäre dazu nötig? Wo sehen Sie Hürden?)</p> <p>Mal gemäß dem Fall, der gerade besprochene Einsatzbereich wäre absolut nicht der Kompetenzbereich des Genesungsbegleiters: Was wäre Ihrer Meinung nach ein weiterer Einsatzbereich?</p> <p>(Hilfsfragen auch hier wieder: Halten Sie das für umsetzbar? Was wäre dazu nötig? Wo sehen Sie Hürden?)</p>	
Schlussteil	<p>Ok, dann danke ich Ihnen für Ihre Ideen. Dann sind wir auch schon fast am Schluss angelangt. Ich fasse nochmal zusammen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Für die Integration des Genesungsbegleiters ist wichtig [...]</li> <li>- Denkbare Einsatzbereiche sind [...]</li> </ul> <p>Kann man das so stehenlassen? Habe ich irgendwas ganz wichtiges vergessen?</p> <p>[...]</p> <p>Ok, dann abschließend nochmal die Frage – haben wir jetzt irgendwas ganz Wichtiges noch gar nicht angesprochen, was Ihrer Meinung nach unbedingt angesprochen werden sollte?</p> <p>[...]</p> <p>Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit und Ihre Mitarbeit! Der nächste Schritt wird die Transkription sein, also das Abtippen der Tonaufnahme, und dann die Auswertung. Wir lassen Ihnen die Ergebnisse der Fokusgruppe zeitnah zukommen. Haben Sie noch einen schönen Tag.</p>	10 min
		55-70 min

## Interviewleitfaden Genesungsbegleiter KFP

Sehr geehrter Herr ..., vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und uns unterstützen. Bevor es losgeht - ich hatte Ihnen die Teilnehmerinformation und die Einwilligungserklärung zukommen lassen. Auch, wenn diese Einwilligung für das gesamte Projekt ist, steht es Ihnen natürlich jederzeit frei, von der Teilnahme zurückzutreten oder einzelne Fragen nicht zu beantworten. Haben Sie dazu erst einmal Fragen? [...]

Ok, dann möchte ich Ihnen vorab kurz einige Informationen zu unserem Projekt geben. Unsere Klinik plant, wie Sie ja wissen, im kommenden Jahr die Einstellung eines Genesungsbegleiters - Ihnen. Da das Konzept für die Klinik neu ist und es auch insgesamt in Deutschland wenig Erfahrung damit gibt, möchten wir die Einführung gerne wissenschaftlich begleiten. Das heißt zum Einen, dass wir die wenigen forensischen Kliniken in Deutschland, die bereits einen Genesungsbegleiter haben, nach ihren Erfahrungen fragen und diese in unser eigenes Konzept mit einfließen lassen. Zum anderen wollen wir aber auch möglichst innerhalb der Klinik die Beteiligten schon im Vorfeld zu Wort kommen lassen, in der Hoffnung, dass sich dadurch die Akzeptanz erhöht. Ok. Haben Sie Fragen bis hierher? [...] Dann kann es losgehen.

Kurz zum Ablauf: Ich habe hier zwar meine Fragen, ich lasse Sie am Anfang erst einmal erzählen und schreibe mir nebenbei so ein paar Sachen auf. Ich mache bewusst recht lange Pausen. Das kommt einfach daher, dass ich bestmöglich versuche, Sie nicht zu unterbrechen und immer noch warte, ob noch was kommt. Wundern Sie sich also nicht, erfahrungsgemäß finden es viele Leute ziemlich merkwürdig, so angeschwiegen zu werden. Ich warte dann aber einfach, ob von Ihrer Seite noch was kommt.

1. Könnten Sie bitte kurz erzählen, wie es kam, dass Sie die Ausbildung zum Genesungsbegleiter angefangen haben?
2. Als Genesungsbegleiter haben Sie ja ein sehr breites Einsatzspektrum. Wo sehen Sie denn allgemein derzeit Ihre Stärken und künftigen Aufgabenfelder? Also unabhängig von der Forensik.
3. Und welche Aufgaben liegen Ihnen gar nicht?
4. Sie haben ja jetzt die Klinik für Forensische Psychiatrie und Ihr Praktikum schon angesprochen. Können Sie mir nochmal etwas mehr von Ihrem Praktikum erzählen? Wie sind Sie da rangegangen? (Hilfsfrage: Wie war der erste Tag bzw. der Tag davor? Worauf haben Sie sich gefreut? Wovor war Ihnen mulmig?)
5. Und wie ist es mit Ihrem nächsten Praktikum? (Hilfsfrage: Welche Vorstellungen oder Wünsche haben Sie da? Gibt es noch dieselben oder neue Befürchtungen, wie vor Ihrem ersten Einsatz?)
6. Ok, dann sind wir schon fast bei der letzten Frage. Können Sie mir noch ein wenig zu Ihrer Selbstfürsorge erzählen. Sie werden ja in der Klinik sicherlich Situationen mit Patienten erleben, in denen es notwendig ist, dass Sie sich auch abgrenzen. Hatten Sie in Ihrem ersten Einsatz schon eine solche Situation? (Hilfsfrage: Woran merken Sie, dass Sie gerade in Ihre Grenzen kommen? Wie verhindern Sie, dass Sie solche Situationen mit nach Hause nehmen? Wie kann Ihr Arbeitgeber/wir/die Kollegen Sie dabei unterstützen?)

Ok, dann habe ich glaube ich alles gefragt, was ich fragen wollte. Möchten Sie mir noch etwas mitteilen? [...] Dann bedanke ich mich für Ihr Kommen und Ihre Zeit. Vielen Dank, dass Sie da waren.

Legende Codebücher:

- // Ausfall der Tonaufnahme oder unverständliche Aufnahme
- [] Kommentar
- [...] inhaltliche Auslassung im Zitat
- ... oder (...) Pausen innerhalb des Redeflusses
- B e i s p i e l** gedehntes, betontes Sprechen

**Codebuch externe Klinikleitungen**

Themenbezeichnung	Beschreibung	Textbeispiel/Erklärung	Gegenbeispiel/Gegenerklärung
<b>1 Erwartungen</b>	Ideen und Meinungen zu dem Projekt, Genesungsbegleitung zu implementieren		
1.1 Positive Erwartungen	Hoffnung auf erfolgreiches Gelingen der Implementierung aus Sicht der Klinikleitungen	Und es fehlt einfach dieser Baustein. Diesen Effekt würden wir gern, also diese, diesen Zugang noch stärken zu dem Thema Krankheitsempfinden und so weiter, eben durch die Zusammenarbeit mit dem EX-IN. Bei den Patienten erhoffe ich mir tatsächlich den Effekt der Glaubwürdigkeit. Das man sagt, okay, hier im Team ist noch jemand, der weiß wie es sich tatsächlich anfühlt untergebracht zu sein, der weiß wie es sich anfühlt eine Diagnose zu erleben. Diesen Schicksalsschlag auch zu erleben und diese Glaubwürdigkeit einfach herzustellen. Oftmals sagt der Patient uns ja: Sie wissen ja gar nicht, wie sich das anfühlt. Und da hat er ja recht! (PDL_2)	Nicht gemeint sind die positiven Erwartungen der Genesungsbegleiter:innen
1.2 Negative Erwartungen	Befürchtungen, Skepsis und Vorurteile der Mitarbeiter:innen	Da war tatsächlich halt mit der Rolle und die Befürchtung natürlich auch, ok, da ist jemand, weil die Genesungsbegleiter ja aufgrund ihrer Berufsbezeichnung schon quasi preis geben, dass sie psychiatrisch mal erkrankt waren, Probleme hatten, wie	nicht gemeint sind negative Erwartungen der Genesungsbegleiter:innen

		auch immer und dann jemand, der eine Forensikvergangenheit hat, ja erst recht, die tragen es ja auf einem Silbertablett quasi. (lacht) Ja wie gesund, wie stabil sind sie wirklich, diese Befürchtung. (PDL_3)	
<b>2 Implementierung</b>	Einarbeitung, Einpflegen des Projekts; Voraussetzungen und Verlauf des Einsatzes von Genesungsbegleiter:innen		
2.1 Organisatorisches	Rahmenbedingungen für den Arbeitsalltag der Genesungsbegleiter:innen		
<i>Administratives</i>	Bürokratische Voraussetzungen für Einstellung von Genesungsbegleiter:innen und Anstellungsform	Wir haben, wir möchte das schon fair und richtig finanziert wissen für den Genesungsbegleiter, dass soll da jetzt nicht irgendwie so eine low-budget Geschichte werden. Der soll ein gescheites Honorar kriegen, um das mal so zu sagen. Eine Eingruppierung später, eine tarifliche gibt es so per se nicht, leider. Wir müssen uns da eine eigene überlegen, wenn wir da über eine Festanstellung nachdenken, dass es ein solides Monatsgehalt dann wird. (PDL_2)	nicht gemeint sind etwa administrative Aufgaben der Genesungsbegleiter:innen
<i>Vorbereitung</i>	Gestaltung des Einstellungsprozesses sowie Auslöser oder Impulse, Genesungsbegleitung zu implementieren	Und am Anfang haben wir auch gesagt, ok, das erste Team, was die Recovery-Schulung macht, wird erstmal informiert, soll die Genesungsbegleiterin kennenlernen und dann kann das Team für sich offen entscheiden, wollen wir das oder wollen wir das nicht. Die haben sich dann dafür entschieden und das war erfolgreich und hat auf die anderen Stationen dann quasi übergeschwappt, die haben mitgekriegt, oh, die machen was, was Neues, was ist das denn, das wollen wir auch (lacht). So, hat die Dynamik	gemeint ist die Klinik-interne Vorbereitung auf den Einsatz einer Genesungsbegleiter:in, nicht die Vorbereitung der Genesungsbegleiter:in selbst

		dann ihren Lauf... (PDL_3)	
<i>Einarbeitung</i>	Gestaltung des ersten Arbeitstages bzw. der ersten Zeit des Einsatzes von Genesungsbegleiter:innen	Wie jeder andere neue Mitarbeiter auch. Der kriegt einen Kollegen an die Seite gestellt, der ihm erst mal die Basics zeigt, wie die Station aufgebaut ist, die Kollegen vorstellt, ihm seinen Spind zeigt, wenn man so will, also diese Basics. Und dann aber auch erklärt, wie dort gearbeitet wird, welches Patientenklientel da ist. So ein bisschen Binnendifferenzierungsstrukturen unserer Klinik erklärt. Einfach, naja, wie so eine klassische Einarbeitung auch, von einem neuen Mitarbeiter. (PDL_2)	hier nicht gemeint ist die fachliche Einarbeitung in das Konzept der Genesungsbegleitung
<i>Supervision</i>	Form der Supervision, Teilnahme der Genesungsbegleiter:innen an Teamsupervisionen	Er nimmt auch mal teil oder mal nicht. Je nachdem, ob er gerade selber auch ein Thema hat, oder nicht. Wenn er mitkriegt, dass derbe Spannungen im Team sind, dann sagt er, ach, ich guck auf die Kameras, klärt ihr das mal. Dann nimmt er sich raus und sagt, das klärt ihr mal, da bin ich raus. Aber patientenorientiert nimmt er teil. Da hat er also schon ein Gespür für. Wo ich aber auch dann oft mit ihm rede und sag, du kriegst mit, hier knallts gerade, wir müssten besprechen, und dann offen mit ihm besprechen, was er möchte. (PDL_1)	nicht gemeint ist generell die Struktur der Supervisionen für die anderen Mitarbeiter:innen
<i>Zugriffsberechtigungen</i>	Möglichkeiten der Genesungsbegleiter:innen auf Akten etc. zuzugreifen; Arbeitsbedingungen verglichen mit fachlich ausgebildeten Mitarbeiter:innen	Also ich hab mich dagegen ausgesprochen. Mir war das wichtig, dass wir lernen, ihm zu vertrauen. Das heißt ja nicht, dass man nicht guckt, was er macht. Er hat Zugang zu den Krankenakten. Er hätte durchaus Zugang zu den Medikamenten haben können, da habe ich mir aber eher weniger Sorgen gemacht. Er hat eine Psychose gehabt und keine Suchterkrankung, wo ich ja	nicht gemeint ist bspw. eine Berechtigung, Patient:innen körperlich anzufassen

		vielleicht noch so ein bisschen kritischer wäre. (SL_1)	
2.2 Aufgaben, Arbeitsalltag	Tätigkeiten auf Station und Rahmenbedingungen des Arbeitens	Also eine wichtige Aufgabe ist Patientenkontakt, da nimmt er an einer Gruppe mit den Psychologen teil. Soziales Kompetenz-, ne tschuldigung, Krankheitsaufklärung. Da ist er derweil ziemlich eigenständig unterwegs und was sich bei uns rauskristallisiert hat, dass er manchmal gebeten wird, von den Psychologen oder von uns, Mensch, red doch mal bitte mit dem und dem, das ist komisch. Die nächste Seite, er hat halt feste Aufgaben, das entspricht aber auch dem, was er möchte. Dass er dann Kochgruppen macht mit den Patienten. (SL_1)	nicht gemeint sind Aufgaben der anderen Berufsgruppen unter den Mitarbeiter:innen
2.3 Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen	Vergangenheit bzw. Krankheitsgeschichte der Genesungsbegleiter:innen, Weg zur Ausbildung; bzw. „gewünschter“ Hintergrund von Seiten der Klinikleitung	Ich glaube da kommt auf das Delikt drauf an. Ich sehe da kein generelles Ausschlusskriterium, aber man müsste sich anschauen, was denn die Straftat war. Geringe Vergehen. Ich meine, unsere Patienten, die wir hier haben und die jetzt auch die EX-IN Ausbildung machen, die haben ja logischerweise auch ein Delikt begangen und das ist kein Ausschlusskriterium. (PDL_2)	nicht gemeint ist etwa der soziale oder familiäre Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen
2.4 Integration ins Team	Aufnahme ins Stationsteam, Teilnahme an Besprechungen	Wobei die Frage war dann schnell geklärt, wie wird er gesehen, er wird dann als Team-Mitglied gesehen, dass hat man sich jetzt schon mal dann (...) darauf festgelegt. Es gibt ja auch verschiedene Arbeitsgruppen auf Station, die sich mit dem Thema befassen. (PDL_2)	nicht gemeint ist die Integration von Patient:innen ins Team
2.5 Funktion, Rolle	von der Klinikleitung erwünschte und beobachtete Wirkung auf	Also als, ich sag mal im weitesten Sinne Patientenanwalt und eben jemand, der auch wirklich	nicht gemeint ist bspw. Dass die/der Genesungsbegleiter:in

	Patient:innen und das Stationsleben durch Genesungsbegleiter:innen (bezogen auf das Konzept der Genesungsbegleitung allgemein)	Zeit hat, eben, sich frei da praktisch zu bewegen, ohne jetzt unmittelbar einer Funktion zu, zu unterliegen und der einfach Zeit auch, quasi auf der Patientenseite sehr frei verbringen kann, hat der natürlich ne ganz andere Zugangsmöglichkeit, als das ja in viele Aufgaben eingebundene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. (KL_2)	eine soziale Rolle spielen müsste
2.6 Selbstfürsorge	Von der Klinikleitung beobachtete Strategien der Genesungsbegleiter:innen zur Bewahrung mentaler Ressourcen	Der ist halt noch neben seiner Tätigkeit hier ist der in einem Künstlerverein, hat ein Atelier. Deswegen betone ich das immer wieder, das ist etwas, das ihm sehr wichtig ist und das ihm auch hilft, gesund zu bleiben. Und der ist auch in ner Selbsthilfegruppe, also der ist durchaus noch aktiv. Aber ihm reicht das hier zum Leben. (SL_1)	nicht gemeint ist die Selbstfürsorge der Klinikleitung
<b>3 Erfahrungen</b>	Erlebnisse und retrospektive Bewertung des Praktikums aus Sicht der Klinikleitung		
3.1 Positive Erfahrungen	Gute Erlebnisse, positive Effekte der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen auf Patient:innen und Mitarbeiter:innen		
<i>Allgemein</i>	Allgemeine positive Erfahrungen im Rahmen der Implementierung	Das kann ich nur bejahen. Ne, ich hab das nicht bedauert. Ich hab viel von dem Herrn [Name PSW] gelernt. Und ich seh die Bereicherung für das Haus und für die Patienten. Manchmal hätt' ich gerne noch nen zweiten. Genesungsbegleiter. (SL_1)	nicht gemeint sind positive Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen selbst
<i>...auf Patient:innenseite</i>	Effekte der Genesungsbegleiter:innen auf Patient:innen	Ja, gut. Die waren ja sehr beeindruckt, dass, also, das war ja genau der Effekt, den wir erwartet hatten, der dann auch eingetreten ist, dass die jemand haben, der die Erfahrung schon gemacht hat	nicht gemeint sind allgemein positive Erfahrungen der Patient:innen während ihres Maßregelvollzugs

		<p>und draußen ist, also der lebt denen ja vor, wie man Maßregelvollzug verstehen kann, wie man da wieder rauskommen kann und der hat so seine Geschichte auch sehr offen kommuniziert mit der Patientengemeinschaft und das ist bei denen sehr gut angekommen und hat auch Effekte gezeigt, indem, also, dass das also jemand war, der ja praktisch neutral war oder so ein Zwischending zwischen Behandler und Patient war. (KL_1)</p>	
<p>...auf Teamseite</p>	<p>Akzeptanz der Genesungsbegleiter:innen durch Mitarbeiter:innen, positive Veränderungen der Sichtweisen bzw. Learnings der Mitarbeiter:innen auf Patient:innen bezogen</p>	<p>Dass da durchaus eine Veränderung stattgefunden hat von: Ja wir sind in der Forensik, wir müssen einfach alles regeln, hin dazu, offener zu sein und mehr Bereitschaft zu haben, das mal zu hinterfragen. Auf den Prüfstand zu stellen und da haben, glaube ich, hat der Einsatz von Genesungsbegleitern sehr viel bewirkt. Auch mit diesem ganzen, das ist so ein Rattenschwanz, den das nach sich zieht, zum Thema Verantwortung, Mitbestimmung und Gestaltungsmöglichkeiten auch für die Patienten da an den Stellen wieder zu schaffen, das sind dann so Aspekte, wo ich glaube, ja. Auch zum Thema Akzeptanz dann wieder, die man dann auch diskutiert, warum verhalten sich Patienten an einigen Stellen so, wie sie sich verhalten. Da dann auch wieder mehr Akzeptanz, bei einigen. (PDL_3)</p>	<p>nicht gemeint sind umgekehrt: positive Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen mit den Mitarbeiter:innen, z.B. auf persönlicher Ebene</p>
<p>3.2 Negative Erfahrungen</p>	<p>Schwierigkeiten und Hürden im Rahmen der Implementierung für sowohl Genesungsbegleiter:innen als auch Mitarbeiter:innen</p>		

<i>Administrative Hürden</i>	Schwierigkeiten im Einstellungsprozess und in der Vergütung durch Neuheit des Berufes	Wir haben wie gesagt natürlich auch Hürden, wir in der Forensik haben jetzt noch keinen eingestellt, aber ansonsten auch beim Träger, gibt's da Eingruppierung? <i>I: Ja, das wäre jetzt die nächste Frage gewesen.</i> Ja ganz schwierig, wir sind, bislang ist die Regelung, die werden wie Pflegehelfer eingestellt, also die sind im Pflegedienst ohne Ausbildung. (PDL_3)	Nicht gemeint sind Schwierigkeiten der Genesungsbegleiter:innen in der Ausführung administrativer Aufgaben
<i>Fehlende Akzeptanz durch Patient:innen</i>	Misstrauische Haltung der Patient:innen den Genesungsbegleiter:innen gegenüber	Tatsächlich, mit einer Station, da waren auch Patienten, die fanden das gar nicht so toll, ok, da kommt jemand mit einer Forensikerfahrung, das ist ein Verräter. Ja. Also so hat ein Patient ganz klar gesagt. (PDL_3)	nicht gemeint ist hier etwa eine fehlende Akzeptanz des Maßregelvollzugs an sich
<i>Skepsis/Ablehnung durch Mitarbeiter:innen</i>	Vorbehalte, Unsicherheiten und ablehnende Haltung der Mitarbeiter:innen den Genesungsbegleiter:innen gegenüber sowie Zweifel am Konzept	Weil, wenn ich darüber nachdenke, wie es für mich war, das erste Mal vor Jahren das Thema Recovery überhaupt gehört zu haben, da war auch erst mal ein, ein okay, das kann ja gar nicht sein, diese Haltung. Also das passt ja nicht zusammen gesund, krank und trotzdem gesund und dann auch dieses Thema Patienten hier mitarbeiten zu lassen, ehemalige Patienten oder Psychiatrie-Erfahrene. Das ist ein bisschen schwierig für die Leute, ja, aber ich muss sagen, auf der Station war es // nicht so großartig // (PDL_2)	Nicht gemeint ist hier etwa Ablehnung der Mitarbeiter:innen den Patient:innen gegenüber
<b>4 Empfehlungen</b>	Vorschläge, Tipps zur Verbesserung ähnlicher Projekte		
4.1 Unterstützung durch Leitungsebene	Wert der positiven Grundhaltung von Klinik- und Pflegedienstleitung gegenüber Genesungsbegleitung	Es gibt da viele wichtige Hinweise. Aber... ich glaube das oberste und wichtigste ist, dass sich die Führung dafür entscheidet und dass auch jeder einzelne Mitarbeiter auch weiß, dass	nicht gemeint ist direkte Unterstützung der Genesungsbegleiter:innen im Arbeitsalltag

		das seitens der Führung gewollt ist und dass man dahintersteht hinter dem Thema Recovery und dem Projekt EX IN. (PDL_2)	
4.2 Kommunikation und Information	Nachvollziehbarkeit der Implementierung, stetiger Informationsfluss zwischen allen Beteiligten		
<i>Vorbereitung und Planung</i>	Informative Schulungen und Gespräche im Vorfeld der Implementierung, um Mitarbeiter:innen gut auf den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen vorzubereiten	Und da haben wir dann wirklich auch jeden Schritt einzeln immer wieder kommuniziert. [...] Wir haben auch eine Veranstaltung gemacht für die gesamte Klinik, dass wir alle eingeladen haben. Kommt und hört zu, das ist was neues, das ist ein Umbruch auch und ein Paradigmenwechsel da wollen wir wirklich alle informiert wissen. Das haben wir getan. Das hat sehr geholfen, dass, die Informationsweitergabe. Auch über den Verlauf, wie es denn ungefähr so grob stattfinden soll, so ein Projekt-Strukturplan wurde da vorgestellt, das hat sehr geholfen. (...) Naja was auch noch geholfen hat war, dass man schon jetzt (...) wir beschäftigen uns jetzt ein Jahr lang damit, jetzt findet die erste konkrete Schulung für alle statt. (PDL_2)	hier nicht gemeint ist die Vorbereitung des Genesungsbegleiters
<i>Offene Gesprächskultur</i>	Gemeinsames Besprechen einzelner Aspekte der Implementierung mit allen Beteiligten, Transparenz zwischen allen Beteiligten	Also wir haben immer wieder offen gesprochen, auch mit dem Herrn [Name PSW]. Es war zur Zeit auch Thema in der Supervision. Ja, aber ich kann nur immer wieder sagen, er hat für sich selbst gesprochen und ich hab meinem Team gesagt, es ist erstmal nur ein Praktikum des Herrn [Name PSW] und ich mute euch das zu, neue Dinge auszuprobieren. Ich war hinterher auch ziemlich stolz auf sich, dass die das so gemeistert haben. Ja, also das	im Unterschied zu „Vorbereitung und Planung“ ist hier nicht das Maß an Kommunikation, sondern die Art gemeint, nämlich offen und niederschwellig

		Team ist dran gewachsen. (SL_1)	
4.3 Diagnose-spezifisches Arbeiten	Vorteile der Zusammenarbeit von Genesungsbegleiter:innen und Patient:innen mit jeweils gleichem Krankheitshintergrund	Solche Menschen müssen passen, das haben wir ja auch als Leitung gesehen, ich kann zum Beispiel, ich glaube, das müssen auch diagnose-spezifisch passen, wenn ich einen Genesungsbegleiter in der, bei Psychose-Kranken habe, wenn der denen dann erzählt, nimmt keine Medikamente (lacht), oder macht nicht mit oder wie auch immer, kommt sehr drauf an, wie natürlich die Einstellung dieses Menschen zur Behandlung ist und das war vorher unklar und das wussten wir vorher auch nicht so genau, [...]. (KL_1)	hier ist nicht gemeint, dass nur Genesungsbegleiter:innen mit bestimmten Diagnosen eine Anstellung erhalten können
4.4 Hilfreiche Eigenschaften	Charakterzüge und Verhaltensweisen der Genesungsbegleiter:innen, die sie für den Beruf qualifizieren	Uh. Natürlich, also ich, wie gesagt, ich würde, würde sehr, eben es geht sehr um so persönliche Tools, also um weiche Tools der Person in sich. Dass man an, dass man auch schaut, ob man Vertrauen, ne also wie die Passung ist. Wie man so sagt, ob man miteinander kann. Ob das Vertrauensverhältnis ist, denk ich mal sehr wichtig. Eben weil ich das auch wichtig finde, dass da tatsächlich ne Gleichstellung ist im Sinne wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dass da also keine wesentliche Hierarchisierung drinnen ist. Dann die Auswahl auch der Eigenerfahrung aus dem Gesundheitshintergrund, den die Person mitbringt, in Bezug auf das, wo ich sie einsetzen will. Wie da das Korrespondierende ist. (KL_2)	nicht gemeint sind hilfreiche Eigenschaften der Klinikleitungen
4.5 Weitere Empfehlungen		Was ich, glaub ich, denke, was auf der Formalebene wichtig war, das hatte die	nicht gemeint sind Empfehlungen der Klinikleitungen an die

	Frau [Name] ja eben auch gesagt schon, dass er quasi im Stellenschlüssel nicht als Pflegepersonal quasi mitgezählt wird. Und ich sag mal, es können natürlich auch je nachdem, wie gerade Personalschlüssel, wie es mit dem Budget, also rein mit finanziellen Aspekten gerade aussieht, kann, können solche Stellen ja auch zu, ich sag jetzt mal, übergeordnet, zu gewissen Neiddebatten führen, ne, so Pflegepersonal ist zu wenig, aber... (KL_2)	Genesungsbegleiter:innen, sondern Empfehlungen an andere Klinikleitungen, die ähnliche Projekte implementieren möchten
--	---	--

## 1 Erwartungen

### 1.1 Positive Erwartungen

Ja genau die Frage, das es also darum geht's, warum wir eigentlich auch gerne Genesungsbegleiter einstellen wollen oder machen wollen, das ist immer was anderes, wenn das ein Betroffener den Patienten berichtet, als wenn das Behandler berichten, das hat eine ganz andere Qualität, wenn das jemand berichtet, der schon im Maßregelvollzug war und dann auch erzählt, wie er wieder rausgekommen ist und wie die Behandlung war, das ist was anderes, als wenn wir das dem Patienten als Behandler erzählen, das war so eine Haupterwartung, um nochmal so einen anderen Blickfeld von außen, ein anderes Blickfeld von außen, auf die Situation, für die Patienten zu bekommen. KL\_1

[...] diese Patientin hatte bei uns schon als Patientin gewirkt, die Teams wissen das, haben das praktisch auch, das Suchtteam ist da vielleicht auch bisschen progressiver, hat das auch selbst vorgeschlagen, dass wir die Frau, ob das nicht was wäre, wollte die Patientin auch und da sind die Vorbehalte deutlich geringer, aber das ist was, weil wir die Patientin auch schon kennen, als Patientin von uns. KL\_1

Als er das erste Praktikum gemacht hat, war ich neugierig. Dann haben wir geguckt was er kann und er hat geguckt, was wir machen. Meine Erwartung war einfach, dass er ne Bereicherung ist. Ich bin nicht Psychose-erkrankt, das heißt, ich kann mich rein theoretisch in Patienten versetzen aber mir fehlt da ganz viel und da hat anfangs ein enormer Wissenstransfer stattgefunden. SL\_1

Also wir erhoffen uns zwei Effekte einfach, und zwar ein Effekt bei den Mitarbeitern und einen Effekt bei den Patienten, wenn man es mal ganz konkret sagen kann. Wir erhoffen uns eine Recovery-orientierte Arbeitshaltung, eine verstärkte bei den Mitarbeitern auch. PDL\_2

Und eben durch die Zusammenarbeit mit dem EX-IN erhoffen wir uns (...) einen verbesserten Zugang zu dem, was der Patient erlebt in seinem Krankheitserleben seitens der Mitarbeiter, dass da so das eine Puzzleteil noch dazu gefügt werden kann, da diese Erfahrung. Man war ja selbst nie, also überwiegend waren unsere Mitarbeiter nicht (...) selbst Patient. PDL\_2

Und es fehlt einfach dieser Baustein. Diesen Effekt würden wir gern, also diese, diesen Zugang noch stärken zu dem Thema Krankheitsempfinden und so weiter, eben durch die Zusammenarbeit mit dem EX-IN. Bei den Patienten erhoffe ich mir tatsächlich den Effekt der Glaubwürdigkeit. Das man sagt, okay, hier im Team ist noch jemand, der weiß wie es sich tatsächlich anfühlt untergebracht zu sein, der weiß wie es sich anfühlt eine Diagnose zu erleben. Diesen Schicksalsschlag auch zu erleben und diese Glaubwürdigkeit einfach herzustellen. Oftmals sagt der Patient uns ja: Sie wissen ja gar nicht, wie sich das anfühlt. Und da hat er ja recht! PDL\_2

Ich weiß es persönlich nicht, leider. (...) Aber was heißt leider, ich weiß es einfach nicht wie sich eine Schizophrenie anfühlt und deshalb erhoffen wir uns den Effekt der Glaubwürdigkeit auf Seiten der Patienten. PDL\_2

Die anderen klassischen Vorbehalte dann, dass // er den Mitarbeitern irgendwas weg nimmt oder so, um es mal salopp zu sagen, das haben wir nicht. Wir haben nicht die Befürchtung, dass da irgendein Konkurrenzdenken entsteht, sondern eher die Haltung: Ja, das ist eine Ergänzung, die wünschenswert ist. PDL\_2

Erhoffen wir uns dadurch, dass die Ängste und Sorgen gar nicht so hoch werden, sondern // Menschen das mitgestalten werden, gehen wir davon aus, dass es eher anzunehmen ist, als wenn es aufgedrückt wird, um es mal so zu sagen. PDL\_2

Weil wir auch erhoffen auf dem Wege, ja zum einen hat sich das als wertvoll erwiesen, EX-IN auf dem Wege in die Klinik zu transportieren, im Umkehrschluss auch die Forensik in der EX-IN-Ausbildung bekannt zu machen, transparenter zu machen und halt auch, ja, jemanden zu finden, den wir einstellen. PDL\_3

[I: War das auch so ein bisschen Ihre Erwartung, als Sie die Genesungsbegleiter angestellt haben, diese Reflexion, oder?]  
Das war die Hoffnung. Ja. PDL\_3

Ja, dass es auch nochmal hilfreich ist so als Perspektivwechsel, als Bereicherung. Also das war vorher eine Hoffnung, aber gleichzeitig gab es da natürlich auch Befürchtungen, hoffentlich ist das alles gut. PDL\_3

## 1.2 Negative Erwartungen

Das haben wir versucht, das war aber insgesamt viel, sehr schwierig, viel Skepsis in den Teams, wir haben von den Stationen, wir haben ja mehrere Stationen, wir haben einen Stationsleiter ausgesucht, der da eine relativ moderne Einstellung hat, [lacht] aber es ging um viele Fragen, ist das einer von uns, ist das einer von den Patienten, kriegt der einen Schlüssel, kriegt der keinen Schlüssel, darf er sich mit Schlüssel auf Station bewegen oder nicht, [...]. KL\_1

Die Vorbereitungen, die Vorbereitung war schwierig, weil wir das einfach erstmal gucken mussten. Wir haben quasi die ganze Dynamik und die ganze Sache denen dargestellt und, aber... das zu machen war schwierig das vorzubereiten. KL\_1

Ja, erleben wir, aber die, der andere Mann war bei uns überhaupt noch nicht bekannt, der kam aus einem anderen Bundesland, war jetzt hier nach [Bundesland] gezogen und da hatten wir überhaupt keine Erfahrung mit und, weiß ich nicht, auch so Wallraff-technisch [Anmerkung: Wallraff=Undercover-Fernsehreporter] und undercover [lacht], wie auch immer, da gab es große Gedanken, was man mit dem Mann machen könnte, [...]. KL\_1

Bei der einen sind's Erfahrungen, da gibt's ja auch, sag ich mal ganz offen, wir haben z.B. auch gesetzliche Betreuer von Patienten, die das beruflich ausüben und halt tatsächlich mit Vorschlägen kommen, dass wir Psychosepatienten auch mit Cannabis therapieren können oder sollen. Oder, das wären ja so, sag ich mal, auch zunächst mal Befürchtungen, die man durchaus haben kann, als das natürlich viele Patienten ja auch durch ihre Vorerfahrungen ne eher negative Grundhaltung gegen Psychiatrie entwickelt hat. Das ist dann natürlich sowas, was bei nem Genesungsbegleiter gemäß seiner eigenen Prägung ja sehr unterschiedlich sein kann und das ist natürlich auch was, zumindestens jetzt, aus der ärztlich-medizinischen Perspektive, was uns so wichtig ist, eben aus dem Miteinander, ja, zu, ja, wahrzunehmen oder zu erleben, was hat dieser Mensch eben überhaupt für ne Haltung zu dem System, zur, welche Haltung zur Pharmakotherapie, und und und und und. KL\_2

Also es war die Sorge, dass man ihn auffangen muss, wenn er psychotisch ist. Es war halt die Sorge, sind wir jetzt verantwortlich für den Medikamentenschrank, bedient er sich selbst? Also so lauter, für mich auch absurde Sachen, ne. SL\_1

Die Frage erst mal: Was darf derjenige dann, wenn er zu uns kommt? Wie wird er gesehen? PDL\_2

Und dann gibt es eben die Sorgen: Naja, was darf der? Wie sehen die Patienten ihn? Um es mal salopp zu formulieren: Sehen Sie ihn als Spion der Mitarbeiter, wenn man so will. [...] Oder verstehen sie es auch wirklich, wie wir es eigentlich meinen. Da gilt es aber auch natürlich die Patienten zu informieren einfach. PDL\_2

Es ist eher so die klassische Angst erst mal vor, was heißt Angst, Sorge vor Veränderung. Und die wird, glaube ich, dann erst abgebaut werden, wenn man live drin ist und sieht, wie es in Wirklichkeit ist. PDL\_2

Ich habe das nicht alles auf dem Schirm, weil Sie mich gerade vorhin gefragt haben, welche Sorgen und Ängste hat das Team dann dort auf Station. Auch das war ein Thema. Was passiert, wenn der dann erneut wieder erkranken würde, sozusagen? PDL\_2

Ja, also es gab vorab sicher Befürchtungen, sind die sich so klar in ihrer Rolle, weil die ja doch so ein bisschen so eine Zwischenfunktion oder eine Mittlerfunktion haben und auf diesen Wechsel von der Patientenrolle in die Mitarbeiterrolle, das ist ja schon irgendwie ein Rollenwechsel dann, der da stattfindet, darauf sehr gut vorbereitet waren. PDL\_3

Da war tatsächlich halt mit der Rolle und die Befürchtung natürlich auch, ok, da ist jemand, weil die Genesungsbegleiter ja aufgrund ihrer Berufsbezeichnung schon quasi preis geben, dass sie psychiatrisch mal erkrankt waren, Probleme hatten, wie auch immer und dann jemand, der eine Forensikvergangenheit hat, ja erst recht, die tragen es ja auf einem Silbertablett quasi. [lacht] Ja wie gesund, wie stabil sind sie wirklich, diese Befürchtung. PDL\_3

## 2 Implementierung

### 2.1 Organisatorisches

#### Administratives

Wir hatten das besprochen, wir haben gesagt, der kriegt einen Praktikantenvertrag bei uns, wir machen, es gibt da ja auch so ein Gesetz für Praktikantenverträge auch, er hat einen Praktikantenvertrag bei uns bekommen und das war ohne Probleme, das hatten wir ja so, das wussten wir ja, ne, also das entscheiden wir ja in der Betriebsleitung, da gab es keine Schwierigkeiten.

[I: Ok. Also Führungszeugnis... spielte auch keine Rolle?] Doch, wir wussten das ja. Also.. [I: Hm, OK, aber, ich sag mal, manchmal gibt es ja auch möglicherweise noch Probleme, das der Personalrat irgendwie dazwischengrätscht oder so?] Den hatten wir eingebunden. Bei uns, wir arbeiten eng mit dem Personalrat zusammen und die waren von vorneherein auch eingebunden. [...] Ohne Personalrat geht das bei uns nicht. Also das ganze Projekt, auch vorher, der Personalrat war von vorneherein mit eingebunden. KL\_1

Also wir sind mit einbezogen worden, aber da gabs keinen Widerstand jetzt unsererseits, da gabs eher sofort Befürwortung. Ich hab jetzt auch neulich nochmal gesagt, ich würde sogar, [...] der Verteilungsgerechtigkeit, weil wir haben nur auf einer Ebene einen Genesungsbegleiter in der hiesigen Forensik und es ist natürlich dann auch ne Frage von finanziellen Ressourcen halt. KL\_2

Ja, aber nicht, zählt ja nicht als Pflegekraft halt, ne. Der zählt ja nicht als Pflegekraft, es geht ja auch um das Gesamtbudget einer Klinik halt, ne. KL\_2

Vom Stellenplan her ist das so, dass er bei uns zusätzlich ist, das heißt, er hat keinen tragenden Dienst in der Pflege. SL\_1

Nein, nein. Es ist ein [Träger]-Ziel, das Genesungsbegleiter eingestellt werden in den [Träger]-Kliniken. Und insofern war das überhaupt kein Problem, [...]. SL\_1

Ich glaub, der ist schon in meinem Budget gewesen. SL\_1

In der Regel wird es so sein, dass er die klassischen Formulare jeweils auch unterzeichnen muss: Schweigepflicht, Umgang mit Schlüssel und so weiter, also auch so Sicherheitsvorkehrungen die wir haben. Ich glaube der einzige Unterschied wird im Arbeitsvertrag sein. Es gibt hier ein Unternehmen, was Genesungsbegleiter auch vermittelt, auf Honorarbasis. Das ist der Unterschied dann zu einem klassischen Mitarbeiter, der ist bei uns im Haus angestellt. Der Genesungsbegleiter wäre, da wir da noch sehr frisch sind und das erleichtert uns dann einfach, dass wir sagen als Arbeitgeber, wir machen das erst mal auf Honorarbasis. [I: Okay. Also solche Frage wie tarifliche Eingruppierung stellen sich Ihnen dann ja nicht.] Die stellen sich jetzt erst mal nicht. PDL\_2

Wir haben, wir möchte das schon fair und richtig finanziert wissen für den Genesungsbegleiter, dass soll da jetzt nicht irgendwie so eine low-budget Geschichte werden. Der soll ein gescheites Honorar kriegen, um das mal so zu sagen. Eine Eingruppierung später, eine Tarifliche gibt es so per se nicht, leider. Wir müssen uns da eine eigene überlegen, wenn wir da über eine Festanstellung nachdenken, dass es ein solides Monatsgehalt dann wird. PDL\_2

Naja was heißt //. Um das noch zu ergänzen, es muss ja auch mit der Arbeitszeit zusammenpassen. Am Anfang, da hat man auch schon entschieden, dass es so drei mal drei Stunden die Woche sein sollten. Beziehungsweise zwei mal drei Stunden

am Anfang und [...]. Dann schauen wir, ob wir das auf drei mal drei Stunden ausweiten, in der Woche, nicht am Wochenende, sondern an den Werktagen. PDL\_2

[I: Gut, dann wäre jetzt noch die Frage: Können Sie mir sagen inwiefern Sie ihr Vorhaben mit dem Personalrat abgesprochen haben? Oder, inwiefern der involviert ist.] Nö. [beide lachen]. I: Okay. [lacht] Ich staune gerade selber, ja. Ne, haben wir ehrlich gesagt nicht. Aber das Thema ist (...) erst mal kein Problem gewesen für das Personal auf der Station. Zweitens ist es bei uns fest im Landespsychiatrieplan verankert, jetzt frisch reformiert, der Landespsychiatrieplan in [Bundesland] da ist es fest verankert, es in den Unternehmenszielen fest verankert. Also Recovery-Orientierung und EX-IN-Arbeit. PDL\_2

Also ich muss ehrlich sagen, wir haben eingestellt haben wir hier noch keinen, wir würden gerne, aber es ist noch kein Befund, sag ich mal so, wir hatten jetzt zwei Interessenten, die hatten aber lange Anfahrtswege und die waren nicht, also die mussten mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen, der eine hat jetzt eine Anstellung in einer [Ort] Klinik, in der Nachbarstadt, kommt aber immer mal wieder auf Honorarbasis hierhin zu Schulungen. Ja und jetzt die, auf Honorarbasis haben wir jetzt [lange Pause] fünf Stück. PDL\_3

Wir haben hier auch Praktikanten gehabt, sind auch immer auf der Suche, genau, nach Praktikanten, weil das war auch sehr wertvoll bis jetzt // eigentlich. PDL\_3

Und die Idee ist, wenn sich jemand findet, gut, ist dann halt auch immer die Frage, welcher Stundenumfang derjenige sich wünscht und auch machen möchte, aber das wir eine komplette Stelle für die Abteilung haben. [I: Eine Vollzeitstelle dann.] Ja. [I: OK.] Also das wäre dann für... einmal für sechs Stationen und dann noch eine für vier Stationen mit der Ambulanz. PDL\_3

Jedenfalls öffentlicher Dienst, genau und mit den Honorarkräften gab es bis jetzt noch keine Schwierigkeiten, weil das läuft einfach, die laufen einfach als, na, externe Referenten. Schicken eine Abrechnung und dann sollen wir das über den Kostenträger-Verantwortlichen abzeichnen und dann ist das in Ordnung. Dann läuft das aus dem Fortbildungsbudget. Da gab es noch keine Probleme, aber tatsächlich mit den Praktikanten und so fort, da gab es schon Fragen und zunächst auch die Ansage, nein, das geht nicht. Genau. Mit der Vergangenheit und dem Führungszeugnis. Genau. Dann haben wir aber das Glück, dass uns auf Trägerebene, also unser Träger hat ja vier psychiatrische Kliniken hier im [Region] und die haben wiederum auf Trägerebene ein Projekt zum Thema Genesungsbegleitung und da sitze ich auch mit der Projektgruppe und da haben wir das mal in der Projektgruppe thematisiert. Gesagt, ok, wenn man sagt, wir wollen Genesungsbegleitung, wir wollen EX-IN, dann muss auch klar sein, dass da unter Umständen mal Interessenten sind oder Bewerber, die infrage kommen, wo aber die Führungszeugnisse vielleicht nicht- [...] Genau. Wir hatten auch in der Allgemeinpsychiatrie eine Patientin mit Psychosehintergrund, die hat eine Brandstiftung begangen, die hat auch ein Führungszeugnis, die hatte keinen Forensikaufenthalt in diesem Bewerbungsverfahren//, aber ja. Na und das war durchaus Thema, wir hatten aber das Glück, auf der Ebene beim Träger diskutieren zu können und dass darüber dann auch quasi die Ausnahme oder Ausnahmeregelungen da sind. PDL\_3

Schade, wenn es da irgendwo Präzedenzfälle geht. Ich hatte jetzt auch mit Kollegen aus //, die waren auch von der E3, gut, natürlich denen auf Honorarbasis, also ich habe eine Kollegin, die hat eine Forensikerfahrung, die Genesungsbegleiterin, die hat eine Festanstellung, sozialversicherungspflichtig, in einer anderen [Klinik], sie hat da einen sehr reduzierten Stundenumfang und ich glaube die ist demnächst, die war auch letztes bei Ihnen in [Stadt], die Frau [Name], genau. Genau die. Die ist ja in der Klinik [Name] mit 15 Stunden oder so sozialversicherungspflichtig angestellt und wenn die dann auf Honorarbasis Sachen macht, dann ist das Honorar natürlich Verhandlungssache. PDL\_3

Bisschen. Wobei, so ein super Modell, ich mein, wenn die Honorartätigkeiten gut laufen ist es super, aber der Aufwand immer so eine Frage. PDL\_3

### Vorbereitung

Das war aber auch bei uns in der Klinik, also in der Gesamtklinik [Name] auch mit, glaube ich, begleitet durch eine Pflegewissenschaftlerin [...] aus dem Bereich des Qualitätsmanagement. Also das war auch positiv gesamt-gebahnt, sag ich mal, im Haus. KL\_2

Also ich war in einer Fortbildung, wo Genesungsbegleiter auch teilgenommen haben. Eine Arbeitsgruppe war dann auch mit einer Genesungsbegleiterin besetzt. Und ich war so fasziniert davon und dachte, das wäre auch etwas für uns. Ich hab

dann meinen Chef, in dem Fall Herr [Name], Pflegedienstleiter, gesagt, wann immer sich ein Genesungsbegleiter bewirbt, hätte ich da Interesse dran. SL\_1

Also wir hatten wohl Konzepte, aus verschiedenen Kliniken, aber wir mussten die halt mit zu uns übernehmen, weil wir die erste forensische Klinik waren, die einen Genesungsbegleiter eingestellt hat. SL\_1

Ja. Und wie Sie sagten, halt das Konzept haben wir auch mit Herrn [Name PSW] tatsächlich entwickelt. Eben geguckt, wo sind seine Schwerpunkte und die eingearbeitet. Und davon profitiert er, die Patienten und die Mitarbeiter, ne, also das ist eine Win-Win-Situation. SL\_1

Aber das, aber das [Klinik] an sich in der allgemeinen Psychiatrie und wir sind ja aufgegliedert in allgemeine Psychiatrie, Forensik und Sucht und Gerontopsychiatrie und da haben wir schon drei Genesungsbegleiter in der allgemeinen Psychiatrie eingesetzt, was aber ein anderer Klinikbereich ist als der meinige. Was wir gemacht haben ist, dass wir uns für das Projekt entschieden haben, dass wir Genesungsbegleiter in der Forensik implementieren möchten und da jetzt aktuell auch die Mitarbeiter schulen und uns da vorbereiten. Also wir sind da sehr zeitnah, morgen ist schon der erste Schulungstag, es sind ja zwei Tages- [...] -fortbildungen für die Stationen, wo es dann sein soll. PDL\_2

Und wir gehen davon aus, dass wir dann im (...) wenn wir gut sind im März, April dann einen Genesungsbegleiter finden können. PDL\_2

Wir bilden gerade parallel noch, also der beginnt jetzt dann, das ist ein ehemaliger Patient von uns, der dann anfängt die Schulung zu machen, die Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter, aber unabhängig von dem Projekt. Dem ermöglichen wir einfach die Finanzierung des Projektes, weil es für ihn schwierig zu finanzieren ist, machen wir das. PDL\_2

Was aber im Vorfeld war, es gab etliche Arbeitsgruppen, wo sich Mitarbeiter mit verschiedenen Fragen beschäftigt haben, die dann schon jetzt waren. Und wir haben auch schon Leute auf Schulungen geschickt, extern halt, quer in Deutschland unterwegs, die dann einfach da hingegangen sind, das Thema kennengelernt haben, [...] Verschiedene Vorerfahrungen hatten zu dem Thema. Die einen wussten schon ein bisschen Bescheid über Recovery, die anderen gar nicht. Das war eine gute Mischung und die haben das dann, also vorbereitend hinsichtlich Schulungen das war sehr hilfreich. Auch in die Schweiz, um mal auch den Blick ins Ausland zu werfen, das war auch ganz hilfreich. Das hat uns geholfen. Für den jetzigen Standpunkt. [...] Die ist verpflichtend für jeden einzelnen Mitarbeiter der Station, ja. Und auch alle Berufsgruppen. Also da hat sich die Klinikleitung für entschieden, dass man gesagt hat, alle sollen teilnehmen: Ärzte, Psychologen, Pfleger, Sporttherapeuten, Musik, Ergo, alles was da so auf dieser Station arbeitet geht dahin. [lacht] PDL\_2

EX-IN-Stelle? (...) Haben wir uns Gedanken gemacht, ja, dass wir es ausschreiben und parallel zugleich auch noch an die (...) an dieses Unternehmen, was hier bei uns in der Nähe ist und EX-IN vermittelt, diese, das wir zweigleisig fahren, ja. Das wir es tatsächlich im Internet, Social Media oder auch (...) Printmedien und so weiter ausschreiben. [...] Und zugleich eben auch aktiv an diese, diese Personalvermittlungsfirma, wie auch immer man die nennen mag, herantreten. Ich denke auch, dass das (...) Es ist nicht, also es geht ja nicht um Imagearbeit, aber es ist auch ganz schön zu sehen, dass sich eine Einrichtung, also naja wenn man es in Printmedien abzeichnet oder auch ausschreibt und so weiter, ist das glaube ich auch ganz gut zu sehen für die Öffentlichkeit, mit was wir uns so beschäftigen. (...) Also auch das Thema Transparenz. PDL\_2

Zufällig, also zufällig eigentlich. Weil ich hatte über Kontakt hier zur Fachhochschule in [Ort] und über Fachtagungen wie [Tagung] irgendwie gehört zu Genesungsbegleitung und EX-IN und dass es das auch in Deutschland gibt und dann hatte ich mich halt nach und nach schlau gemacht und festgestellt, dass hier bei uns in der Nähe Ausbildungsstandorte sind und sind dann da in Kontakt gekommen und ins Gespräch auf Fachtagungen und daraus ist dann die Idee entstanden. Weil unsere Einrichtung ist jetzt zehn Jahre alt und da war so ein Punkt wo wir gesagt haben, ok, wir müssen uns fachlich, inhaltlich nochmal Gedanken über unsere Ausrichtung machen. Da bin ich so auf diese Recovery-Marke gekommen. Und dann, parallel, zeitgleich war das auch mit Genesungsbegleitung, EX-IN und dem Themenkomplex, genau. Und dann habe ich das hier mit unseren Leitungen besprochen und die fanden das ganz interessant. Und dann ist das auf dem Wege hier reingekommen, zunächst über Informationsveranstaltungen, auch mal Genesungsbegleiterinnen in den Teams sich vorstellen und EX-IN vorstellen und so weiter und so fort. PDL\_3

Und am Anfang haben wir auch gesagt, ok, das erste Team, was die Recovery-Schulung macht, wird erstmal informiert, soll die Genesungsbegleiterin kennenlernen und dann kann das Team für sich offen entscheiden, wollen wir das oder wollen wir das nicht. Die haben sich dann dafür entschieden und das war erfolgreich und hat auf die anderen Stationen dann quasi übergeschwappt, die haben mitgekriegt, oh, die machen was, was Neues, was ist das denn, das wollen wir auch [lacht]. So, hat die Dynamik dann ihren Lauf... PDL\_3

Stellenausschreibungen sind wir dabei auf den Weg zu bringen, auch aktiv öffentlich Stellen auszuschreiben, bisher lief das ja eigentlich über Initiativbewerbungen oder über Interessenbekundung und dann ja, schicken Sie mal eine Bewerbung. Weil da auch Wege genommen werden für öffentliche Stellenausschreibungen und... Funktionsbeschreibungen haben wir inzwischen [...]. PDL\_3

Eine Funktionsbeschreibung oder Stellenbeschreibung intern. Die ist auch vom, über den örtlichen Personalrat mit abgestimmt ist aber jetzt außerhalb des Protokolls relativ global formuliert, weil die für die komplette Klinik in allen Fachbereichen ist. PDL\_3

Einerseits anhand des Ausbildungscurriculums, also wozu die Ausbildung letztendlich qualifiziert und befähigt. Dann auch bisschen abgeglichen mit den Allgemeinformatitäten, die man hat, also dieses ...ja so Mitarbeit im Team und Teilnahme an teaminternen Dingen und so fort, noch relativ schwammig. PDL\_3

Achso, nein, das, also so schlimm ist es nein, nein, nein. Also so ein richtiges Konzept dahinter eigentlich nicht, weil, bislang, weil es dann eher punktuell war, aber dann gab es halt punktuell schon, klar, einen Plan. Wo wir dann gesagt haben, ok, wie mit dem Safeward-Projekt in der Pilotstation, wo wir da angefangen haben vor zweieinhalb Jahren, ok, wäre eigentlich nur folgerichtig, wenn wir auch den Recovery-Gedanken weiterdenken und und und nach Safeward auch die Einrichtung für EX-IN zu machen und da haben wir natürlich schon geplant, wie machen wir das und was ist sinnvoll und was ist nicht sinnvoll und dann nochmal mit der Frau [Name PSW] gesprochen und das so Schritt für Schritt geplant und dann haben auch Hospitation von Frau [Name PSW] auf der Station stattgefunden, aber vorab natürlich auch Gespräche mit der Leitung, Vorstellen im Team, schon so schrittweise planmäßiger gemacht. Das war... na klar, wir haben vor zweieinhalb Jahren da zum Beispiel angefangen, das war schon ein Jahr im Voraus irgendwie bekannt // Mit dem sozialen Kompetenztraining und da kam dann eine Kollegin aus dem Pflegedienst, die war auf einer Tagung und hatte da von EX-IN gehört und meinte: Mensch, das wäre doch mal schön für unser soziales Kompetenztraining. Da haben wir natürlich auch überlegt, mit Plan wie man das sinnigerweise machen könnte oder wo man vielleicht gucken muss, dass es da nicht so irgendwie... genau den Effekt, den Sie gerade sagten, ich kam da hin, die wussten gar nicht, dass ich komme. PDL\_3

Die Idee ist auch, immer wieder mal so ein übergeordnetes Konzept zu erstellen, aber irgendwie sind wir noch nicht dazu gekommen. [*I: Inwiefern jetzt ein übergeordnetes Konzept?*] Ja, wie Sie grade fragten, zur Einarbeitung oder zur Konzeption grundsätzlich, irgendwie ist es da noch nicht zu gekommen, ja. PDL\_3

### Einarbeitung

Den ersten Tag? Da muss ich jetzt mal kurz überlegen. Also ich sag Ihnen jetzt mal, was wir immer machen, ich stell dem Mitarbeiter dann das Haus vor und umgekehrt. Hier, das ist unser Genesungsbegleiter. Dann haben wir ihn in der Patientengruppe vorgestellt. Auch, was seine Aufgaben sind. Er hatte auch selber was dann dazu gesagt, zu seiner Krankheit. Und .. er ist halt sehr schnell zu den Patienten in den Kontakt gegangen und am Anfang hatte ich so ne Funktion, dass ich immer geguckt hat, wo ist er und was macht er? Ich musste mit ihm die Regeln einüben. Wie, z.B. die Dienstzimmertür zumachen, wenn man ausgeht und solche Sachen. Und, [überlegt] das ist jetzt schon ein bisschen her. SL\_1

Oder am Anfang war das viel Auseinandersetzung und er hat erstmal geguckt, wie es hier, wie sind die Patienten? Wie krieg ich Kontakt? Und ich hab eigentlich einmal am Tag mit dem geredet, ne. N halbes Stündchen, also bitte nicht mehr, ne. Und ... das ging schon, also ich bin immer noch bei den Praktika, das war halt am Anfang da so. Dass wir weniger auf Strukturen geguckt haben, sondern einfach er muss sich hier einleben und wir gucken, was können wir miteinander anfangen. Ne, weil das einfach auch ein Projekt war und nur weil es mich interessierte, konnte ich jetzt auch nicht sagen, man muss so oder so mit ihm umgehen. SL\_1

Einfach über das Alltagserleben. Dann hab ich ihm auch Strukturen vermittelt und Regeln, weil die sind ja sehr befremdlich, wenn man noch nie in dem Bereich gearbeitet hat. Und dann immer wieder, wie geht's dir? Mit wem hattest du Kontakt, wie geht's dir damit? Also erstmal zu gucken, wo kann ich den begleiten. Und wo muss ich auf ihn achten. Ne. Aber am Anfang lass ich so Leute hauptsächlich im Alltag so mitlaufen, weil wenn man das System hier nicht versteht, kommt man auch nicht klar. Ne. Und das war ja für ihn Neuland. SL\_1

Wie jeder andere neue Mitarbeiter auch. Der kriegt einen Kollegen an die Seite gestellt, der ihm erst mal die Basics zeigt, wie die Station aufgebaut ist, die Kollegen vorstellt, ihm seinen Spind zeigt, wenn man so will, also diese Basics. Und dann aber auch erklärt, wie dort gearbeitet wird, welches Patientenklientel da ist. So ein bisschen

Binnendifferenzierungsstrukturen unserer Klinik erklärt. Einfach, naja wie so eine klassische Einarbeitung auch, von einem neuen Mitarbeiter. PDL\_2

Hm, gute Frage. (...) Also für die Praktikanten kann ich es einfach sagen, die haben wir halt, im Grunde wie wir jeden hier so einarbeiten, wie so einen Praktikanten, dann haben die immer Ansprechpartner in der Station, übergeordnete Ansprechpartner. Die Anleiter oder Begleiter in den Stationen haben die dann quasi eingearbeitet wie jeden anderen, also nicht so umfangreich wie komplett neue Mitarbeiter, aber sollten halt noch eingearbeitet werden. Auch mal mitgenommen, in der Klinik vorgestellt, //, also diese üblichen Sachen. Die Honorarkräfte ... kann man das Einarbeiten nennen? Also klar, die waren mal hier zum Vorstellen der Leitungsebenen hier in der Klinik und mal Rundgang durchs Gelände und Anschauen und mal bei den verschiedenen Berufsgruppen vorbeigehen und kurz Hallo sagen, in der Klinik vorstellen, also Rezeption und so weiter und so fort, aber (...) oder, oder habe ich ihre Frage irgendwie nicht so ganz verstanden? PDL\_3

### Supervision

[I: Was bei uns im Haus im Moment noch so ein bisschen kritisch gesehen wird ist die Teilnahme an der Supervision, war er da mit dabei?] Da war er nicht dabei. [...] Das lag aber auch am Praktikantenstatus, wenn wir einen richtigen Genesungsbegleiter hätten, würden wir das wahrscheinlich auch machen, aber als Praktikant, da der Aufenthalt von Vorneherein zeitlich befristet war, hat er das nicht gemacht. KL\_1

Ok, da muss man dazu sagen, wir haben hier keine auftragsgebundenen Supervisionen, sondern eher freie, also das könnten Fallsupervisionen sein, das können aber eben auch bei entsprechendem Bedarf auch Team-Themen sein. Es gibt da ja manche Kliniken, die mit Supervisionsvorgaben arbeiten, meinerwegen nur Fallarbeit zu supervidieren. Hier können eben auch, wenn das gerade aktuell ist, eben auch natürlich Team-Konflikte usw. können eben auch Bestandteil der Supervision werden. KL\_2

Genau. Also er hat ja, so wie bei Ihnen der Anwärter erst hier verschiedene Praktika gemacht. Unsere Pflegewissenschaftlerin, [Name], hat das Ganze und begleitet es auch noch engmaschig. Anfangs war ich da auch immer involviert als Stationsleitung und wir haben dann gemeinsam geguckt, wie geht's ihm, wie ist der Stand? Müssen wir irgendwas ändern im Setting? Und sind damit auch sehr gut gefahren. // diese // auf, ich mein, zwei, dreimal im Jahr reduziert. Ja, weils einfach läuft. SL\_1

Ne, und halt. Ich als Stationsleitung guck halt immer, wie geht es ihm? Er hatte halt eine Phase, wo er so ein bisschen kippelig war und dann hat er aber auch für sich die Reißleine gezogen und ne Auszeit genommen. Wir haben hinterher darüber geredet, welche Maßnahmen er für sich ergreift und wie es dazu gekommen ist. Da ist er auch sehr offen. Ne und ich, halt, so viel Zeit hab ich nicht, aber ich hab immer Kurzkontakte mit ihm. Um auch mitzukriegen, ist alles paletti? SL\_1

Er nimmt auch mal teil oder mal nicht. Je nachdem, ob er gerade selber auch ein Thema hat, oder nicht. Wenn er mitkriegt, dass derbe Spannungen im Team sind, dann sagt er, ach ich, guck auf die Kameras, klärt ihr das mal. Dann nimmt er sich raus und sagt, das klärt ihr mal, da bin ich raus. Aber patientenorientiert nimmt er teil. Da hat er also schon ein Gespür für. Wo ich aber auch dann oft mit ihm rede und sag, du kriegst mit, hier knallts gerade, wir müssten besprechen, und dann offen mit ihm besprechen, was er möchte. SL\_1

Ja, natürlich, was wir da gesagt haben. Das wäre dann ich als Projektleiter, seitens der Pflege als Pflegedienstleitung und die zuständige Oberärztin. PDL\_2

Da soll es regelmäßige Austauschtermine geben. Zu Anfang natürlich in einem kürzeren Intervall, später dann halt regelmäßig, aber in einem ausgeweiteten Intervall. PDL\_2

Ich denke so einmal im Monat wird ausreichen, später, zu einem späteren Zeitpunkt. Dass man sich da zusammensetzt und so eine Art Austausch, Fragen, Antworten, oder wie geht es dem EX-IN gerade auf Station dort, welche Problemfelder? Was läuft gut, was läuft schlecht, das Klassische. Und dann eben auch wie so eine Art Supervision, dass man da auch supervidiert. Wie kann er umgehen mit dem, was ihm so begegnet, oder eben mit dem, was vielleicht weniger gut läuft, oder. PDL\_2

Haben wir uns Gedanken gemacht, dies ist erst mal nicht vorstellbar. Weil bei uns Supervisionen überwiegend Teamsupervisionen sind, auch Fallsupervision (...) das sind wir erst mal so der Haltung, dass wir sagen da erst mal nicht. PDL\_2

Einfach, naja um dem Team noch so ein bisschen, na wie will man sagen, noch eins zu lassen wo man sagt, okay da sind wir noch irgendwie für uns. Auch wenn sich das erst mal schräg anhört und mit dem Thema noch nicht ganz einhergeht, aber diese, man will dem Team noch die Zeit geben, sich an das Thema heranzutasten und sich daran zu gewöhnen. Ich glaube, wenn das später so ein bisschen weniger da ist, diese Berührungsängste, die jetzt noch da sind, wenn die mal abgebaut sind, dann kann man glaube ich gewiss auch über sowas auch noch mal nachdenken und darüber sprechen. Aber jetzt gibt es ein paar Dinge, die wir einfach bei Einführung, bei der Neueinführung einfach ausschließen. Das ist dann zum Beispiel eben das, Supervision, weil da auch eben tatsächlich, naja auch vielleicht auch der ein oder andere Konflikt im Team untereinander auch besprochen wird, was auch gut so ist, ja. PDL\_2

[I: Okay. Wissen sie zufällig, ob der Genesungsbegleiter dann irgendwo anders eine Supervision bekommt?] Bei uns sozusagen. Bei mir, Pflegedienstleitung und der Oberärztin. PDL\_2

### Zugriffsberechtigungen

Nicht alleine. Hatte er auch, also wenn die Psychologen da waren, ein spezielles Sicherheitskonzept haben wir nicht gemacht, hatten wir nicht, aber Zugriff auf Patientenakten hatte er nicht ohne Aufsicht. KL\_1

[I: Hat der Genesungsbegleiter selber auch irgendwas dokumentiert, in der Patientenakte oder so?] Nein. Aber das lag auch am Praktikantenstatus. KL\_1

Also er kann auch an die elektronischen. Also wir haben ein elektronisches Krankenhausinformationssystem, KISS, da hat er auch nen eigenen Zugang. Also er kann auch in die Dokumentation schauen und er kann auch selber was dokumentieren. KL\_2

Ansonsten, der hat, ganz klar. Der kann sich hier in der Klinik, der hat nen, wir haben elektronische Schließsystem, oder elektronische Türzuhaltungen. Der kann sich hier im gesamten Haus komplett frei bewegen. Ja. Also analog wie jede andere Mitarbeiterin, jeder andere Mitarbeiter auch. KL\_2

Also ich hab mich dagegen ausgesprochen. Mir war das wichtig, dass wir lernen, ihm zu vertrauen. Das heißt ja nicht, dass man nicht guckt, was er macht. Er hat Zugang zu den Krankenakten. Er hätte durchaus Zugang zu den Medikamenten haben können, da habe ich mir aber eher weniger Sorgen gemacht. Er hat eine Psychose gehabt und keine Suchterkrankung, wo ich ja vielleicht noch so ein bisschen kritischer wäre. SL\_1

Und ansonsten fällt mir gerade noch ein, dass wir auch viele Funktionen hatten, zum Beispiel haben wir eine elektronische Patientenakte, dürfen die Genesungsbegleiter da Zugriff haben oder nicht, kriegen die ihre persönliche Kennung oder nicht? Das ist jetzt soweit geklärt: Also die Honorarkräfte nicht, ja, aber wenn hier jemand hinkommt, gelten für den die gleichen Vorgaben wie für alle anderen Mitarbeitenden auch. [I: Das heißt, die kriegen Zugriff, die kriegen einen Schlüssel.] Genau. Wenn wir hier sonst Praktikanten haben oder was auch immer, die kriegen eine Sicherheitseinweisung, die kriegen einen Praktikantenschlüssel und kriegen die Genesungsbegleiter auch. Punkt. PDL\_3

### 2.2 Aufgaben, Arbeitsalltag

Im Rahmen des Praktikums ging es überwiegend um begleitete Gruppen, wo er aber nicht alleine in der Gruppe war, also wir haben die Gruppen weiter mit Pflgeteams und auch eventuell mit einem Psychologen, je nach Indikation, besetzt gehabt, wo er bei war, dann aber auch eigenverantwortlich Gruppeninhalte vorbereitet hat und mitgemacht hat und auch in Patientengespräche und in den Visiten teilweise dabei war und auch Patientengespräche teilweise geführt hat. KL\_1

Nein, nein, der hatte, also wir haben viele Teilzeitkräfte und da haben wir ab und zu mal ein leeres Büro. [...] Auf der Station auch, das war kein Problem. Also er hat sich überwiegend in einem, oder im Stationsleiterzimmer, also wenn er nicht mit den Patienten beschäftigt war, hat er sich in einem Büro aufgehalten. KL\_1

Also eine wichtige Aufgabe ist Patientenkontakt, da nimmt er an einer Gruppe mit den Psychologen teil. Soziales Kompetenz-, ne tschuldigung, Krankheitsaufklärung. Da ist er derweil ziemlich eigenständig unterwegs und was sich bei uns rauskristallisiert hat, dass er manchmal gebeten wird, von den Psychologen oder von uns, Mensch, red doch mal bitte mit dem und dem, das ist komisch. Die nächste Seite, er hat halt feste Aufgaben, das entspricht aber auch dem, was er möchte. Dass er dann Kochgruppen macht mit den Patienten. SL\_1

Er hilft aber auch aus, wenss darum geht, Essenswagen schieben oder ähnliches, da ist er sehr flexibel. Also das sind so die

Aufgaben, die sich hier rauskristallisiert haben und für mich ist das halt dann ein Joker. Weil nur wenn ich in einer Mindestbesetzung bin, kann ich dann solche Gruppen leiten. SL\_1

Ne, bei uns hat sich das halt so eingebürgert, ich hab halt das immer mit Herrn [Name PSW] besprochen, ob das was ist, das er sich vorstellen kann. Und dann halt was, was ihn auch wirklich ausfüllt und was er gut macht. SL\_1

Dann haben wir ihm die Patienten vorgestellt, er ist mit in Visiten und Konferenzen gegangen. Und ganz, für ihn war das dann auch klar, Kontakt im Raucherraum, da ist er dann auch viel gewesen. Und wir haben dann relativ schnell wahr-, unterschiedliche Haltungen diskutiert, über Krankheitsbilder. Er hat, wenn er uns dann erklären konnte, was ein Patient denkt und fühlt, bzw. in seinem Wahn erlebt, das hat er uns mitgeteilt, ne. SL\_1

Ne, und... dann war irgendwann klar, er möchte die Psychoedukationsgruppe mitmachen. Ist da jetzt auch gern gesehen, sowohl bei den Patienten als auch beim ärztlich-psychologischen Personal. Dann gings halt mit den Kochgruppen weiter. Zwischendurch führt er halt immer wieder Gespräche, was ich auch wichtig finde. Und sagt uns dann, achtet auf den und den Patienten, begründet es uns dann. Also das ist schon sehr fruchtbar, ne. Das ist ein gegenseitiges Nehmen und Geben. SL\_1

Naja, wir haben schon gesagt, dass er an den Gruppen teilnimmt, auf Station, die es dann gibt. Es gibt Suchtgruppen, wo man sich über Sucht unterhält. Es gibt Aktivgruppen, wo man dann eben Sport und Freizeitgestaltung, Tagesgestaltung macht, Kochgruppen (...) Psychotherapiegruppen, Psycholokation, an den Visiten und sowas, haben wir gesagt, das ist alles schon vorstellbar, dass er da teilnimmt. Die regelmäßige Teilnahme wird dann eher so in den Sucht-, Aktivgruppen an den Ausgängen sein und am Teilnehmen auf Station, dass man da einen einfacheren Einstieg findet in das Thema. Deshalb kann sich die Station vorstellen, das kann sich die Klinikleitung vorstellen. PDL\_2

Erst mal im Tandem. (...) Ich persönlich habe das schon im Kopf, dass man dann, dass man sagt man kann da schon drüber nachdenken, aber da möchten wir erst mal denjenigen kennenlernen, er soll uns kennenlernen und die Patienten auch. Und dann kann man schon sich vorstellen, dass der Genesungsbegleiter auch eine eigene Gruppe anvisiert. Aber das ist eher Zukunftsmusik, da, so weit sind wir tatsächlich noch gar nicht. Das ist eher, für mich persönlich als Projektleiter vorstellbar, da ich das aus einem anderen Projekt so kenne (...) aber noch nicht konkret. PDL\_2

Wir in der Forensik, wir arbeiten seit... Mitte, ne schon länger... seit, seit 2016 mit Genesungsbegleitern und zwar im Rahmen von Teamschulungen. Als wir damit angefangen haben Recovery-Teamschulungen gemacht, mit diesem Manual „Recovery praktisch“. Die Schulungen haben wir im Tandem durchgeführt, die Genesungsbegleiterin und ich, [...]. PDL\_3

War die Idee. Also wie genau müsste man dann auch im Einzelnen gucken. Wird dann auch davon abhängen, was derjenige sich vorstellt und wie es auch zu den einzelnen Teams passt. PDL\_3

Also viel Schulungen, wir machen ja im Moment die Recovery-Teamschulungen, da ist jetzt die letzte Station... dran, das zieht sich dann über ein Jahr hin, wo dann immer die Teamtage verteilt sind für das einzelne Modul, das der Genesungsbegleiter und ich dann gemeinsam moderieren und gestalten. Dann Safeward Modell, sind wir gerade mit der Einführung beschäftigt, wo das auch nach und nach auf die Station ausgebreitet wird, da schulen wir auch im Tandem. Dann auch hin und wieder Angebote für die Patienten, wobei das echt noch in den Kinderschuhen steckt. Also da hätten wir schon gerne jemanden fest, aber gab es auch schon, in dem Sinne, Angebote, wo auch die Stationen gesagt haben, Mensch, wir haben da ein Angebot für die Patienten, Sozialkompetenztraining oder so, da wäre es toll, wenn mal ein Genesungsbegleiter mit reinkäme. PDL\_3

Ja, jaja. Also die sind, da gibt es ja in jeder Station so wöchentliche Besprechungen, wo die Patienten zunächst darüber informiert wurden, dass da so jemand kommt und auch kurz informiert über EX-IN, was das ist, kurz und dann aber auch nochmal gesagt, ok, dann kommt der Genesungsbegleiter auch nochmal in die Patientenrunde rein und steht da zur Verfügung und stellt das vor und erklärt das und stellt sich selber vor und steht dann auch zur Verfügung. PDL\_3

### 2.3 Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen

Beim Landschaftsverbund [Ort] wurde das Projekt Genesungsbegleitung im Jahr 2018/2019 implementiert und wir haben geguckt ob es geeignete Menschen gibt, die das vielleicht bei uns machen könnten und wir haben nur bisher bei uns einen Genesungsbegleiter im Rahmen eines dreimonatigen Praktikums gehabt. [...] Der Mensch, dieser Genesungsbegleiter war berufstätig und hat die Ausbildung gemacht und wollte halt im Rahmen dieser Ausbildung das Praktikum bei uns machen. [I: OK, also er war in dem Sinne danach nie bei Ihnen eingestellt.] Nein. KL\_1

Das war ein Patient, der gemäß §63 StGB in einer Forensik untergebracht war, ein Akademiker, der eine Psychose bekommen hatte und im Rahmen der Psychose die Straftaten gemacht hatte und jetzt aber von der Psychose wieder gut genesen war. KL\_1

Er wollte nicht. Er hat einen Beruf, er hat das so für sich praktisch, so für seine Selbst-,...[seufzt] er musste irgendwas nochmal abschließen, glaube ich, in seinem Leben, damit, mit dieser Geschichte und er hat, er ist beruflich fest angestellt, zwar nicht mehr in seinem Herkunftsberuf, wo er gearbeitet hat, aber er wollte das nicht aufgeben für einen anderen Job. KL\_1

Also der war erstmal an einer Psychose erkrankt. Und ist wirklich 20 Jahre damit rumgelaufen durch verschiedene Instanzen, bis er dann bereit war, Medikamente zu nehmen und somit zu gesunden. Und ist dann irgendwann, weil er auch arbeitslos war, hat er sich überlegt, dass er diese Ausbildung gerne machen würde. SL\_1

[I: Wissen Sie, ob [Name] auch selber in einer JVA oder im Vollzug war?] War er nicht. SL\_1

Mit der Aussage, dass wir dann hinterher mal schauen müssten wo und wie wir ihn einsetzen wollen würden. Wir haben aber aktuell für die Station, auf der wir das Projekt machen möchten, keinen Genesungsbegleiter ausgeguckt. Was wir uns gesagt haben ist, dass es für uns nicht unbedingt sein muss, dass derjenige einen Forensik-Hintergrund hat. Also Forensik-Erfahrung braucht er meiner Meinung nach nicht. PDL\_2

Wäre wünschenswert, wenn er allgemein psychiatrische Erfahrung hat. Und zwar in dem Bereich der Krankheitsbilder, die wir am häufigsten hier vorfinden bei uns und das wäre halt eben die Schizophrenie, paranoide Schizophrenie. PDL\_2

Ob er straffällig war, also das sollte er nicht sein. Da würden wir schon (...) so konkret waren wir gar nicht, aber ich könnte mir schon vorstellen, dass wir da ein Führungszeugnis einfach erwarten, um festzustellen, ob derjenige (...) Straftaten begangen hat. Das würde dann, glaube ich schon kollidieren mit der Forensik, wahrscheinlich erst mal. PDL\_2

Ich glaube da kommt auf das Delikt drauf an. Ich sehe da kein generelles Ausschlusskriterium, aber man müsste sich anschauen, was denn die Straftat war. Geringe Vergehen. Ich meine unsere Patienten, die wir hier haben und die jetzt auch die EX-IN Ausbildung machen, die haben ja logischerweise auch ein Delikt begangen und das ist kein Ausschlusskriterium. PDL\_2

[...] die Genesungsbegleiterin hatte keinen forensischen Hintergrund aber allgemeinpsychiatrischen Hintergrund und war auch selber unfreiwillige Behandlungen, also Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen und so auch erlebt im Rahmen ihrer Erkrankung. PDL\_3

Fünf Stück, ja wie so Pool. Von denen haben ... drei selber Forensik-Erfahrung und einer war im Behandlungsvollzug, also JVA mit qualifizierter Suchtbehandlung. Genau. PDL\_3

## 2.4 Integration ins Team

Ja, war er. Er nahm an den // Übergaben teil, an den Teamgesprächen nahm er teil, er war, in die, also nahm auch an dem Frühstück mit den Mitarbeitern teil, also er war praktisch in das Behandlungsteam eingebunden. KL\_1

Wobei die Frage war dann schnell geklärt, wie wird er gesehen, er wird dann als Team-Mitglied gesehen, das hat man sich jetzt schon mal dann (...) darauf festgelegt. Es gibt ja auch verschiedene Arbeitsgruppen auf Station, die sich mit dem Thema befassen. PDL\_2

Und da hat man sich verschiedene Fragen gestellt. Klar war: er wird ein Team-Mitglied sein, er wird einen Schlüssel bekommen, damit er sich auch auf Station bewegen kann, logischerweise. PDL\_2

Die unterschreiben in der Personalabteilung genau die gleichen Formalitäten wie jeder andere Praktikant auch. Und wenn wir jetzt Genesungsbegleiter kriegen sollten für die Forensik festangestellt, kriegen die das gleiche Geld. Das ist in der Allgemeinpsychiatrie, wo vorher, also bei uns in der Klinik, die gleichen Diskussionen gab, ist für alle geklärt, also die sind quasi Mitarbeiter wie jeder andere auch, Punkt. PDL\_3

## 2.5 Funktion, Rolle

Und ich finde eben, es ist auch, jetzt so im Rahmen, wenn man Forensik auch als Maßnahme des Zwanges sieht, ist es

natürlich auch so ne eingebaute Instanz, die nochmal so ein bisschen zwischen den Feldern... ja, des unmittelbar zugehörigen Personals ist es ja eher so, aus meiner Sicht auch so ein bisschen, ich sag mal, ein Mit-Fürsprecher für die Patientenangelegenheiten. Und der führt ja nicht nur dazu, dass, sag ich mal, für bestimmte Patienten ne bessere Erreichbarkeit besteht im Sinne dessen, dass da ja, sag ich mal, so im weitesten Sinne so ne Schicksalsanteiligkeit ist und natürlich auch ein besseres Verständnis für das Binnen-Erleben. Sondern auch dadurch, dass der ja quasi einerseits ja bei den Erkrankten ist, oder Patienten, oder Untergebrachten, egal wie man die jetzt nennen will. Aber andererseits auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sorgt er auch für nen anderen Gesamtumgang und Klima im Team. Wie z.B. über die Patienten auch gesprochen wird. Also da ist auch automatisch auch ein Mehr an Achtsamkeit auch mit verbunden. KL\_2

Also als, ich sag mal im weitesten Sinne Patientenanwalt und eben jemand, der auch wirklich Zeit hat, eben, sich frei da praktisch zu bewegen, ohne jetzt unmittelbar einer Funktion zu, zu unterliegen und der einfach Zeit auch, quasi auf der Patientenseite sehr frei verbringen kann, hat der natürlich ne ganz andere Zugangsmöglichkeit, als das ja in viele Aufgaben eingebundene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. KL\_2

Es steht und fällt halt natürlich immer dann mit dem EX-IN. Wie ist die Persönlichkeit? Was kann derjenige sich auch vorstellen und wie auch? Und das wird dann so das letzte Teil sein, was wir brauchen um zu sehen wo wir ihn dann einsetzen. Aber konkret vorstellen können wir uns die Bereiche, die ich genannt habe. PDL\_2

Ich habe auch Situationen gehabt in diesen Schulungen, wo dann Genesungsbegleiter Dinge benennen und damit eine ganz andere Wirkung erzielen. Zum Beispiel, weil da ging es um Regeln und wir hatten beide das Gefühl, es geht gerade nur um Macht. Und da hat die Genesungsbegleiterin das ausgesprochen und das war wie so eine... das war einfach ein Knall. Ich weiß nicht, ob es den Effekt gehabt hätte, wenn ich die Frage gestellt hätte... glaube nicht. Also das hat sich als unglaublich wertvoll erwiesen, ja, diese Perspektive drin zu haben und auch für die Teams ein Stück weit Berührungspunkte zu nehmen, wenn es darum geht, mehr Patienten miteinzubeziehen oder mehr Verantwortung an die Patienten zu übertragen oder beziehungsweise erstmal einen Schritt vorab zu gucken, wo haben wir Möglichkeiten und Spielräume und das dann erstmal mit jemandem zu besprechen, der zwar mal in der Rolle war, aber jetzt nicht aktiv bei uns als Patient ist, nochmal Sicherheit gibt. PDL\_3

Und aus dieser Rolle heraus, durch diese gute Vorbereitung auf die Rolle, und auch diese Rollenklarheit, die das bisher immer gut beschreiben konnten und auch angrenzen konnten, so in unsere Richtung wie auch in Patientenrichtung. PDL\_3

## 2.6 Selbstfürsorge

Das, das in manchen Sachen ein bisschen schräg eben, der fährt halt weite Strecken mit dem Fahrrad, da würden die meisten sagen, das ist kein, keine adäquate Pendelstrecke. Was weiß ich, 30km mit dem Fahrrad zu fahren oder so. Oder zu Fuß zu gehen, sowas macht der eben. Und der sagt auch, der arbeitet nur ne halbe Stelle, das entspricht halt offenkundig dem, was er so, so möchte hinsichtlich von Fremdbestimmtheit durch Arbeit. Also er ist da sicherlich in seinen Grundhaltungen nochmal anders als so ein Regelarbeitnehmer im Krankenhaus, die ja doch viel, also gerade im, sag ich mal jetzt, die ärztlich oder auch die psychologisch, das wissen Sie ja selber aus Ihrer Provenienz, dass wir ja doch sehr regelgeleitet sozialisiert sind. Und da ist der natürlich schon so ein bisschen, bisschen mehr Paradiesvogel und nimmt sich so die ein oder andere Freiheit. KL\_2

Der ist halt noch neben seiner Tätigkeit hier ist der in einem Künstlerverein, hat ein Atelier. Deswegen betone ich das immer wieder, das ist etwas, das ihm sehr wichtig ist und das ihm auch hilft, gesund zu bleiben. Und der ist auch in ner Selbsthilfegruppe, also der ist durchaus noch aktiv. Aber ihm reicht das hier zum Leben. SL\_1

Wir haben auch klar gesagt natürlich kann der sich bei uns in der allgemeinen Psychiatrie behandeln lassen. Aber das steht ihm ja frei. Wenn morgen mein Mitarbeiter erkrankt, steht es ihm auch frei, ob er sich bei uns hier behandeln lässt, oder ob er in die Klinik fünfzig Kilometer weiter weg von uns geht. Das ist ihm ja recht offen. PDL\_2

Da... wir in der Forensik hatten da noch nie Probleme, bei uns in der Allgemeinpsychiatrie war eine Genesungsbegleiterin, der ging es zwischendurch nicht gut, die das aber selber auch ganz klar benennen konnte und für sich wusste, was brauch ich jetzt, was nicht. PDL\_3

Ja was heißt nicht negativ, aber ein Praktikant, der hatte, aber hat dann für sich selber auch das Gespräch gesucht und so, der war in einer Krisenstation und hat dann für sich dann gemerkt, oh, das kann ich nicht, das hat ihn zu sehr an seine eigenen Krisen erinnert. Aber der hat sich dann selber sofort auch gemeldet und das Gespräch gesucht und dann das Praktikum auf einer anderen Station fortgeführt werden konnte. Weiß jetzt nicht, ob man das als negativ bewerten soll.

### 3 Erfahrungen

#### 3.1 Positive Erfahrungen

##### Allgemein

Was man so sagen kann, dass der so insgesamt ne hohe Akzeptanz findet und auch schon an vielen Stellen, also z.B., weiß nicht, ich denke mal, dass das in Rostock analog ist, dass dort Forensiken nen Klinikbeirat haben. Mit unterschiedlichen Gremien, bei uns ist das eben Politik oder eben auch öffentlichkeitswirksame Institutionen, Medien, Anwohner, und da hat unser Genesungsbegleiter eben auch schonmal über seinen, seinen Einsatzbereich vorgetragen, referiert usw. Also der wird auch, also er, sag ich mal, es ist jetzt nicht so, dass er nur, in Anführungsstrichen, arbeitet, sondern er wird auch tatsächlich, bekommt also auch, auch, neben seinem Gehalt auch Anerkennung. Auch in der Außenwahrnehmung. Also das ist, denk ich mal schon so ein wechselseitig sich positiv befruchtendes Verhältnis auch. KL\_2

Nu, und heute ist das kein Problem mehr, der Herr [Name PSW] hat auch seit dem, weiß ich nicht, August, September letzten Jahres eine Festanstellung. Und derweil die Haltung des Teams, er ist ne Bereicherung. Und wenn wir zu viert sind, wir können den Patienten trotzdem ne Gruppe anbieten. Und das macht bei allen, also es macht auch ne gute Atmosphäre unter den Patienten, auch im Team. SL\_1

Das kann ich nur bejahen. Ne, ich hab das nicht bedauert. Ich hab viel von dem Herrn [Name PSW] gelernt. Und ich seh die Bereicherung für das Haus und für die Patienten. Manchmal hätt ich gerne noch nen zweiten. Genesungsbegleiter. SL\_1

Ja? Es gab noch andere Erwartungen und die wurden auch erfüllt, würde ich sagen. Dass einfach nochmal jemand von außen reinguckt, mit einer anderen Perspektive, um ein Stück weit unsere eigene Betriebsblindheit an einigen Stellen nochmal aufzuzeigen. Und das, muss ich sagen, das passiert auch wunderbar. PDL\_3

Also bis jetzt auch gute Erfahrungen gemacht haben, die Genesungsbegleiter, die wir jetzt hier hatten, ob es jetzt Praktikant oder Honorar war, die Erfahrung haben wir auch bei uns in der Allgemeinpsychiatrie gemacht, in der Suchtabteilung, dass die im Rahmen ihrer Ausbildung gut auf ihre Rolle vorbereitet werden. PDL\_3

Wir schreiben jetzt auch an einen ehemaligen Patienten von uns, der die Weiterbildung gemacht hat. Der ist Genesungsbegleiter, der aber ganz klar sagt, ich hatte auch mit ihm gesprochen und ich hatte ihn schon mal als Gast in einer Schulung für sein altes Team, das war hervorragend. War vorher auch ein bisschen, wo ich dachte, oh je, hoffentlich klappt das, das war super, der aber selber für sich ganz klar sagt, Forensik möchte ich nie wieder arbeiten. PDL\_3

Ich hab jetzt wenige Vergleichswerte, ne? (lacht) Aber ich hatte schon das Gefühl, wenn ich mit den Genesungsbegleitern, also ich bin ja in einer Stabsstelle, ich habe ja keine, keine disziplinarische Leitungsverantwortung, Stabsstelle Pflege, Entwicklung Pflegewissenschaft, ich glaube, dass ich, dadurch dass ich nicht so direkt in dieser Hierarchieschiene drinne bin, geht das, da sind mir gegenüber auch viele offen. Da werden die Dinge schon mal anders an mich herangetragen und da bin ich mit den Genesungsbegleitern in die Tiefe gegangen und ich hatte schon das Gefühl, dass es offen war. PDL\_3

##### ...auf Patient:innenseite

Ja, gut. Die waren ja sehr beeindruckt, dass, also, das war ja genau der Effekt, den wir erwartet hatten, der dann auch eingetreten ist, dass die jemand haben, der die Erfahrung schon gemacht hat und draußen ist, also der lebt denen ja vor, wie man Maßregelvollzug verstehen kann, wie man da wieder rauskommen kann und der hat so seine Geschichte auch sehr offen kommuniziert mit der Patientengemeinschaft und das ist bei denen sehr gut angekommen und hat auch Effekte gezeigt, indem, also, dass das also jemand war, der ja praktisch neutral war oder so ein Zwischending zwischen Behandler und Patient war. KL\_1

Wohingegen wir auch schon einen Patienten hatten oder jetzt auch haben, der sich selber total für die Genesungsbegleiter-Weiterbildung interessiert, der ist auch weiter gelockert, sich selber auch schon die Bücher von Utschakowski [*Anmerkung: Jörg Utschakowski, Autor, Mitintiator EX IN Deutschland*] gekauft hat und auch schonmal kam, mich um Blätter ansprach

und Fragen hatte, der dann irgendwie selber auf die Idee gekommen ist. PDL\_3

Ja, positiv... was ich total schön fand, doch auf jeden Fall, die Patienten haben, also der eine Praktikant, wo ich auch erst gedacht hab, geht das gut oder nicht, haben die Patienten vor Weihnachten gesagt, na der soll aber zu unserer Weihnachtsfeier kommen, der Praktikant. Das fand ich total schön. Dass Patienten gesagt haben, wir wünschen uns, dass der kommt. Dass Patienten ihn dann zu unserer Weihnachtsfeier eingeladen haben. Und auch von den Teams. PDL\_3

Ja, auf jeden Fall. Aber auch bei den Patienten selber, mir haben auch viele Patienten zurückgemeldet, dass es sehr gutgetan hätte, mal jemanden zu sehen, der es geschafft hat und der auch wieder bisschen Motivation gebracht hat. Weil, genau, wir hatten jetzt einen Praktikanten, der ist Mitte 50, und da waren jüngere Patienten in der Doppeldiagnosestation und da hat der gesagt, na und, ich bin Mitte 50 und mache jetzt noch die Ausbildung zum Genesungsbegleiter, also bitte, und das hat da einig nochmal so ein bisschen... ja. PDL\_3

### ...auf Teamseite

[I: Aber, den Eindruck, den ich jetzt hatte, war, dass sich zumindest, ich sag mal, die Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber diesem Genesungsbegleitungskonzept verändert hat.] Ja, absolut, klar. KL\_1

Und, man kommt's sich so recht nicht vorstellen, was halt, was tatsächlich aufgeweicht worden ist, dass die Mitarbeiter besser die Patienten nachvollziehen können ihrer, in ihrer Erkrankung. Und Herr [Name PSW] hat halt durch sich selbst für sich gesorgt, nämlich dass der jetzt einen Platz im Team hat. SL\_1

Die habe ich mit ins Boot geholt, es waren einige, die dagegen gesprochen haben. Das war dann die Stelle, wo ich gesagt hab, ich mute es dem Team zu. Und das ist mir, also ist dem Team gut gelungen, sich dieser Herausforderung zu stellen und zu sagen, jawoll, wir sehen die Vorteile. // ist man unglücklich, wenn er nicht da ist. Das hat sich stark gewandelt. SL\_1

Wir haben immer wieder thematisiert, geredet. Dann gab es halt auch im Praktikum mal Klagen über Herrn [Name PSW]. Dann haben wir's zusammen geklärt. Und uns auseinandergesetzt und da haben bei allen Seiten Umdenkprozesse stattgefunden. Ne, also ich kann's nicht praktischer sagen, aber ich find's schon bildlich. Es war, der Weg war nicht einfach, aber es war sehr schnell, als er ihn auch geschildert hat, wie fühlt sich ein Psychoterapeut, in welchen Welten kann er leben? Und selbst wenn jemand in der Genesung ist, dauert es lange, bis er wieder ein klar denkender und handelnder Mensch ist, das warn dann alles Sachen, die dem Team sehr geholfen haben und was es auch so zurückgemeldet hat. SL\_1

Die Mitarbeiter dort fangen sich da gegenseitig ganz gut auf. Dadurch, dass eine Motivation da ist, eine Überzeugung bei vielen, können die Anderen, die jetzt noch nicht so Vorerfahrungen haben gut mitgenommen werden. PDL\_2

Und im Grunde, ich glaube, der Weg war ganz gut, zunächst über die Teams zu gehen, dass die Genesungsbegleitung kennenlernen und wissen, was es ist und wo es hilfreich sein kann und vielleicht auch, was es nicht ist, also ne? Die Sachen zu klären und dann zu sagen, ok, das machen wir auch für die Patienten. PDL\_3

Bei den Teamschulungen, da hat es sich als unglaublich wertvoll erwiesen, mal diesen Perspektivwechsel drinzuhaben. Also dass jemand mit eigener Erfahrung, halt auch mit Unterbringung, also da hab ich gemerkt, dass es gar nicht so viel Unterschied macht, ob das jetzt jemand ist, der in der JVA war oder die Genesungsbegleiterin, die selber kein, also Forensik- oder JVA-Hintergrund hat, aber diese Zwangserlebnisse und die Psychiatrie mal von innen erlebt hat aus dieser Perspektive heraus... das da mit einzubringen, und dass da nochmal ganz andere Fragen auch gestellt werden und ganz andere Aspekte mal... ja wo das Team nochmal eingeladen wird, zu reflektieren ganz anders. Und dass es auch eine ganz andere Wirkung hat, ob ich jetzt solche Fragen stellen würde oder solche Aufgaben einbringen würde oder aus der Rolle des Genesungsbegleiters. PDL\_3

Und das war vorher auch, gab ja auch bei den Mitarbeitenden, bei einigen noch Befürchtungen an der Stelle, die hinterher auch gesagt haben, wir waren sehr positiv überrascht. PDL\_3

Und erstaunlicherweise sind wir in vielen Teams auch auf Verständnis gestoßen, im Sinne von, naja, ok, es gibt ja auch Mitarbeiter, denen es mal nicht gut geht und kommt ja überall mal vor. PDL\_3

Der Alltag im Großen und Ganzen vielleicht nicht unbedingt, aber an vielen kleinen Stellen, würde ich sagen, verändert sich die Dinge. Das sind ja auch solche Entwicklungsprozesse, die ihre Zeit brauchen. Ja, da verändern sich schon viele Dinge, doch. Auch gerade so in Richtung Haltung oder so Hinterfragen gewisser Strukturen und Regeln oder Miteinbeziehen von Patienten oder Verantwortung übertragen. Oder auch die Frage, was ist hilfreich und was nicht, oder, was wir auch viel

diskutiert haben, wo ich auch anfangs dachte, das kann jetzt nicht wahr sein, dass wir diese Frage diskutieren, was ist unser Auftrag. Wir sind jetzt auch mit der Einführung von Safewards immer wieder auf diese Frage gekommen, was ist eigentlich unser Auftrag. Und was ist der nicht. Doch ich glaube, da findet sehr viel Veränderung statt, aber in vielen kleinen oder auch nicht kleinen... PDL\_3

[I: Würden Sie sagen, dass sich die Akzeptanz der Mitarbeiter auch verändert hat, so im Verlauf? Also ich sag mal, den Genesungsbegleitern gegenüber jetzt?] Ja, also jetzt nicht bei allen, aber bei einigen. Nicht nur den Genesungsbegleitern gegenüber, sondern auch den Patienten gegenüber. PDL\_3

Also Akzeptanz auch ein Stück weit für die Biografie der Patienten und für die Haltung der Patienten. Oder.. Wissen Sie, wie ich das meine? Dadurch, dass die Genesungsbegleiter ja gerade auch so einen Perspektivwechsel mit einbringen oder auch ihre eigene Geschichte, hat das so, also nicht bei allen Mitarbeitern, da gibt's ja immer welche, die Differenzen aufzeigen, aber bei vielen auch nochmal Prozesse in Gang gesetzt hat. PDL\_3

Dass da durchaus eine Veränderung stattgefunden hat von: Ja wir sind in der Forensik, wir müssen einfach alles regeln, hin dazu, offener zu sein und mehr Bereitschaft zu haben, das mal zu hinterfragen. Auf den Prüfstand zu stellen und da haben, glaube ich, hat der Einsatz von Genesungsbegleitern sehr viel bewirkt. Auch mit diesem ganzen, das ist so ein Rattenschwanz, den das nach sich zieht, zum Thema Verantwortung, Mitbestimmung und Gestaltungsmöglichkeiten auch für die Patienten da an den Stellen wieder zu schaffen, das sind dann so Aspekte, wo ich glaube, ja. Auch zum Thema Akzeptanz dann wieder, die man dann auch diskutiert, warum verhalten sich Patienten an einigen Stellen so, wie sie sich verhalten. Da dann auch wieder mehr Akzeptanz, bei einigen. PDL\_3

### 3.2 Negative Erfahrungen

#### Administrative Hürden

Wir haben wie gesagt natürlich auch Hürden, wir in der Forensik haben jetzt noch keinen eingestellt, aber ansonsten auch beim Träger, gibt's da Eingruppierung? [...] Ja ganz schwierig, wir sind, bislang ist die Regelung, die werden wie Pflegehelfer eingestellt, also die sind im Pflegedienst ohne Ausbildung. PDL\_3

Ja, E3.[...] Nein, das ist nicht üppig, ne. Ist nicht toll. Da gibt's jetzt auch Diskussionen und Gespräche mit dem Gesamtpersonalrat und allem, aber die Tarifverträge, öffentlicher Dienst, vielleicht kennen Sie das, die sehen diese Berufsgruppe noch nicht vor, somit ist das schwierig. Genau... PDL\_3

Schwierig (...), natürlich manchmal diese formalen Hürden. Weil ich weiß auch hier, Genesungsbegleiter, wenn die bei anderen Anbietern, betreutes Wohnen oder so, wenn die dort arbeiten, werden die besser vergütet als hier. Weil in diesem ambulanten, betreutes, dieses ambulant-betreutes Wohnen oder so, die das in Fachleistungsstunden abrechnen, wenn die Genesungsbegleiter einsetzen. Das ist halt sehr schnell deutlich besser als hier die E3. Also so dieser formale Überbau, das ist schon manchmal ein bisschen hinderlich. PDL\_3

Ja und am Anfang diese Fragen, bis das mit dem Führungszeugnis geklärt war und so fort, das war natürlich auch bei der Einführung so ein bisschen //manchmal. Dass sich das teilweise auch noch verzögert hat. (...) Also ich... also hinderlich glaube ich eher so administrative Angelegenheiten, also, dass es hier nicht möglich ist, jemanden, der Praktikum macht und von weiter her kommt, im Personalwohnheim einzuquartieren, unentgeltlich, weil die machen ja unentgeltliches Praktikum, sollen aber fürs Personalwohnheim bezahlen, also solche Dinge, ja. Vielleicht hinderlich, aber so. PDL\_3

#### Fehlende Akzeptanz durch Patient:innen

Wir hatten hier in der Forensik auch Patienten, die es mal antesten wollten, auf welcher Seite steht der denn jetzt. PDL\_3

Tatsächlich, mit einer Station, da waren auch Patienten, die fanden das gar nicht so toll, ok, da kommt jemand mit einer Forensikerfahrung, das ist ein Verräter. Ja. Also so hat ein Patient ganz klar gesagt. PDL\_3

Aber gut, das konnte dann auch hinterher im Gespräch, ja gut, dann hat der Patient gesagt, ok, Sie sind jetzt hier, Sie sind für mich ein Mitarbeiter wie jeder andere auch, habe ich jetzt kein besonderes Interesse dran, danke. Also so, das ist durchaus vorgekommen, aber jetzt nicht, ja. War für den Genesungsbegleiter-Praktikanten, wo das passiert ist, er war etwas irritiert, weil er war halt hochmotiviert [lacht] und dachte, Mensch, ich kann den Patienten hier vielleicht... ja, überrascht war er, auf so eine Reaktion zu stoßen. PDL\_3

### Skepsis/Ablehnung durch Mitarbeiter:innen

[...] es gab schon viel, gerade bei der Berufsgruppe der Pflegenden, viele Vorbehalte gegen den Einsatz dieses Menschen auf der Station, die sich dann aber so learning by doing.. also dem gegenseitigen Kennenlernen hat sich das dann entspannt, also es ist glaube ich sehr personenabhängig, dieser Mensch wäre glaube ich für den Job gut geeignet gewesen, es kommt auch immer darauf an, welche Leute das machen und die, die, das spielt glaube ich eine ganz entscheidende Rolle und durch, dadurch, dass die den kennengelernt haben, haben sich diese Vorbehalte deutlich gelegt, aber in der theoretischen Diskussion am Anfang, das war das erste Mal, dass wir das hier bei uns haben, wir sind eine Klinik mit langer Tradition und Veränderungen sind immer sehr schwerfällig und // was Neues reinzubringen, ist manchmal nicht so ganz einfach. Und, aber, also am Anfang gab's viele Vorbehalte, die sich aber praktisch durch die, wenn er in den Teams saß oder in den Übergeben und so weiter, aber, das hat sich mit der Zeit gelegt. KL\_1

Ja. Wir haben Informations-, wir haben das Team, wir waren mit der Leitung im Team und sowohl im Suchtteam wird, wo die Frau jetzt die Ausbildung macht, als auch bei der Station im 63er-Bereich, eine Psychose-Station, da waren wir vorher, die hatten auch Zeit, Fragen zu stellen, aber die Skepsis der Mitarbeiterschaft ließ sich nicht so, am Anfang nicht ganz reduzieren. KL\_1

[...] das war ein Mensch, der durch seine Erkrankung ein bisschen ruhiger geworden war, der nicht mehr so viel sprach, der hatte so eine leichte Minus-Symptomatik, hat aber die Intelligenz behalten, konnte auch arbeiten, war aber jemand, der nicht so einfach im sozialen Kontakt war und daher wussten wir dann nicht so genau, was passiert oder was machen wir da, das waren so die, sie sagen, also nach dem Motto, ist das nicht jemand, der den Patienten dann in die falsche Ecke berät oder gegen die Mitarbeiter aufbringt, das waren so die wichtigsten Vorbehalte. KL\_1

[...] das war eher anfangs auf der Station ein Problem. Wie setzen wir ihn ein, ist er Mitarbeiter, ist er Patient? Müssen wir gucken, ob er Medikamente nimmt? Das hat sich aber alles verflüchtigt, weil jeder da sehr unsicher waren, wie gehen wir mit dem Menschen da um? SL\_1

Also, ein Teil war halt erstmal, der ihn als Ex-Patienten gesehen hat und nun Sorge hatte, dass man nun im Team einen Patienten hat. Nicht alle waren das, aber einige. SL\_1

Also das Team hatte am Anfang Probleme mit der Rollenfindung. Es ist ja so, wenn die Dienstzimmertür zu ist und wir einen Patienten haben, der einfach an unsere Substanz geht durch irgendwelche Verhaltensweisen oder seine Geschichte, dann schimpfen wir auch einmal. Und da war eine große Verunsicherung von Seiten des Teams, dürfen wir das jetzt noch, wo doch jetzt jemand im Team ist, der selber mal Patient war? SL\_1

Das war ja, das Team hatte mit seiner Rolle Probleme. Ne, wie verhalten wir uns, ne? Es hatte Probleme, für sich auf die Kette zu kriegen, ja, er war psychisch krank. Ja, er ist jetzt aber Mitarbeiter und wir müssen uns nicht um ihn kümmern, wie um einen Patienten, sondern er ist mit uns auf Augenhöhe. Und wir dürfen auch mal über einen Patienten schimpfen, wenn er den ganzen Morgen uns malträtiert hat mit irgendwelchen Dingen, ne. Wo wir an unseren Grenzen waren. Ja, und das sind die Dinge, die einfach sehr, sehr schwierig waren. Oder halt, der Herr [Name PSW] kommt halt manchmal rein und kriegt nicht mit, dass alle Leute sehr beschäftigt sind. Und fängt dann an, seine Dinge zu erzählen. Ne, am Anfang hab ich geschluckt, dann hab ich irgendwann beschlossen, so, jetzt sag ich was und hab gesagt, Stopp [Vorname PSW], siehst du, hier sind alle beschäftigt, warte mal zehn Minuten, bis wir den Kopf frei haben und dann hören wir zu. Und ich hab dann ganz schnell festgestellt, dass man mit dem ehrlich sein muss und freundlich und dann ist das kein Thema. Ne, also das waren dann so Sachen, die sind aufgestoßen. Dass er nur in seiner Welt war und nicht gesehen hat, da war kein Ort für ihn. SL\_1

Im klassischen Sinne im Projektmanagement, ja, Menschen, wie sagt man das, Stakeholder, die jetzt nicht so ganz überzeugt sind von der Geschichte. Da hieß es viel Kommunikation leisten und auch zu erkennen, wann die Grenze erreicht ist. Wo man eben nicht mehr den Umschwung packt, sondern einfach wissen muss, okay, es gibt halt Menschen, die (...) haben da nicht den Zugang zu dem Thema. Ist nicht weiter schlimm, solange das nicht irgendwie aktiv behindernd wird, das Projekt und das wird es nicht. Von daher, sind das Stolpersteine, sagen wir mal so // wo man auch mal gute Gesprächs// [...] Ja. Also bisher, wir sind ja wie gesagt noch recht frisch in dem Thema. Es ist ein bisschen Abstrakt für die Leute auch. Also für jegliche Berufsgruppen, da gibt es immer wieder Menschen, für die es einfach noch ein bisschen abstrakt ist, nicht greifbar und dafür habe ich auch vollstes Verständnis. PDL\_2

Weil, wenn ich darüber nachdenke, wie es für mich war, das erste Mal vor Jahren das Thema Recovery überhaupt gehört zu haben, da war auch erst mal ein, ein ok, das kann ja gar nicht sein, diese Haltung. Also das passt ja nicht zusammen gesund,

krank und trotzdem gesund und dann auch dieses Thema Patienten hier mitarbeiten zu lassen, ehemalige Patienten oder Psychiatrieerfahrene. Das ist ein bisschen schwierig für die Leute, ja, aber ich muss sagen, auf der Station war es // nicht so großartig // PDL\_2

Klar sind immer noch einige Mitarbeiter in manchen Stationen die jetzt nicht unbedingt begeistert sind und auch fragen, ja, darf ich denn in der Übergabe überhaupt alles sagen. PDL\_3

Das Einzige, wo ich sensibler hätte sein müssen im Nachhinein, aber auch das konnte man an dem Gespräch schwer klären, ist unser Sicherheitsbeauftragter. Unser Sicherheitsbeauftragter, als der die erste Sicherheitseinweisung für den ersten Praktikanten gemacht hat, der kam nachher völlig entsetzt in mein Büro und meinte er hätte das jetzt nur gemacht, weil er es hätte machen müssen, aber was das denn bitteschön gewesen sei. [...] Ja ich hatte ihm halt angekündigt, da käme ein Praktikant für die Sicherheitseinweisung, ein Genesungsbegleiter-Praktikant, hatte aber irgendwie nicht mehr dazu gesagt und hatte aber selber auch nicht auf dem Schirm, dass unser Sicherheitsbeauftragter, der früher im Pflegedienst gearbeitet hat, aber jetzt Leiter des Pfortendienstes ist, dass der vielleicht nicht wissen könnte, was EX-IN ist. Und dann kommt der Kerl wie ein Baum, tätowiert von oben bis unten und mit entsprechendem Auftreten und soll auf einmal Praktikantenschlüssel und Sicherheitseinweisung? Und der hat ihm wohl auch erzählt ich bin Genesungsbegleiter, ich habe selber acht Jahre in Haft gesessen und so weiter und das hat unseren Sicherheitsbeauftragten völlig, ja wo kommen wir denn hin jetzt, ne? Sodass ich im Nachhinein dachte, ok, den hätte man vorher besser // Ja, aber gut, das ließ sich ja im Nachhinein klären, aber. PDL\_3

Weil ich hab hier auch bei uns in der Allgemeinpsychiatrie das Gegenteil erlebt, da haben nämlich auch sehr viele Ärztinnen gedacht, ah, dem Team würde eine Genesungsbegleiterin mal gut tun. Das Team braucht mal frische Luft und das ist so daneben gegangen. PDL\_3

Genau, die haben jemanden vor die Nase gesetzt bekommen, das war auch echt eine Gute, mit der mache ich heute auch noch Schulungen, aber das Team hat einfach dicht gemacht und gesagt, nein. Und dann haben die, genau, dann haben die den Fehler gemacht, die Finanzierung ist auch noch aus dem Pflegebudget erfolgt. PDL\_3

## **4 Empfehlungen**

### 4.1 Unterstützung durch Leitungsebene

Dass da schon so ein Verständnis auch dafür gebahnt ist, im Sinne der grundsätzlichen Akzeptanz, also dass bestimmte Sachen, glaub ich, auch von der Leitung als gesetzt auch, ja. Mitgeteilt wird. Also ich denk, man kann ja auch nicht immer alles zur Abstimmung oder zur Disposition stellen, das war ja schon ein gesetzter Plan. Und ich bin ganz ehrlich, wenn es momentan budget-technisch besser wäre, hätte ich eben ja auch für drei Ebenen, die jeweils zwei Stationseinheiten quasi beinhalten, mit immer eben drei mal 18 Patienten, wenn's nach mir ginge, hätt ich eben auch für die beiden anderen Stationseinheiten auch ne halbe Stelle Genesungsbegleiter, aber z.B. derzeit halt leider schwierig darstellbar. Aber im Grunde wäre das z.B. auch was, was für mich zumindest so als, wenn jetzt so // geht, wär das so für mich im Grunde gesetzt, dass ich sagen würde, dass, dass ich das sehr unterstützen würde halt. KL\_2

Und auch von außen, also ich als Pflegedienstleitung und meine Kollegen gehen mit, wir sind ja zwei in der Pflegedienstleitung. Die zuständige Oberärztin wird auch daran teilnehmen. Einfach auch noch mal so das Signal zu geben, wie wichtig uns das für die Führung ist, dieses Projekt, diese Haltung auch, ja. PDL\_2

Es gibt da viele wichtige Hinweise. Aber (...) ich glaube das Oberste und Wichtigste ist, dass sich die Führung dafür entscheidet und dass auch jeder einzelne Mitarbeiter auch weiß, dass das seitens der Führung gewollt ist und dass man dahintersteht hinter dem Thema Recovery und dem Projekt EX-IN. PDL\_2

Genau. Aber erst mal muss, also klar muss es sein, das die Einrichtung echt überzeugt ist von dem Thema. Und das muss man auch leben einfach, als Führungskraft und dann ist das glaube ich // ganz guten Basis. PDL\_2

Naja, ich glaube in den Leitungsebenen und die Fachpflegenden und so, die sind da schon positiv. Und das wird halt auch von der Klinikleitung gefördert und unterstützt. (...) Naja, was mir noch einfällt, was auch ganz gut war, die Klinikleitung steht dahinter und auch bei den Vorstellungs-, bei den Informationsveranstaltungen so zu ExIn und Recovery und dem allen waren die immer mit dabei und haben auch betont, dass sie dahinterstehen und das fördern im Prinzip, aber bei dem Kennenlernen zwischen Genesungsbegleiter und Team waren die explizit nie mit dabei. PDL\_3

Sowohl als hilfreich auf jeden Fall Freiräume und die Offenheit auch, also Freiraum auch, wenn ich sage, ich biete mal

einen Workshop an für die Mitarbeiter zum Thema Genesungsbegleitung, dann kann ich das machen. Dann sprech ich mit unserem Pflegedirektor und der sagt ok, fachlich, inhaltlich, machen Sie. Als das ist unglaublich hilfreich, weil ich glaube, wenn man an der Stelle nicht die Unterstützung hat, dann kann man es auch gar nicht mehr machen. PDL\_3

## 4.2 Kommunikation und Information

### Vorbereitung und Planung

Die Implementierung hätte man besser machen können. [...] Also, // zum ersten Mal, die Geschichte und 64er-Bereich jetzt, ich glaube, man hätte das vorher in der gesamten und dann in der gesamten Mitarbeiterschaft auch nochmal, wir sind eine große Klinik und haben das sehr speziell auf dieser einen Station vorbereitet und wir hätten das glaube ich auch nochmal in der gesamten Mitarbeiterschaft auch noch mal mehr vorbereiten müssen und diese Station hat dann häufig auch Kritik von den anderen oder Fragen, ja, was macht ihr denn da, was habt ihr da für einen merkwürdigen Vogel auf der Station, die musste sich also auch noch mehr Vorbehalte der anderen Stationen anhören und wir hätten das, wir haben das auf dieser einen Station gemacht und wir hätten das glaube ich auch viel transparenter in der Klinik machen müssen, bei der Frau, über die ich jetzt grade gesprochen hab, ist das viel besser gelaufen, weil das Projekt auch in der Klinik schon bekannt war. KL\_1

Hm. Ja das ist nochmal, also wenn Sie eine traditionelle Klinik sind, sind Sie bei uns, also ich hätte mir bei uns, man muss gucken, also eigentlich wie bei allen, das ist auch meine Erfahrung hier, man muss im Vorfeld mögliche Hürden erkennen und genau, was Sie auch schon aufgezählt haben, mit dem Führungszeugnis und so weiter, man muss also vorher antizipieren, was vielleicht passieren könnte und das muss man sich sehr genau angucken, wenn man mit so einem neuen Konzept anfängt und den Fehler, den wir gemacht haben, war, dass wir das zu sehr auf diese eine Station fokussiert hatten am Anfang und wir haben gedacht, wir machen das so modellmäßig und das war bei den Mitarbeitern, man muss das wahrscheinlich, im Nachhinein würde ich sagen, man hätte das gleich am Anfang viel breiter kommunizieren müssen und auf breitere Füße stellen müssen, so wie wir es jetzt im Suchtbereich praktisch gemacht haben. KL\_1

Wir haben's vorher besprochen. Ich hab's ins Team gebracht. Die Vorbehalte wurden auch ernst genommen von mir. Und dann der Trost war, er macht das Praktikum für, ich weiß nicht, sechs oder acht Wochen oder ich weiß nicht, wie lange das gedauert hat. Man war dann auch mit dem zweiten Praktikum einverstanden. Und auch mit der ersten befristeten Einstellung. SL\_1

Wir sind im regelmäßigen Austausch. Also ich als Projektleiter, zusammen mit der Oberärztin, wir sind im direkten Austausch mit den Mitarbeitern auf Station, das heißt wir sind greifbar, die können uns direkt Fragen stellen. Was wir jetzt noch gemacht haben ist, dass wir morgen und übermorgen zwei Fortbildungstage haben zum einen das Thema Recovery an sich und am zweiten Tag wird es so sein, dass ein Dozent und ein EX-IN eine Tagesfortbildung halten zum Thema EX-IN, Konzeptionierung und Implementierung, die haben sich die Mitarbeiter vorbereitet auf Station, dass ein Plakat aufgehängt wurde, dass es Sitzungen und Konferenzen gab mit den Themen: Was beschäftigt uns? Welche Fragen haben wir? Was möchten wir geklärt wissen? Und diese werden dann dort vor Ort geklärt werden. Was wir auch gemacht haben ist, dass manchmal kam: Naja, wir als Klinikleitung würden erst mal gerne hören von den Mitarbeitern was die sich so als Tätigkeitsprofil, wenn man es so nennen will, für den Genesungsbegleiter vorstellen können (...) dieses uns dann geben und wir schauen wie es auch mit unseren Vorstellungen zusammenpasst, also der konkrete Auftrag der Mitgestaltung. PDL\_2

Und da haben wir dann wirklich auch jeden Schritt einzeln immer wieder kommuniziert. [...] Wir haben auch eine Veranstaltung gemacht für die gesamte Klinik, dass wir alle eingeladen haben. Kommt und hört zu, das ist was Neues, das ist ein Umbruch auch und ein Paradigmenwechsel da wollen wir wirklich alle informiert wissen. Das haben wir getan. Das hat sehr geholfen, dass, die Informationsweitergabe. Auch über den Verlauf, wie es denn ungefähr so grob stattfinden soll, so ein Projekt-Strukturplan wurde da vorgestellt, das hat sehr geholfen. (...) Naja was auch noch geholfen hat war, dass man schon jetzt (...) wir beschäftigen uns jetzt ein Jahr lang damit, jetzt findet die erste konkrete Schulung für alle statt. PDL\_2

(seufzt)... Ich glaube, ... die Vorarbeit. Sich Zeit zu nehmen, dass vorab gründlich zu durchdenken, zu überlegen und das in kleinen Schritten zu machen. Also so diese mal zu vermeiden, so diese, oh da ist ja ein Genesungsbegleiter, ach was macht der denn hier. Also wirklich vorab planen und auch wirklich, ja genau, diese ganze Vorstellung und und und, und ich glaube diese, dieser Weg erst über Teamschulungen und zweiten Schritt, also ob das jetzt über Teamschulungen ist, aber mit den Teams, dieser Schritt, dadran zu führen, so, was ist EX-IN, wo kommt es her und dann vielleicht mal Genesungsbegleiter kennenlernen oder auf einer Fachtagung oder so, also kleinschrittig, meine ich, ist wichtig. Dann finde ich, glaube ich, über Praktika, aber das hatten Sie ja gerade auch gesagt, dass Sie auch über diesen Weg gehen, sich gegenseitig mal

kennenzulernen. PDL\_3

Genau, das wäre auch noch sowas, wo ich sagen würde, das wäre wichtig, auch für diese ganzen administrativen Angelegenheiten, Finanzierung und über welches Budget und... Wie, ja wie soll ich sagen, wie bringt man es rüber, wie vermittelt man das den Leuten auch. Sagt man, das ist jetzt eine neue Berufsgruppe, neues Angebot im Rahmen unseres Gesamtkonzepts, also so diese Fragen, ich glaube, das ist unglaublich wichtig. Das vorher auf saubere Füße stellen. Und sich auch, genau, auch zu gucken, wenn man anfängt, auf welcher Station fang ich an, nehme ich gleich die Station wo ich denke, ok, da muss mal was passieren, da machen wir mal einen Genesungsbegleiter rein oder wählt man eine Station, wo man denkt, ok, die sind wahrscheinlich grundsätzlich offen dafür, ja. PDL\_3

### Offene Gesprächskultur

Und ansonsten ist ja auch so das Resümee, das [Name] vorgetragen hat, dass es ganz wichtig ist, das Team von möglichst früher Stelle an ins Boot zu holen und eben, naja, offen zu sein für mögliche Störungen, die nicht zu übersehen, sondern die Störungen zu thematisieren und das nach Möglichkeit nicht im stillen Kämmerlein, sondern eben in der Gruppe der Beteiligten in der Zusammenschau mit der Genesungsbegleiterin, -begleiter. Also das Dinge, die da vielleicht zunächst Reibungspunkte sind, dass die auch gemeinsam geklärt werden. Und das eben diese Gesprächsoffenheit hergestellt wird. Ich denke da.. und dass man, dass eben beide Seiten auch für die Schwierigkeiten oder Verständnis für die möglicherweise bestehenden Schwierigkeiten auf der vermeintlich anderen Seite haben halt. Dass das nicht weggebügelt wird. Sondern dass da gesagt wird, ok, das wird ernst genommen. Und dass man da eben natürlich auch ein bisschen Zeit investieren muss. KL\_2

Das wurde mit Herrn [Name PSW] auch sehr offen kommuniziert. Und der konnte dann so nach und nach allen den Wind aus den Segeln nehmen, auch wenns aus dem ärztlich-psychologischen Team war. Da hat er selbst auch ganz Vieles gemacht, indem er selbst, er hat halt ne immense Offenheit von sich aus und hat das alles dann mit thematisiert. SL\_1

Also wir haben immer wieder offen gesprochen, auch mit dem Herrn [Name PSW]. Es war zur Zeit auch Thema in der Supervision. Ja, aber ich kann nur immer wieder sagen, er hat für sich selbst gesprochen und ich hab meinem Team gesagt, es ist erstmal nur ein Praktikum des Herrn [Name PSW] und ich mute euch das zu, neue Dinge auszuprobieren. Ich war hinterher auch ziemlich stolz auf sich, dass die das so gemeistert haben. Ja, also das Team ist dran gewachsen. SL\_1

Das haben wir aber auch mit dem Herrn [Name PSW] thematisiert, der hat gesagt, wenn das mal ist, kann er damit leben. Und mehr haben wir auch nie gemacht. Also das war halt ein Lernprozess. Die Aus-, also es ist ja auch die Ausnahme, dass man mal schimpft und nicht die Regel, aber .. also es war, es ist gut lösbar, aber das war auch, weil das Team offen war und immer wieder gesagt hat, wir verstehen das nicht, [Vorname Stationsleitung], wir haben Probleme. Und wie sollen wir damit umgehen? Und wir da immer wieder gemeinsam uns zusammengesetzt haben und das besprochen haben. SL\_1

Maximale Transparenz. Das. [...] Das auf jede Fall. Also was wir machen ist, dass wir immer, nonstop kommunizieren mit den Leuten vor Ort auf der, das wir. PDL\_2

Und dann zum zweiten einfach die Mitarbeiter in die Gestaltung miteinzubeziehen und möglichst, // höchstmöglichen Grad an Transparenz herzustellen. Und dann eben abschließend auch mit denen umzugehen, die auch wirklich noch nach Einführung des Genesungsbegleiters auf Station noch Ihre Vorbehalte haben, dass, die Mitarbeiter sind ja da und mit denen muss man trotzdem noch umgehen. Also klassisches Projektmanagement eigentlich. [beide lachen] PDL\_2

Was ja auch Befürchtungen, gut, dadurch, dass aber auch wir uns vorher Gedanken gemacht hatten, was könnte da, welche Befürchtungen könnten da vorherrschen, die dann von uns aus angesprochen haben. // PDL\_3

Haben das offen diskutiert und auch gesagt, wenn was ist, sagt das. Interessanterweise, wir haben, glaube ich, lange genug Zeit immer vorab gehabt, oder uns diese Zeit auch genommen, den Vorlauf, diesen Genesungsbegleiter mit dem Team bekannt zu machen und auch, ich hoffe, dass es zumindest so offen war, wenn ich die Teams gefragt habe, ob sie sich das vorstellen können und wenn sie sagen, nein, dass das auch völlig in Ordnung wäre. Im Nachhinein, dass es auch offen war. Und die Genesungsbegleiter an sich, mit denen hab ich das dann vorher auch besprochen, sodass wenn wir in die Teams gegangen sind, haben, es gab in den Teambesprechungen so Vorstellungen, von sich aus auch thematisieren. Von sich aus auch offen damit umgehen. PDL\_3

Ja. Ich hoffe halt, dass wir durch die offene..., das offene Ansprechen, die offene Kommunikation einiges genommen haben und die Genesungsbegleiter selber und dass es immer Leute gibt, die nicht so begeistert sind, die ihre Vorbehalte weiter

pflegen, offen oder weniger offen. PDL\_3

Genau, weil wir einfach erhofft haben, dass dadurch gewisse Ängste oder Vorbehalte, wenn die Oberen mit dabei sind, die dann nicht so auftreten, wie wenn eine offene Gesprächskultur herrscht. War so die Idee. PDL\_3

#### 4.3 Diagnose-spezifisches Arbeiten

Ich glaube, man muss die sehr genau aussuchen, man muss das wirklich diagnose-spezifisch machen, die Dame, die wir jetzt im 64er-Bereich ausbilden, die könnte das nicht mit Psychose-Kranken Männern machen und es ist sehr stark personenabhängig. KL\_1

[...] und ich glaube man braucht wirklich Menschen, die im 64er-Bereich Genesungsbegleitung machen, persönlichkeitsgestörte 63er, da haben wir auch jetzt jemand gewonnen oder im Auge, der das vielleicht ab und zu mal bei uns machen kann, der arbeitet in einer anderen Klinik in der Allgemeinpsychiatrie als Genesungsbegleiter, ist aber ein Ex-Forensiker und das ist ein gutes Konzept, aber es hängt wirklich von den Personen ab. KL\_1

Ich weiß natürlich auch, dass bei Ihnen, ich kenn ja [Klinikleitung KFP Rostock], dass bei Ihnen viel 64er sind in Rostock. Spielt sicherlich auch ne Rolle immer bei Genesungsbegleitung, dass man son bisschen natürlich auch auf die individuelle Krankheitsvita guckt, was eben für die Klinik tatsächlich auch hilfreich ist. Bei uns ist eben, sag ich mal, Hauptdiagnosen, das sind ja im Bereich der einstweiligen Unterbringung, also das ist bei uns noch nicht rechtskräftig, die meisten Patienten, aber die meisten, sind ganz klar dann später werdende 63er Klientel. Die Psychoseerkrankungen dann natürlich bei uns mind. 80% der Patientenklientel ausmachend sind. Und das ist dann sicherlich auch wichtig bei der Auswahl der Genesungsbegleiter, was hab ich für, was hab ich für Patienten. Was haben die für Erkrankungen? Weil da geht's ja gerade darum, dass eben aus der eigenen Erkrankungserfahrung dann Profit in die, in die Stationseinheit mit einfließt eben. Das ist eben denk ich mal auch wichtig, dass man, dass man das anpasst, ne. Wenn man jetzt, keine Ahnung, ne Unit wäre, die jetzt nur, keine Ahnung, gäb's jetzt in der Forensik eher nicht, aber ich sag jetzt einfach mal spinnert, wir hätten nur Essgestörte oder nur Depressive, dann wär er sicher nicht der richtige Mann. Dann wäre jemand, der natürlich irgendwie aus diesem Erkrankungsspektrum selber kommt, wäre dann eben viel sinnvoller. Das wäre dann sicher eben auch sehr bedeutsam auch. KL\_2

Und in einer Suchtklinik, in einer Suchtklinik, denk ich mal, wo's hauptsächlich um das Thema Entwöhnung, und dann alles, was damit zu tun hat, Affektregulation etc. Eher dann auch so vielleicht persönlichkeitsstrukturelle Defizite, usw. was damit zu tun hat, würde ich dann den Genesungsbegleiterin, den Genesungsbegleiter hinsichtlich seiner eigenen Krankheitsprovenienz sicherlich anders auswählen, ne. Dass Sie sich Patienten nehmen, oder nen Mitarbeiter, es ist ja kein Patient, sondern ein Mitarbeiter, aber als Mitarbeiter würde ich natürlich jemanden nehmen, der, der vielleicht selber mit Sucht oder mit persönlichkeitsstrukturellen Defiziten oder oder. Vielleicht überwiegend vielleicht auch mit Psychotherapie, weniger mit Pharmakotherapie. Also der nen anderen, nen anderen Prägungshintergrund hat. KL\_2

Wir haben jetzt gemerkt... mit den Praktikanten... es muss auch passen. Also jetzt nicht im Sinne von gut oder schlecht, sondern wir hatten jetzt einen Praktikant, der hatte selber einen Psychosehintergrund, hat wunderbar geklappt, wir haben eine Station mit Schwerpunkt auf Psychose-Patienten, das hat wunderbar funktioniert, hat für sich selber aber auch gesagt, dass Abhängigkeitserkrankungen nicht seins wären, das könnte er sich jetzt gar nicht vorstellen, also... so im Sinne von passen. Eigentlich wie mit jedem anderen Mitarbeiter auch... Wohingegen der Praktikant, der, wir hatten selber mit Abhängigkeitserkrankung-Hintergrund, der war auch übergreifend mal mit, wir haben stationsübergreifend Rückfallprophylaxe-Gruppen, wo er mal mitgelaufen ist, wo er meinte, sehr toll, könnte er sich vorstellen. Sowas. PDL\_3

#### 4.4 Hilfreiche Eigenschaften

Ne, da fällt mir jetzt nichts, nicht ein, also ich glaube bei dem qualifizierten Menschen war hilfreich, dass das ein Akademiker war, der also auch die Intelligenz und die Strukturen dafür hatte, sowas auch machen zu können und auch sich seiner Rolle bewusst zu sein, gerade bei Psychose-Kranken ist das glaube ich wichtig. KL\_1

Solche Menschen müssen passen, das haben wir ja auch als Leitung gesehen, ich kann zum Beispiel, ich glaube, das müssen auch diagnosespezifisch passen, wenn ich einen Genesungsbegleiter in der, bei Psychose-Kranken habe, wenn der denen dann erzählt, nimmt keine Medikamente [lacht], oder macht nicht mit oder wie auch immer, kommt sehr drauf an, wie natürlich die Einstellung dieses Menschen zur Behandlung ist und das war vorher unklar und das wussten wir vorher auch nicht so genau. KL\_1

Das, dieser Mensch hätte sich, glaube ich, langfristig, das hat er, glaube ich, in der Praktikumserfahrung auch gespürt, keinen Gefallen damit getan, wenn er das als Job gemacht hätte. Weil er diese sozialen Einschränkungen hatte. Und so eine diskrete Minus-Symptomatik der Erkrankung noch hatte und das ist letztendlich, wäre das sehr stressig für ihn gewesen und sehr anstrengend für ihn gewesen und vielleicht auch nicht ganz gesundheitsfördernd für ihn selber. KL\_1

Was, was sicherlich sehr, sehr wichtig ist .. Genesungsbegleiter in sich ist ja erst mal nur, ich sag mal so, ein Etikett. Das sagt ja noch nichts über die ausführende Person. Und dann mal die, können ja auch solche Bedenken aufkommen in der Richtung, was hat der selber für ne Haltung für die bei ihm bestehenden Erkrankung? Was hat der für ne Haltung zu dem, sag ich mal gemäß der Leitlinien, zu den bestehenden Behandlungsrichtlinien für Psychoseerkrankungen, was hat der für, fürs Selbstverständnis in Bezug auf Institution Psychiatrie in sich? KL\_2

Und da ist es z.B. hier so, dass er da selber positiv in der Richtung gebahnt ist und, glaube ich, auch jemand ist, der selber, aus meiner Sicht, ein sehr reflektierter Mensch, ich weiß gar nicht, von seiner Ausbildung, ich glaub, der hat Abitur. Und hat eine, irgendwas mit Elektro-, ich glaub, Elektrotechnik gemacht. Also da ist von seiner, ich sag mal, von seiner grundsätzlichen kognitiven Ausstattung ist das n, ist das n differenzierter und intelligenter junger Mann, der auch sehr, sag ich mal, der auch sicherlich in manchen Sachen etwas verschoben, aber der achtet sehr auch auf seine, auf sein psychisches Gleichgewicht. Das ist auch jemand, der sich, der mit sich selber achtsam ist, also nicht nur, was geb ich, sondern das auch für sich selber lebt. Der fährt weite Strecken eigentlich hier zur Arbeit, im Sommer mit dem Fahrrad und sagt, das ist für ihn immer ne gute Möglichkeit der Separierung zwischen Privat und Arbeit und und. Also der hat halt viele Dinge in seiner Haltung, die ich sehr, die ich jetzt medizinisch-therapeutisch sehr gut heiße. KL\_2

Und da muss man natürlich wirklich, wenn man jetzt einen Genesungsbegleiter an sich bindet, ist das, glaub ich, ganz wichtig, dass er eben einfach auch guckt, wer füllt, wer füllt diese Jobhülse aus, was ist das für ein Mensch, der da dahinter steht. Ich glaub, das ist sehr wichtig, sich das anzugucken auch. KL\_2

Ansonsten sind das so... eigentlich nach außen hin eher so Kleinigkeiten, dass er halt schon so seinen speziellen Bekleidungsstil hat. Vielleicht manchmal auch bei so... offizielleren Zusammenkünften auch schonmal mit ner, son bisschen leicht ironisch-provokativen Note, aber nie ernstlich böse, also ich find das eher ganz witzig, weil er da son freidenkerischer Typ ist. KL\_2

Uh. Natürlich, also ich, wie gesagt, ich würde, würde sehr, eben es geht sehr um so persönliche Tools, also um weiche Tools der Person in sich. Dass man an, dass man auch schaut, ob man Vertrauen, ne also wie die Passung ist. Wie man so sagt, ob man miteinander kann. Ob das Vertrauensverhältnis ist, denk ich mal sehr wichtig. Eben weil ich das auch wichtig finde, dass da tatsächlich ne Gleichstellung ist im Sinne wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dass da also keine wesentliche Hierarchisierung drinnen ist. Dann die Auswahl auch der Eigenerfahrung aus dem Gesundheitshintergrund, den die Person mitbringt, in Bezug auf das, wo ich sie einsetzen will. Wie da das Korrespondierende ist. KL\_2

Der Herr [Name] ist halt n Künstler auch, d.h. n bisschen verrückt auch. Das ist aber gut, weil er an die Patienten sehr unvoreingenommen rangeht. SL\_1

Und einfach halt, was er halt gut macht ist, mit den Patienten in Kontakt zu kommen und überzeugt dann auch öfter Patienten von irgendwas. Sei es einer Medikamenteneinnahme, einer weiterführenden Einrichtung oder // Dingen. SL\_1  
Wie gesagt, ich war immer wieder im Gespräch mit ihm. Ich war seine Praxisanleiterin und wir haben die Situation reflektiert. Es gab dann auch öfters Situationen, wo ich dachte, da rede ich hinterher mit ihm drüber. Das haben wir dann auch und entweder, ich hab seine Haltung dann einfach nicht verstanden oder meine Kritik stimmte und dann hat er gesagt ok, ich machs anders das nächste Mal, das was du gesagt hast, sehe ich ein. Ja, also die Stärke von dem Herrn [Name PSW] ist tatsächlich das, was unser Chefarzt gerade gesagt hat. Er ist sehr offen in allem, ist ein reflektierter Mensch. Und das hat es uns eigentlich auch einfach gemacht. SL\_1

Auch dieses manchmal etwas Verrückte, ok. Ich kann da gut mit umgehen. Und das Team sagt ja manchmal, da ist er so, dann weisen wir ihn drauf hin. Ne, was für mich halt Akzeptanz ist. [*I: Was meinen Sie denn, wenn Sie sagen, dass er manchmal so ein bisschen, ein verrückt ist?*] Er ist ein Künstler und er hat dann seine Ideen, die haben manchmal nur Hand, aber kein Fuß oder umgekehrt. Aber wir können dann immer gucken, wo finden wir ne Erde. Wissen Sie? SL\_1

Hilfreich waren für mich die Auseinandersetzung. Es kamen dann immer wieder verschiedene Berufsgruppen zu mir und sagten, wie soll ich denn das verstehen, wie mach ich das? Also die Rückmeldung. Und dann wieder die Auseinandersetzung mit ihm, ne. Also was der Chefarzt dann tatsächlich schon gesagt hat, das ist ein sehr offener, selbstreflektierter Mensch. Dem machen auch Kritiken nichts aus, das hab ich selten erlebt. Und .. er selbst war für mich

einfach hilfreich, ne. Aber ich hab mich da auch, sagen wir mal, durchgewurschtelt. SL\_1

#### 4.5 Weitere Empfehlungen

Und alle möglichen Fallen, die Sie ja schon teilweise bemerkt haben mit Personalrat und Führungszeugnis und so, man muss vorher antizipieren, was passieren kann, damit man darauf vorbereitet ist. KL\_1

Was ich, glaub ich, denke, was auf der Formalebene wichtig war, das hatte [Name] ja eben auch gesagt schon, dass er quasi im Stellenschlüssel nicht als Pflegepersonal quasi mitgezählt wird. Und ich sag mal, es können natürlich auch je nachdem, wie gerade Personalschlüssel, wie es mit dem Budget, also rein mit finanziellen Aspekten gerade aussieht, kann, können solche Stellen ja auch zu, ich sag jetzt mal, übergeordnet, zu gewissen Neiddebatten führen, ne, so Pflegepersonal ist zu wenig, aber... KL\_2

Ja, der ist nur auf einer Station eingesetzt, ja. [I: *Ok. Wonach haben Sie denn die Station ausgesucht?*] Ich glaub an der Bereitschaft des Aufzeigens auch in der Praxisanleitung und dass er eben da auch seine Praktikumsphase durchlaufen hat. Also das Team auch da schon kennengelernt hat und auch in dem Bereich, den er quasi schon kennengelernt hat, dass man ihn da nicht verpflanzt, sondern dass man ihn in dem Bereich, dieser, dieser Stationseinheit belassen hat. Das war so ne, so ne der Kontinuität. Also der wird jetzt auch nicht als Springer eingesetzt, dass er da irgendwo rausgezogen wird. Sondern da ist für ihn eben auch so ne Absehbarkeit und Kontinuität in seinem Einsatzgebiet. KL\_2

Ich hatte ja nun... dann halt gelesen, was er machen kann und dann konnte, musste ich auch erstmal gucken, wie ich ihn einsetze, wie ich mit ihm umgehe. Das war einfach Learning by Doing. Und hilfreich war eigentlich eher, dass wenn ich mit den Leuten gesprochen haben und dann geguckt hab, wie er mit den Patienten umgeht, ich mich dann auch eingeklinkt habe. Also wichtig ist die Unvoreingenommenheit für mich. SL\_1

Das läuft, also... Was man noch zum Herrn [Name PSW] sagen muss, da müssten Sie gucken, was Ihr Genesungsbegleiter für jemand ist, man kann ihm nicht fünf Aufträge auf einmal geben, dann ist er an seinen Grenzen. Das heißt, ich hab's mir angewöhnt, mit ihm einmal grob durchzusprechen, was er macht. Und frag dann, ob da alles so klappt und dann geh ich hinterher nochmal und frag, hast du das alles schon geschafft oder nicht. Also da bin ich mit ihm in ner Auseinandersetzung. Oder ich geb ihm nur einen Auftrag, den ich mit ihm bespreche und das reicht. Ne, da merkt man einfach, dass er krankheitsbedingt, Grenzen hat. Aber... das ist für mich jetzt kein Problem. SL\_1

Was wir auch gesagt haben, was man nicht will, wir haben sehr viele Patienten hier.. [...] Man möchte auch nicht, dass es ein Patient wird, also dass der Genesungsbegleiter schon mal vorher Patient auf dieser Station war. Das wollten die Leute nicht, die haben gesagt- [...] wir machen vieles mit. Wir machen alles mit, aber das bitte nicht. Und ich glaube es wäre unklug dann auch gerade das durchzusetzen. [lacht] Im Sinne des Projektmanagement. Einfach um die Hürden der Anpassung oder Angewöhnung für das Team ein bisschen niedriger zu setzen. Die muss man nicht unnötig hoch setzen und sich selber Steine in den Weg legen. PDL\_2

Also, ich glaube, wir haben auch unglaublich viel Glück hier gehabt, dadurch, dass wir mit zehn Jahren noch eine relativ junge Einrichtung sind, dass hier die Leitungen offen sind, die meisten, also die Klinikleitungen und Pflegedirektion und so, der Sache total offen gegenüber stehen und auch mir persönlich viele Freiheiten geben und wenn ich die Idee habe und mit denen bespreche, ok, ich glaube, wir brauchen da Zeit, lasst uns das langsam angehen, es bringt nichts mit der Brechstange zu sagen, bis Ende des Jahres haben wir zehn Genesungsbegleiter, dass ich das dann auch so machen kann. Und dass auch der Dialog mit den Stationsleitungen und so eigentlich gut funktioniert. (...) Und auch den Luxus dieser Stabsstelle, ich weiß nicht wie das bei Ihnen ist, aber hier in [Bundesland] sind wir die einzige Klinik, die sich eine Stabsstelle gönnt, die sich um so was kümmert und auch die Ressourcen hat, sowas zu begleiten. PDL\_3

Und ich muss natürlich gestehen [lacht], am Rande erwähnt, die Stationen, wo natürlich jetzt Praktikanten eingesetzt werden, sind natürlich auch so ausgewählt. Also es gibt jetzt eine Station, da würde ich jetzt nicht, wegen der Leitung, nicht unbedingt einen Praktikanten hin, Sie wissen, was ich meine. Da machen wir zwar Teamschulungen mit EX-IN, das läuft super, keine Frage, aber für ein Praktikum weiß ich nicht. Ob das da so // . Deswegen haben wir da noch immer so ein bisschen Vermeidungstaktik gewählt, fürs erste. Sie wissen, was ich meine. Man will ja auch schlecht einen Praktikanten irgendwie verbrennen. // mit Krankenpflegeschülern oder so. PDL\_3

## Codebuch externe Genesungsbegleiter:innen

Themenbezeichnung	Beschreibung	Textbeispiel	Gegenbeispiel
<b>1 Erwartungen</b>	Vorstellungen vor dem Praktikums- bzw Arbeitsbeginn der Genesungsbegleiter:innen		
1.1 ...der Mitarbeiter:innen	Erwartungen und erste Eindrücke der Mitarbeiter:innen, soweit diese den Genesungsbegleiter:innen beim Kennenlernen vermittelt wurden		
<i>Negative Erwartungen</i>	Vorurteile und Ängste den Genesungsbegleiter:innen gegenüber	Also... eine Sache ist mir dann mal mitgeteilt worden. Man hatte z.B. Angst, dass ich mich als Genesungsbegleiter an den Medikamenten bedienen würde. Ich hab ja auch Zugang zum Medikamentenschrank. Natürlich darf ich das nicht machen, also ich, ich stell keine Medikamente, ich geb die höchstens mal raus, wenn die schon vorbereitet sind, aber mehr auch nicht. Da waren z.B. sehr große Ängste. Und eine Hauptangst, die eigentlich später zu mir kommuniziert worden ist, dass Teammitglieder, also nicht alle, aber vereinzelte Teammitglieder große Sorge hatten, dass ich mich mit den Patienten verbünden würde. Und gegen das Team arbeiten würde. Ich weiß, dass es Genesungsbegleiter durchaus gibt, die solche Ideen im Kopf haben. Die wollen dann von vornherein die komplette Psychiatrie revolutionieren, sag ich mal. (PSW_3)	Nicht gemeint sind negative Erwartungen der Mitarbeiter:innen bezogen auf ihre eigene Arbeit

<i>Positive Erwartungen und Neugier</i>	Positive Vorstellungen von der Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleiter:innen	Ähm, das wurde direkt so gesagt, das haben mir mehrere meiner ehemaligen Behandler gesagt, dass es eine neue Situation für sie ist und dass sie das halt erstaunt. Und dass es aber auch schön ist, mal jemanden zu sehen, dem es ganz offensichtlich gut geht, ja, das wurde eigentlich ganz klar so ausgesprochen. (PSW_2)	Gemeint sind eher Hoffnungen und weniger absolute Überzeugungen zum Gelingen der Implementierung
1.2 ...der Genesungsbegleiter:innen	Vorstellungen und Erwartungen der Genesungsbegleiter:innen im Vorfeld des Praktikums/des Arbeitsbeginns	Also wo ich dann, ich wusste nicht, dass ich in die Forensische Klinik reingehe, geschweige denn in die JVA, ich hab immer gedacht, also früher hab ich so gedacht, das sind Kriminelle, das sind Schlitzohren oder Mörder oder sonst irgendwas, das war so mein Vorurteil, wo ich gehabt hab gegen die JVA und die Forensische Klinik. (PSW_1)	Nicht gemeint sind Erwartungen im Sinne von materiellen Wünschen wie z.B. Erwartungen an das Gehalt
<b>2 Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen</b>	Krankheitsgeschichte, persönliche Vergangenheit und Privates sowie Beschreibung der Umstände, unter denen die Genesungsbegleiter:innen zu ihrer Anstellung kamen Vergangenheit bzw. Krankheitsgeschichte der Genesungsbegleiter:innen , Weg zur Ausbildung; bzw. „gewünschter“ Hintergrund von Seiten der Klinikleitung	Ich war fünfeinhalb Monate in Untersuchungshaft in 2007 bis Anfang 2008. (PSW_2)	Nicht gemeint sind Details über Personen aus dem ehemaligen sozialen Umfeld der Genesungsbegleiter:innen, die nichts mit der Tätigkeit als Genesungsbegleiter:in zu tun haben
<b>3 Implementierung</b>	Einarbeitung, Umsetzung und Realisierung des Einsatzes einer/eines Genesungsbegleiter:in		
3.1 Hilfreiche Eigenschaften	Eigenschaften/Verhaltensweisen, die den Genesungsbegleiter:innen	Und dann hab ich das diesen Hospitationstag gemacht und da merkte man auch, dass ich	Nicht gemeint sind etwa hilfreiche Eigenschaften der Mitarbeiter:innen,

	in ihrem Beruf geholfen haben/ helfen Charakterzüge und Verhaltensweisen der Genesungsbegleiter:innen, die sie für den Beruf qualifizieren	sehr gut auf Menschen zugehen kann. Und dass ich auch überhaupt keine... Hemmungen hab, Menschen anzusprechen, egal in welchem Zustand sie sind. Und... das kam ganz gut an und daraufhin bot man mir dann dieses Praktikum eigentlich an. (PSW_3)	welche die Implementierung erleichtern würden
3.2 Begleitende Gespräche	Bewerbungs-, Verlaufs- und Einstiegsgespräche mit Klinikleitung und externen Personen	Oh, das weiß ich jetzt nicht genau. Ich weiß nur, dass die [Vorname], das ist meine Stationsleitende, eben immer offen für Experimente ist. Und sie einfach das mal versuchen wollte, weil das vorher hier kein Thema in dem Haus war. Und die Voraussetzung war, für das Praktikum, ein Tag der Hospitation, den ich hier machen musste. Das war auch relativ zügig dann angeleiert worden, nach einem zweistündigen Vorstellungsgespräch vor dem halben Haus hier. (PSW_3)	Gemeint sind Vorstellungsgespräche sowie Gespräche im Rahmen der Praktika bzw. Einarbeitungszeit, nicht gemeint sind Supervisionen im Sinne von regelmäßiger Unterstützung und Rücksprache in Form von Gesprächen
3.3 Interaktion mit Mitarbeiter:innen	Kommunikation mit Mitarbeiter:innen, gegenseitiges Kennenlernen		Mit Interaktion gemeint ist Verständigung und weniger Handlung und Gegenhandlung
<i>Vorstellen im Team</i>	Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen beim ersten Kennenlernen der Mitarbeiter:innen	Wir haben mittags eine Übergabe und im Rahmen dieser Übergabe habe ich mich vorgestellt und auch eine grobe Skizze dessen, was Genesungsbegleitung eigentlich kann und beabsichtigt und was ich beabsichtige. (PSW_2)	Nicht gemeint ist „vorstellen“ im Sinne von „sich etwas vorstellen“
<i>Positive Erfahrungen</i>	Anerkennung und Integration der Genesungsbegleiter:innen im Team Akzeptanz der Genesungsbegleiter:innen durch Mitarbeiter:innen, positive Veränderungen der Sichtweisen bzw. Learnings der	Ja, ich heute richtig Teammitglied, ich bin da vollkommen eingebunden. Und hab zu allen einen guten Kontakt einfach. Wie das so auf der Arbeit ist, man beredet ja auch schonmal so persönliche Sachen oder vielleicht, wie man sein Wochenende verbracht hat oder so. Also ich empfinde	Hier nicht gemeint sind positive Erfahrungen im Umgang mit Patient:innen

	Mitarbeiter:innen auf Patient:innen bezogen	das als ein sehr gesundes Umgehen miteinander. Also ich komm hier gern hin. (PSW_3)	
<i>Negative Erfahrungen</i>	Missverständnisse mit Mitarbeiter:innen und enttäuschende Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen Vorbehalte, Unsicherheiten und ablehnende Haltung der Mitarbeiter:innen den Genesungsbegleiter:innen gegenüber sowie Zweifel am Konzept	Es ist vergessen worden, es ist untergegangen, es ist nicht kommuniziert worden, es war auf jeden Fall nirgendwo hinterlegt, dass an dem Tag auf jeden Fall darauf hingewiesen werden muss und eine Rückmeldung an uns gab es eigentlich auch nie. Aber das ist wirklich, das ist eine Stunde in der Woche, das ist Montag, das ist jetzt nicht mein Hauptaufgabenbereich, aber das war etwas was ich, was ich nicht so schön fand, weil wenn man schon danach fragt, ob man da eine Gruppe anbieten möchte, dann denke ich, sollte auch die notwendige Unterstützung geleistet werden. (PSW_2)	Gemeint sind negative Erfahrungen der Genesungsbegleiter:innen mit den Mitarbeiter:innen und nicht negative Erfahrungen der Mitarbeiter:innen
3.4 Ansprechperson	Kolleg:in oder Vorgesetzte:r, den/die der/die Genesungsbegleiter:in bei Fragen und Schwierigkeiten ansprechen kann	Ja auf jeden Fall! Zum einen, dass ich mir sehr sicher sein konnte, dass meine Stationsleitung jederzeit für mich da ist und mir Rückendeckung gibt, dass ich von den Kollegen, auch von denen, die erstmal nicht viel damit anfangen konnten, nicht offen kritisiert worden bin, dass es direkt einen Austausch, einen fachübergreifenden Austausch zwischen der Sozialarbeiterin und mir gab, dass sie sich offen gezeigt hat, für Ideen, die ich einbringen möchte, und dass ich wusste, ich hab Rückendeckung von der Leitung, sowohl vom Team der Ärzte als auch von der pflegerischen Leitung, also ich hab mich da, ähm, ich hab mich da sicher gefühlt. (PSW_2)	Nicht gemeint ist z.B. eine Ansprechperson bei privaten Schwierigkeiten im persönlichen Umfeld der Genesungsbegleiter
3.5 Supervision	Häufigkeit, Struktur und	Das ganze Team ist selten	In Abgrenzung zu „3.4

	Inhalte der Supervisionen	dabei, weil es hat immer wer frei, es ist immer wer krank, es kommen nicht alle aus dem Kreis zur Supervision, ich habe zwei Supervisionen miterlebt, wie gesagt, die sind sehr selten und naja... es geht teilweise auch um Organisatorisches, was meiner Meinung nach in die Supervision nicht reingehört und teilweise auch um... ja es ging um neue Stationskonzepte und solche Geschichten aber so dieses, wie arbeiten wir eigentlich miteinander, das kam mir da zu kurz. [...] (PSW_2)	Ansprechperson“ sind hier feste Termine gemeint; außerdem geht es um die Supervision im Team, nicht nur die des Genesungsbegleiters oder der Genesungsbegleiterin
3.6 Herausforderungen und Schwierigkeiten	Startschwierigkeiten und problematische Situationen aus Sicht der Genesungsbegleiter:innen zu Beginn der Einstellung	Als ungünstig hab ich an für sich, ja,..., also als hilfreich..., es war schwierig abzuchecken jetzt in dem Sinne, dass ich, ich habe ja keine Vorlage gehabt vom Personal, mach das oder das und das und das nicht, ja, sondern es gab nur die grobe Vorlage, das und das darf der Klient, das und das darf er nicht und was du machst ist egal, Hauptsache es bringt was. (PSW_1)	Nicht gemeint sind Schwierigkeiten aufgrund von Einschränkungen durch Erkrankungen der Genesungsbegleiter:innen
<b>4 Aufgaben und Rollenbild</b>	Tätigkeiten, Arbeitsalltag, Funktion der Genesungsbegleiter:innen		
4.1 Inhalte der Arbeit mit Patient:innen	Die Art der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen, Gesprächsthemen und Inhalte		
<i>Beziehungsarbeit</i>	Aufbau des Patientenkontaktes, Herangehensweise der Genesungsbegleiter:innen an unterschiedliche Patient:innen	Also bei den Patienten ist das Interesse immer sehr sehr groß und auch die Akzeptanz, das ist dieses übliche, dieser übliche Vertrauensvorschuss, da ist jemand, der weiß, wie es mir geht, der weiß, wovon er redet, weil, der hat das selbst erlebt. (PSW_2)	Nicht gemeint sind romantische Beziehungen
<i>Gesprächsthemen</i>	Beschreibung der	Ja, von den Patienten, natürlich. Also es gibt	Nicht gemeint sind

	verschiedenen Gesprächsformen und Inhalte, die die Genesungsbegleiter:innen den Patient:innen vermitteln	Patienten, die dann natürlich auch Ängste haben, weil das dann relativ zügig klar wird, dass die wahrscheinlich in den 63er gehen. Und die haben dann Ängste, was erwartet sie da und wer weiß was Gott alles. Und ich bin dann z.B. auch da, dafür da, zu versuchen, den Patienten Ängste zu nehmen. (PSW_3)	Gesprächsthemen zwischen Genesungsbegleiter:innen und Mitarbeiter:innen
<i>Vermittlung zwischen Team und Patient:innen</i>	Vermittelnde Position zwischen Mitarbeiter:innen und Patient:innen; berufliche Funktion als jemand, der sowohl die Patient:innen, als auch die Mitarbeiter:innen versteht	Ja eben, weil das bei mir neu war, gab es das so in dem Sinne nicht, ich konnte halt nur von meiner Erfahrung sagen, dass, ich habe das gespürt in dem Sinne bei mir selber, wo ich sagen konnte, also das kann ich jetzt nicht bei mir behalten, das müssen wir besprechen und das habe ich auch mit dem Personal besprochen. Und andere Sachen... Das war praktischerweise so, wir haben, wo wir quasi sagen konnten, da ist keine Gefahr dahinter. Also wenn keine Gefahr oder kein Suizid dahinter war, ja, dann habe ich gesagt, das kann bei mir bleiben, den Rest muss er besprechen. Aber ich war auch immer in Kontakt mit dem Personal. Ja? Das bedeutet, ich habe zu meinen Klienten gesagt, ich plaudere ein wenig herum mit dem Personal, rede mit ihnen, was für eine Entwicklung da sie machen, ja, was wir unternommen haben und so weiter und so fort und erklär das dem Personal, damit die auch meine Schritte und mein Vorgehen praktischerweise, wenn sie beobachtet sind. Ja. (PSW_1)	Nicht gemeint ist Vermittlung im Sinne von Einflussnahme
<i>Psychoedukation</i>	Informationen und Aufklärung zu den Krankheitsbildern der Patient:innen als wesentlicher Bestandteil	Einmal ist das dann, also wirklich ne explizite Aufklärung über die Erkrankung, wo ich dann auch, ja zur Unterstützung dann schonmal Papier und Stift nehme und irgendwas	Nicht gemeint ist Psychoedukation, die die Genesungsbegleiter:innen selbst erfahren (haben)

	der Arbeit der Genesungsbegleiter:innen	aufzeichne, damit man das so ein bisschen visualisieren kann. (PSW_3)	
4.2 Arbeitsalltag	Ablauf des Arbeitstages		
<i>Rahmenbedingungen</i>	Festlegungen und Absprachen bezüglich des Tätigkeitsfeldes sowie Stationsaufteilung in den jeweiligen Kliniken	Ich mach selbstständige Angebote, ich bin aber Teil des Teams. Bei mir ist es so, ich werde aus dem Budget der Ärzte mitfinanziert, also der Pflege geht nichts verloren dadurch, dass ich da arbeite, das macht es einfacher. Also wenn ich im Team, dann ist das sozusagen on top. (PSW_2)	Nicht gemeint sind Rahmenbedingungen im Sinne von Voraussetzungen bspw. um die Ausbildung bei EX-IN zu absolvieren
<i>Tätigkeiten</i>	Konkrete Aufgaben, Tagesstruktur, von Genesungsbegleiter:innen geleitete Gruppen	Aber danach hab ich mich mit den Klienten selber getroffen. Die waren auch teilweise, weil die ja Erprobung hatten, dass die draußen wieder zurecht kommen, waren die in einer eigenen Wohnung, ja, durften über das Wochenende zum Beispiel in eine eigene Wohnung, oder über so einen Tag, und dann bin ich mit denen... hab ich mit denen halt geredet oder bin mit denen mal Essen gegangen und so weiter, ich hab ihnen sozusagen das Leben fortführend von draußen, hab ich ihnen praktischerweise vermitteln wollen und beibringen wollen. Das war so mein Job, wo ich gehabt hab. (PSW_1)	Nicht gemeint sind etwa Tätigkeiten außerhalb der Arbeit als Genesungsbegleiter:in
4.3 Rollenbild	Es geht um das Selbstbild der Genesungsbegleiter:innen in ihrer beruflichen Funktion als solche	Aber ich bin dann eher so gestrickt, dass ich sag, wenn ich in einem Team arbeite, dann bin ich Bestandteil des Teams und arbeite nicht gegen das Team. Und meine Idee war dann eher so... so'n Zwischenstück zu sein. Das heißt, auf der einen Seite bin ich natürlich viel für die Patienten da, erzähl den Mitarbeitern auch manchmal, wie das so bei mir war, wie ich das wahrgenommen habe, als ich selber Patient in der	Nicht gemeint ist eine soziale Rolle, die der Genesungsbegleiter zu spielen hätte

		<p>Psychiatrie war. Aber das mach ich nicht um zu belehren, in irgendner Form, das mach ich dann auch oft auch auf so ne humoristische Art. Aber das mach ich dann auch, damit die Teammitglieder oder Mitarbeiter sich das so'n bisschen vorstellen können, wie das ist, wenn man in so ner Psychose drinsteckt. (PSW_3)</p>	
<b>5 Selbstfürsorge</b>	Strategien der Genesungsbegleiter:innen, ihre mentale Gesundheit zu fördern und zu bewahren		
5.1 Abgrenzung	Schutz vor emotionaler Überforderung im Arbeitskontext, Umgang der Genesungsbegleiter:innen mit Gefühlen gegenüber Patient:innen	<p>Also ich kann, ich kann, das ist ganz wichtig für alle Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten. Wir hatten hier auch schon eine Mitarbeiterin, die konnte das nicht so gut. Das ist also natürlich nicht nur bei Genesungsbegleitern ne Gefahr, das ist bei allen ne Gefahr. Aber das, ich, ich denke, dass das absolut wichtig ist, dass man sich richtig abgrenzen kann. (PSW_3)</p>	Nicht gemeint ist emotionale Distanzierung innerhalb der Kommunikation mit Patient:innen
5.2 Rituale, Tagesstruktur, Pausen	Eingeübte Verhaltensmuster, die den Genesungsbegleiter:innen helfen, ihren Alltag zu strukturieren und Sicherheit geben	<p>[...] Und wenn ich dann so ein Gespräch hab, brauch ich ne Pause. Das heißt, ich geh dann nach dem Gespräch ins Stationszimmer, wo dann in der Regel zwei von der Pflege sitzen. Bei uns muss jede Station mit zwei Pflegern, oder Pflegerinnen besetzt sein. Und dann... sage ich kurz, dass ich jetzt aus dem gerade genannten Grund mal ne Pause brauch. Weil man kann ja nicht irgendwie, ich bin hier im Schnitt sechs Stunden am Tag und man kann nicht sechs Stunden nur zuhören und Kommunikation betreiben. Ich vermute mal,</p>	Hier nicht gemeint sind von der Klinik vorgegebene Tagesstrukturen oder Pausen

		<p>dass das eigentlich kein Mensch richtig kann. Und dann nehme ich mir auch die Pause einfach und da wird mir von der Pflege oder auch von meiner Vorgesetzten immer wieder gesagt, dass ich auch mal einfach... rausgehen kann. Und das mach ich auch ab und zu mal, wenn ich z.B. so ein Gespräch hatte. Dass ich dann einfach mal für zehn Minuten oder ne Viertelstunde mich dann in den Hof setze um so ein bisschen Luft ans Hirn kommen zu lassen. [...]</p> <p>(PSW_3)</p>	
5.3 Hobbies	Freizeitbeschäftigungen bzw. Formen des Ausgleichs zur Arbeit als Genesungsbegleiter:in	<p>Nein, das ist nicht das Einzige, was ich für mich gutes tue, ich habe, hier vor ein paar Jahren, habe ich mir zwei Hunde angeschafft, weil ich hab depressive Tendenzen und wenn ich keine Drogen und keinen Alkohol konsumiere, sind die stärker, als wenn ich die abdichten würde, ganz klar, das ist nachteilig in meinem Fall, und diese Hunde zwingen mich natürlich dazu, mehrmals am Tag auch tatsächlich vor die Tür zu gehen, ansonsten würde nur zur Arbeit ausstehen, so tue ich das auch in meiner Freizeit, weil ich eben diese Verpflichtung habe, für die zu sorgen und damit Sorge ich auch gut für mich und bringe mich auch mit anderen Menschen ins Gespräch, also, die wirken meinen Rückzugstendenzen entgegen, ja. (PSW_2)</p>	Nicht gemeint sind Freizeitbeschäftigungen der Mitarbeiter:innen oder der Patient:innen
<b>6 Empfehlungen</b>	Textstellen, welche als Empfehlungen für zukünftige Projekte zu		

	verstehen sind		
6.1 Persönliche Eignung des Genesungsbegleiters	Empfehlung zur Auswahl der/des Genesungsbegleiter:in aufgrund von individuellen Eigenschaften und persönlichen Haltungen (z.B. ggü. psychiatrischen Institutionen, Teamfähigkeit...)	[...]Und da fand ich halt wichtig, ich bin ein sehr authentischer Mensch, ich merk dann einfach, dass ich weiß, was richtig ist, im richtigen Moment, ja, und das hat mir geholfen, darüber hinweg zu kommen und ich glaube, das ist das Wichtigste, wo ein Genesungsbegleiter, grade in der Forensischen Klinik, braucht, dass er halt authentisch und wahrheitsgetreu ist, ja, dass er einfach weiß, was er in jeder Situation gefühlt-mäßig tun muss, ja. (PSW_1)	Nicht gemeint sind z.B. Fähigkeiten, die nicht unmittelbar etwas mit der Eignung als Genesungsbegleiter:in zu tun haben
6.2 Freies Arbeiten	Möglichkeiten der Genesungsbegleiter:innen, unkonventionell und weitgehend unabhängig vom etablierten psychiatrischen Hilfssystem zu arbeiten	[seufzt] Ich sag nur so, ihr habt eine irrsinnige Herausforderung... Die erste Herausforderung ist, ich war extern, ihr habt den im System drin, ihr habt die Herausforderung, den Genesungsbegleiter seinen Job machen zu lassen, so, wie er es gelernt hat und ihn etwas zu trennen von diesem psychiatrischen System, (PSW_1)	Nicht zwangsläufig gemeint ist „freies“ Arbeiten im Sinne von „nicht fest angestellt“ (wie z.B. „freie Journalist:innen“)
6.3 Gegenseitiger Respekt	Gegenseitiges Vertrauen und Respekt gegenüber der jeweils anderen Berufsgruppe	Das ist überall individuell. Jede Klinik ist anders, da kann ich gar nichts sagen, das Wichtigste ist halt einfach auch, so wie beim Klient und beim Genesungsbegleiter der Respekt sehr wichtig ist, ja, so ist das auch wichtig und das finde ich eigentlich das Allerwichtigste, wenn ihr gegenüber dem Genesungsbegleiter und der Genesungsbegleiter gegenüber euch irrsinnigen Respekt habt, vor eurer Arbeit und vor der Arbeit des Genesungsbegleiters, ich glaube, dann habt ihr gute Karten. (PSW_1)	Hier nicht gemeint ist der Respekt gegenüber Patient:innen
6.4 Information und	Transparente	Ne Vorabinformation. Das	Hier ist nicht

Vorbereitung des Teams	Kommunikation über den Inhalt der Arbeit und den Hintergrund des/der Genesungsbegleiter:in	heißt, dass man das Team, wo die Genesungsbegleitung eingesetzt werden soll, explizit informiert bzw. wenss so ne, also ich weiß nicht, so ne Art Vorabinformation, was ist das eigentlich, worum geht's da? Und dass man die Teammitglieder vorab mit ins Boot holt. Alle wird man nie mit ins Boot holen, aber einen Teil wird man mit ins Boot holen, das find ich sehr wichtig. (PSW_3)	Information durch die Genesungsbegleiter:innen selbst gemeint, sondern durch höhere Führungsebenen wie z.B. die Klinikleitung
6.5 Klare Absprachen	Wichtigkeit von festgelegten Rahmenbedingungen, Ansprechpersonen und Regeln der Zusammenarbeit zwischen Team und Genesungsbegleiter:in	Weil sonst gibt es so ein Kuddelmuddel und ich halt gemerkt in meiner Tätigkeit, das muss sehr gut strukturiert sein und das muss sehr klar sein, die Linie, wie ein Genesungsbegleiter zu funktionieren hat, weil sonst endet das im Chaos. Und das seh ich halt auch als Gefahr, wenn man Genesungsbegleiter in die Forensik, gerade in die forensische Klinik reintut und da nicht genaue Richtlinien hat, das, das, (...) da macht man mehr kaputt wie es recht ist, ne? (PSW_1)	Hier nicht gemeint sind Absprachen mit Patient:innen bspw. über Gesprächszeiten

## 1 Erwartungen

### 1.1 ...der Mitarbeiter:innen

#### Negative Erwartungen

Jaja, klar, es waren schon ein paar, was heißt Befürchtungen, es ist halt da seltsam, weil diese Station ist jetzt geteilt worden in den Akutbereich und in den Thera...ähm, die Entgiftung Alkohol, diese Station war vorher zusammen, also eine große, und das ist die Station auch in der ich auch diese zweieinhalb Jahre stationär 64er gemacht habe, die 64er Frauen sind inzwischen woanders hingezogen, also es sind dieselben Räumlichkeiten und aus der Akutstation sind auch teilweise noch dieselben Mitarbeiter, also nicht alle sind bis jetzt raus in die neue Station gezogen, sondern ein Teil ist wieder auf dieser Station geblieben und als ich da rüber gegangen bin, haben mich meine ehemaligen Behandler, naja das Erstaunen war bei denen schon, was heißt groß, es gab eine spürbare Irritation, dass jemand, der vorher halt Patient war nun Kollege ist.  
PSW\_2

Also... eine Sache ist mir dann mal mitgeteilt worden. Man hatte z.B. Angst, dass ich mich als Genesungsbegleiter an den Medikamenten bedienen würde. Ich hab ja auch Zugang zum Medikamentenschrank. Natürlich darf ich das nicht machen, also ich, ich stell keine Medikamente, ich geb die höchstens mal raus, wenn die schon vorbereitet sind, aber mehr auch nicht. Da waren z.B. sehr große Ängste. Und eine Hauptangst, die eigentlich später zu mir kommuniziert worden ist, dass

Teammitglieder, also nicht alle, aber vereinzelte Teammitglieder große Sorge hatten, dass ich mich mit den Patienten verbünden würde. Und gegen das Team arbeiten würde. Ich weiß, dass es Genesungsbegleiter durchaus gibt, die solche Ideen im Kopf haben. Die wollen dann von vornherein die komplette Psychiatrie revolutionieren, sag ich mal. PSW\_3

Nein, im Praktikum nicht. Also man hatte mir nur irgendwann, als ich dann schon zwei Wochen auf der Station war kommuniziert, dass es... also sehr kontrovers diskutiert worden ist, bevor ich überhaupt zu diesem Praktikum eingeladen worden bin. Während des Praktikums hab ich keinerlei... Antipathie gegenüber mir gespürt oder mitbekommen. Und als ich dann schon eingestellt war, kamen... ziemlich viele von den Mitarbeitern zu mir, die vorher komplett dagegen waren. Die große Ängste haben, die das dann aber zu mir kommuniziert haben und sagten: Hey Mann, ich hab da voll die Vorurteile gehabt und Ängste gehabt. Aber jetzt bin ich froh, dass du da bist. PSW\_3

Also ich kann da nur ein Beispiel nennen, wir haben eine Mitarbeiterin bei uns im Haus, die war, ich glaub zwölf Jahre Berufssoldatin. Und die war richtig dagegen, das hat sie mir dann irgendwann kommuniziert. Und das war soweit, dass sie vor dem Praktikum sogar zum Pflegedienstleiter gegangen ist und ihre Ängste und Sorgen geäußert hat und eigentlich dagegenwirken wollte, dass ein Genesungsbegleiter kommt. Und im Vieraugen-Gespräch sprachen wir dann mal und da hat sie mir das z.B. alles erzählt. Weil wir auch ein ziemliches Vertrauen zueinander haben. PSW\_3

### Positive Erwartungen und Neugier

Es gibt auch eine gewisse Neugier und gab auch persönliches Interesse, was // Sie inzwischen so und schön, dass es Ihnen gut geht, da kann man, vereinheitlichen lässt sich das irgendwie nicht, da waren die Reaktionen ganz unterschiedlich. PSW\_2

Das wurde direkt so gesagt, das haben mir mehrere meiner ehemaligen Behandler gesagt, dass es eine neue Situation für sie ist und dass sie das halt erstaunt. Und dass es aber auch schön ist, mal jemanden zu sehen, dem es ganz offensichtlich gut geht, ja, das wurde eigentlich ganz klar so ausgesprochen. PSW\_2

Mir hat auf der einen Seite geholfen, dass... es einige Mitarbeiter im Team gab, nicht alle, aber einige, die neugierig auf mich waren. Und die gucken wollten, was passiert denn jetzt hier, wenn der Genesungsbegleiter bei uns auf der Station ist. Das hat auf jeden Fall geholfen, wenn jetzt das komplette Team dagegen gewesen wäre und von vornherein alle gesagt hätten ok, das ist jetzt so, aber das wollen wir nicht, dann hätte ich's sehr schwer gehabt in der Anfangsphase aber es gab, sagen wir mal, ungefähr die Hälfte des Teams, die einfach neugierig waren. Was passiert hier mit dem neuen Projekt Genesungsbegleitung. Das hat geholfen. PSW\_3

Ja, sie, sie waren interessiert an mir, also auch an meiner eigenen Geschichte. Sie waren interessiert, was das denn jetzt überhaupt für ne Ausbildung ist, die ich da gemacht hab. Und (...) sowas eben. Also... also man wollte eben wissen, wie ist das eigentlich, wenn man jetzt Genesungsbegleiter ist. Und welchen Inhalt hat die Ausbildung und wie ist man eigentlich da hingekommen, dass man überhaupt in der Lage ist, sowas überhaupt heute zu machen? Weil viele, die jetzt im klinischen Kontext arbeiten, lernen die Patienten in Akutphasen kennen und wenn die dann vielleicht mal wieder irgendwie stabil oder halbwegs gesund sind, dann lernen die die ja meistens gar nicht kennen. Und jetzt war ich dann hier auf Station als jemand, der plötzlich so sagen wir // da war schon großes Interesse da, das so zu verstehen, wie das, wie das funktioniert hat. Also es war eigentlich Lernbereitschaft da auch. PSW\_3

### 1.2 ...der Genesungsbegleiter:innen

Also wo ich dann, ich wusste nicht, dass ich in die Forensische Klinik reingehe, geschweige denn in die JVA, ich hab immer gedacht, also früher hab ich so gedacht, das sind Kriminelle, das sind Schlitzohren oder Mörder oder sonst irgendwas, das war so mein Vorurteil, wo ich gehabt hab gegen die JVA und die Forensische Klinik. PSW\_1

Aber es war jetzt nicht so eine persönliche Einstellung, wo ich gesagt habe, mit Forensischer Klinik will ich gar nichts zu tun haben oder, oh Gott, ja, was passiert da, [...]. PSW\_1

[...] und das habe ich dann schon gemerkt oder gedacht, wie reagiert da jetzt das Personal drauf, wenn da ein Genesungsbegleiter kommt, sagen die auch, wer bist du eigentlich, du bist doch Patient hier, aber das war nur ein Vorurteil, das hat sich gleich wieder beschwichtigt, weil das ist nie aufgetreten. Ganz im Gegenteil, sie haben mich mehr als gleichwertig angeschaut wie dass sie gesagt haben, ich bin da ein Patient. PSW\_1

Und zu meiner Idee, also mir ist es ja während der Unterbringung, mir ist es ja gutgegangen, ich hab mich eigentlich darauf gefreut, die Station wiederzusehen und ich habe natürlich die ganzen laufenden Veränderungen registriert und habe viele Vergleiche angestellt, aber, ich habe gemerkt, also ich geh da nach wie vor gerne hin und diese Räumlichkeiten... wirken sich für mich eher positiv aus, weil ich hab das Gefühl, ich beweg mich auf einem sehr vertrauten Terrain. PSW\_2

Also ich persönlich hatte eigentlich Neugier. Ich hatte weder Hoffnungen noch irgendwelche Ideen, wie das abläuft. Weil das Thema für mich völlig fremd war. Und ich bin dann hier eigentlich hingekommen, wie ich das eigentlich im Privaten auch mach, wenn ich irgendwo hingeh, wo ich nicht weiß, was mich erwartet, hab ich auch keine Erwartungshaltung. Und dann guck ich einfach mal, was so passiert. PSW\_3

## 2 Hintergrund der Genesungsbegleiter:innen

Also mein Name ist [Name], ich selber habe keine forensische Erfahrung jetzt als Patient, sondern ich hab einfach eine Psychose gekriegt. Bin damals, durch die Psychose, dadurch dass ich Stimmen gehört hab, von einer Brücke runtergesprungen und hab auch mein Leben wieder aufgebaut, hab die Industriekaufmann noch nachträglich gemacht und hab dann auch länger gearbeitet, geringfügig, habe Rente bekommen, habe dann die Ausbildung 2010 zum Genesungsbegleiter gemacht. Als Genesungsbegleiter, jetzt auf das Thema wieder zurückzukommen, hab ich in [Ort] gearbeitet, oder hab ich Praktikum gemacht und das war so teilforensische Wohnheim, ja also da waren auch Leute im Maßregelvollzug untergebracht und dann, ich glaube 2012 war das, habe ich einen Vortrag gehalten in der Psychiatrie [Ort] von meiner Arbeit, ich war rund um [Region] der erste Genesungsbegleiter, wo die Ausbildung gemacht hat und dieser Sozialarbeiter, wo ich diesen Vortrag geleitet hab, der hat selber zu mir gesagt, Mensch, Herr [Name], habe hier niemanden in der forensischen Klinik, können Sie nicht dort übernehmen? Und so bin ich in die forensische Klinik reingerutscht und, ja? PSW\_1

Und dann war das eben neu in der Forensischen Klinik, jemand über extern praktischerweise in die forensische Klinik reinzutun, der Genesungsbegleiter ist. Das gab es so in dem Sinn noch nicht, ja, auch hier in ganz Deutschland nicht. PSW\_1

*[I: Sind Sie aktuell in der Forensik noch als Genesungsbegleiter tätig?]* Noch-, bis jetzt noch nicht, weil ich hab nochmal, nachdem mein Vater gestorben ist, 2018, hab ich mir das Fersenbein nochmal gebrochen, hab so, so schlimme Frakturen // und dadurch bin ich jetzt körperlich so eingeschränkt, dass nur noch 150 Meter laufen kann am Tag. PSW\_1

Naja wie gesagt, es ist so gewesen... der erste Bereich oder der erste Kontakt mit der Forensischen Klinik war praktischerweise durch den Vortrag. Ja, dass der Sozialarbeiter gesagt hat, hey, wir haben hier jemanden in der Forensischen Klinik. Dann hab ich mal so ein Selbstcoachingtreffen gehabt, mit Leuten, da war ein Sozialarbeiter dabei von der Forensischen Klinik und der hat gesagt, was, du bist Genesungsbegleiter in der Forensischen Klinik gewesen, das hab ich gar nicht gewusst, dass es sowas bei uns gab. Der war auch in der [Klinik-Name] und der hat gesagt, Mensch, das findet der super, da hab ich ihm meine Homepage gegeben, hat er sich durchgelesen, hat er gesagt, Mensch, da hätte ich dir bis zu drei Klienten, wo du bei mir begleiten könntest, ne und dann hab ich gesagt, gut, OK, mach ich, ist kein Problem, ne, und so bin ich halt wieder in die Forensische Klinik gekommen. Also das hat sich mehr so ergeben, das war jetzt nicht so gezielt suchen oder ne, ne Bedingung, ein Schreiben aufzusetzen, sondern es war wirklich so, dass die gesagt haben, wir haben jetzt gerade Bedarf, ob ich es mit vorstellen könnte, das zu machen. PSW\_1

Ja. Ähm, ich bin selber seit meinem elften Lebensjahr mit psychischen Auffälligkeiten und ab meinem vierzehnten mit Sucht unterwegs gewesen und habe, ja, eine // Jahrzehnte dauernde Kenntnis mit einigen Phänomenen und Erscheinungen und Diagnosen auch und natürlich auch mit dem Hilfesystem. Ich habe zwei Langzeittherapien gemacht zur Bewältigung der Sucht, erfolglos, und habe dann, von 2008 bis 2011, insgesamt vier Jahre, eine Unterbringung nach §64 im Maßregelvollzug in [Ort] in der [Klinik] gemacht. Ich war da zweieinhalb Jahre stationär und nochmal eineinhalb Jahre in Dauerbeurlaubung in einer Nachsorgeeinrichtung und habe nach meiner Entlassung im Jahre 2011 erstmals von der Möglichkeit, sich zum Genesungsbegleiter weiterbilden zu lassen, erfahren. Das habe ich dann von 2012 bis 13 gemacht und seitdem bin ich auch als Genesungsbegleiter tätig. PSW\_2

Ich war fünfeinhalb Monate in Untersuchungshaft in 2007 bis Anfang 2008. PSW\_2

Da habe ich nach einem Jahr aufgehört, weil ich was anderes angeboten bekommen habe, ebenfalls als Genesungsbegleiterin, ich bin bei einem Anbieter von EX-IN [Ort] gewesen und habe dort die Praktikumsbegleitung

gemacht und die Praktikumsabschlussgespräche mit den Praktikumsgebern und den Praktikanten und Praktikantinnen gemeinsam. Danach bin ich erstmal selber wieder krank geworden, da hatte ich ne Pause und dachte, ich muss erstmal was anderes machen und habe zwei Jahre in einer privaten Arbeitsverbindung gearbeitet, ich hab gedacht, naja, auch da hilft man wieder Menschen ins normale Leben zurückzufinden, daher fand ich das sinnvoll und dann hab ich gemerkt, ich hätte ganz gern wieder Kontakt zu Patienten und deshalb habe ich mich dann auf diese Tätigkeit, die ich jetzt habe, beworben, weil das, neben all diesem habe ich von Anfang an auch immer in der Fort- und Weiterbildung von forensisch Tätigen gearbeitet, das heißt, ich hab also überproportional viel Kontakt durch Profis in der Forensik oder auch der Psychiatrie ganz allgemein, aber zwischendurch zu wenig, für mein Gefühl, Kontakt zu den Klienten und Patienten. PSW\_2

Ich wusste, wir haben hier in [Bundesland] zwei große Landschaftsverbände, das sind auch die Träger der forensischen Kliniken. Ich wusste, aus meinem Netzwerk, dass beide Landschaftsverbände ein Projekt auflegen zur Implementierung von Genesungsbegleitern und in [Landkreis], die haben sich vorgenommen, ein bis zwei Genesungsbegleiter pro Klinik, das ist jetzt nicht nur Forensik, sondern die Kliniken ganz allgemein, zwei Genesungsbegleiter pro Klinik ist jetzt nicht überragend viel, aber ein Anfang. Und dieses Projekt war auf zwei Jahre angelegt und wird auch begleitet und wahrscheinlich auch evaluiert und der Landschaftsverband [Ort], der macht etwas ähnliches, die haben es etwas anders angegangen, die haben Kliniken gefragt, wer teilnehmen möchte, viele Kliniken haben sich gemeldet und arbeiten halt ähnlich. Es gibt alle paar Monate so einen Austausch klinikübergreifend zwischen uns Genesungsbegleitern, das wird moderiert und daher wusste ich, dass die Klinik in [Ort] Genesungsbegleiter sucht. Ich bin da auch regelmäßig auf Fachtagungen und da bin ich auch mit einigen ins Gespräch gekommen und man hat mich halt ermutigt, mich zu bewerben, hab ich auch gemacht und bin auch aus dem Stand genommen worden, weil ich mich halt, ich war da auch als Patientin bekannt, als erfolgreiche Patientin, und man hat auch ein Stück weit verfolgt, was macht Frau [Name] denn jetzt, das war also sehr leicht für mich, da anzufangen. PSW\_2

Ja, also ich heiß [Vorname Nachname], bin 48 Jahre alt und hab meine erste schizophrene Episode, also ich hab ne Schizophrenie, die hatte ich 1999, ich hatte insgesamt vier Episoden und die letzte war jetzt vor gut zehn Jahren...[...] ... 2009. Und ich war bei allen vier schizophrenen Episoden stationär. Erst auf der geschlossenen und dann auf der offenen Station und die Ausbildung zum Genesungsbegleiter hab ich in dem Jahr 15, 16 gemacht. PSW\_3

Und, das Praktikum, das erste Praktikum hab ich eigentlich im Anschluss an die Ausbildung im März 2017 gemacht. Hier in der Forensik in [Ort].[...] Und das lief sehr gut, sodass man mir anbot, auch das zweite Praktikum direkt hier im Anschluss zu machen. Das hab ich dann auch 2017 gemacht, das war dann im Juni, Juli. [...]Und das lief auch sehr gut, also ich bin dann sehr gut zurechtgekommen, auch mit den ganzen Teammitarbeitern. Sodass man mir dann von der Klinik aus angeboten hat, hier im September 2017 mit einer 60%-Stelle einzusteigen. [...] Ich hab dann, wie das hier so üblich ist, erstmal nen Zwei-Jahres-Vertrag bekommen, d.h. befristet. [...] Der wäre zum 31.08. diesen, äh letzten Jahres ausgelaufen aber schon im März hatte ich die Entfristung unterschrieben. Das heißt, ich hab jetzt nen unbefristeten Vertrag auf ner 60%-Stelle hier in [Ort], in der [Klinik]. [I:Ok. Haben Sie selber auch im Rahmen Ihrer schizophrenen Erkrankung Erfahrungen mit Forensik gemacht, oder mit JVA?] Ich hatte keine Erfahrungen mit der Forensik gemacht. [...] Wobei ich aber dazusagen muss, dass vor allem bei der ersten Psychose, die ich erlebt hab, wenn da ein paar Parameter innerhalb des Wahnerlebens anders gelaufen wären, wäre ich auch in den 63er gewandert. Das weiß ich heute.[...] Und auf Deutsch gesagt, ich hatte richtig, richtig viel Glück. PSW\_3

Das war so, dass ich die Ausbildung gemacht hab und normalerweise ist das ja so, dass die Praktika während der Ausbildung gemacht werden. Jedenfalls bei uns, wo ich das gemacht hab. Ich arbeite aber nebenbei noch sagen wir mal, relativ professionell in der Kunstszene. Und hab dann irgendwann überlegt, dass ich die Praktikums, oder Praktika, Praktikums ist falsch, Praktika im Anschluss der Ausbildung machen möchte, weil ich dachte, dann kann ich das so en bloc machen. Das heißt, nicht irgendwie über ein halbes Jahr zweimal die Woche auf Station, sondern wirklich vier, fünf, sechs Wochen jeden Tag auf der Station unterhalb der Woche. PSW\_3

### **3 Implementierung**

#### 3.1 Hilfreiche Eigenschaften

[...] und die haben halt auch gesagt, das ist schon sehr wertvoll gerade in der JVA, dass diese Leute, wo in der JVA Häftlinge sind, dass die halt durch mich beruhigt werden, dass die nicht mehr so auffällig sind und ja, das war der Vorteil. PSW\_1

Vielleicht halt auch, weil ich sehr gute Erfahrungen gemacht habe in der Psychiatrie, selber als Patient und klar wird man bevormundet, klar guckt man in die Schublade rein, so das ist ein kleines Kind, das muss jetzt mal darauf hören, was wir sagen, ne, das ist schon so eine Schwierigkeit in der Psychiatrie, dass man sich so vorkommt, als wäre die ganze Lebenserfahrung nichts mehr wert. PSW\_1

Aber das sind so Sachen, wo ich dann sagen muss, da habe ich halt sehr viel Erfahrung damit gehabt, wie man den Mensch wieder runterbringt und das war meine einzige Chance, da überhaupt unbeschadet das zu überstehen, ne. PSW\_1

Und andererseits habe ich dann heute aber auch einen sehr guten Zugang zu den Patienten, weil ich mich da ganz gut reindenken kann. PSW\_3

Und dann hab ich das diesen Hospitationstag gemacht und da merkte man auch, dass ich sehr gut auf Menschen zugehen kann. Und dass ich auch überhaupt keine... Hemmungen hab, Menschen anzusprechen, egal in welchem Zustand sie sind. Und... das kam ganz gut an und daraufhin bot man mir dann dieses Praktikum eigentlich an. PSW\_3

Und was... das hat aber eigentlich was mit mir zu tun, ich weiß, dass es viele Menschen gibt, auch in der Psychiatrie, die dort arbeiten, die, sagen wir mal, Geheimnisse nicht so direkt für sich behalten können, was innerhalb des Teams abläuft. Die machen das nicht transparent zu den Patienten. Aber den Flurfunk nennt man das hier im Ruhrgebiet, Klatsch, Tratsch. Ja, und das ist ne Art von mir, dass ich z.B. nie über jemanden negativ rede, wenn der nicht im Raum ist. Das, ist eigentlich so für Genesungsbegleiter auch so von Vorteil, weil ich glaube, so grade in der Anfangsphase werden Genesungsbegleiter ein bisschen mehr beäugt als beispielsweise der Psychotherapeut. PSW\_3

### 3.2 Begleitende Gespräche

Nein, es gibt die obligatorische Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die kriegt da jeder verpasst, egal ob der in der Allgemeinpsychiatrie, der Forensik oder der Verwaltung landet, das hab ich auch bekommen, zuzüglich der Brand- und Hygienebestimmungen und –fortbildungen und es gab ein Gespräch... außer mir haben noch zwei weitere Genesungsbegleiter in der Klinik gearbeitet, es gab ein Gespräch mit der Leitung, so nach einigen Monaten, um sich mal anzuhören, wie es uns jetzt geht auf den Stationen und wie wir unseren beruflichen Alltag so sehen und wir mussten einmal, nein, wir mussten nicht, wir wurden gebeten, vor einem Kranken//ausschuss nochmal unsere Arbeit vorzustellen, ansonsten, ich arbeite da so vor mich hin. PSW\_2

Meine Anleiterin empfahl mir dann irgendwann mal, mich in der [Klinik] in [Ort] zu melden, bei einer Dame, die in [Ort] also für die Allgemeinpsychiatrie auch zuständig ist für Genesungsbegleiter. Da habe ich mich dann beworben, hab dann auch ziemlich schnell ein Gespräch gehabt. Da hatten wir dann ein zweistündiges Gespräch gehabt, weil wir von Höckskes auf Stöckskes gekommen sind. Da erzählte ich dann u.a. auch von meinem Menschenbild so, was relativ gut ausgeprägt ist. Und daraufhin wurde ich dann von der Frau [Name], das ist die aus der Pflegeentwicklung und Pflegeforschung der [Klinik], ob ich ein Interesse hätte, das Praktikum in der Forensik zu machen. Und zwar hatte sich das so ergeben, dass die Stationsleitende, also meine heutige Vorgesetzte, eine Fortbildung gemacht hatte in Sachen EX-IN-Genesungsbegleitung. Und die hatte dem hiesigen Pflegedienstleiter mal informiert oder nachgefragt, ob es möglich ist, dass z.B. ein Genesungsbegleiter mal hier Praktikum macht, sofern einer gefunden wird, wo man sich das vorstellen könnte. Und letztendlich ist es auf so ne Art Empfehlung entstanden. PSW\_3

Oh, das weiß ich jetzt nicht genau. Ich weiß nur, dass die [Vorname], das ist meine Stationsleitende, eben immer offen für Experimente ist. Und sie einfach das mal versuchen wollte, weil das vorher hier kein Thema in dem Haus war. Und die Voraussetzung war, für das Praktikum, ein Tag der Hospitation, den ich hier machen musste. Das war auch relativ zügig dann angeleiert worden, nach einem zweistündigen Vorstellungsgespräch vor dem halben Haus hier. PSW\_3

Ja, ich hatte das erste Praktikum. Dann gab es zum Ende des ersten Praktikums ein Feedback-Gespräch, da war der Pflegedienstleiter da, meine Stationsleitung, zwei von der Pflege, wer war denn noch da? Dann die Frau, die für die Entwicklung und Forschung der Psychiatrie hier in [Ort] ist. Dann gabs ein Feedbackgespräch und... da äußerte man mir gegenüber, dass das sehr, sehr gut gelaufen ist und daraufhin kam ja das zweite Praktikum und nach dem zweiten Praktikum

oder am Ende des zweiten Praktikums gabs noch ein Feedbackgespräch bzw. es gab eigentlich zwei. Es gab ein Feedbackgespräch vom Team, wo ich nicht dabei war. Und da wurde darüber diskutiert, wie man das jetzt als Team wahrgenommen hat. Auch die Mitarbeit und Zusammenarbeit mit mir. Und dann gab es noch ein folgendes Feedbackgespräch, wo ich dann auch dabei war. Und da wurde dann auch geäußert, dass man sehr, sehr zufrieden war in der Form, wie das gelaufen ist. Und der Stationspsychologe machte dann eine etwas längere Ausführung. Das ging dann schon so zwanzig bis dreißig Minuten lang. Und es endete damit, dass er sagte, ich werde mich hier für eine Einstellung einsetzen! [lacht] PSW\_3

### 3.3 Interaktion mit Mitarbeiter:innen

#### *Vorstellen im Team*

Ne, ich bin nur diesem Sozialarbeiter und dem Therapeuten vorgestellt worden. Also der Therapeut, wo für den Klienten zuständig war, und der Sozialarbeiter. Denen bin ich vorgestellt worden. Nicht dem gesamten Personal, ja, das einzige, was war, wenn ich die Leute auf Station abgeholt hab und die war ja meistens geschlossen oder war immer geschlossen, ja, dass die denen gesagt haben, hey, da kommt der Herr [Name], ich habe das auch schon gehabt, dass ich dann hochkam, hab denen gesagt, ich möchte gerne zu meinem Klienten, ich bin Genesungsbegleiter und wurde dann in der Forensischen Klinik draußen auf dem Gang erstmal gefilzt, ob ich irgendwas mitbringe, wo ich gesagt hab, Leute, was wollt ihr von mir, (lacht) das war eher so komisch, weil die misstrauisch waren, wie, Genesungsbegleiter, und dann hab ich gesagt, ja, reden Sie halt mit dem Sozialarbeiter, der weiß Bescheid, ja. Weil nicht jedes, jeder vom Personal gewusst hat, was mein Job war. PSW\_1

Am Anfang war das oder zwischendurch mal gab es einer, wo neu war, wo das nicht gewusst hat, ja, und dann hab ich gesagt, hey Leute, klärt die Leute auf, dass hier ein Genesungsbegleiter ist und dass ich für den und den zuständig bin, dann wissen sie halt wieder Bescheid. PSW\_1

Ja. Aber das war immer so, nicht so, jetzt stellt sich mal der Herr [Name] vor, sondern es war, der Sozialarbeiter hat gesagt, hey, wir haben jetzt hier den Herr [Name], ich hab den für den und den Klienten, der ist dafür zuständig, nur damit ihr Bescheid wisst, wenn der Herr [Name] kommt, er will mit dem gehen, er kann das und das mit ihm machen. Ja. PSW\_1

Wir haben mittags eine Übergabe und im Rahmen dieser Übergabe habe ich mich vorgestellt und auch eine grobe Skizze dessen, was Genesungsbegleitung eigentlich kann und beabsichtigt und was ich beabsichtige. PSW\_2

Was ich am ersten Tag, also schon am Hospitationstag gemacht hab und dann am Anfang des Praktikums .. ich hab mich allen Mitarbeitern des Hauses, die ich dann immer wieder kennengelernt hab, vorgestellt, wer ich bin. Was ich hier mache. Und das hat man mir später auch mitgeteilt, dass das Vorbehalte des Hauses gegenüber der Genesungsbegleitung relativ zügig abgebaut hat. Also man hatte vorher schon Ängste, weil, ja gut, man hatte Angst, dass jetzt noch ein psychisch Kranker im Team ist. Und ich hab von Anfang an versucht zu verkaufen: Hey man, ich w a r vielleicht psychisch krank, aber jetzt bin ich ein, sagen wir mal, halbwegs normal tickender Mensch. Und das hab ich dem Team dann von Anfang an dann einfach, durch meine Art dann einfach, ... verkauft, so. PSW\_3

#### *Positive Erfahrungen*

Differenzen in meiner Arbeit gab es nicht. PSW\_1

Von meinem Job her, von meiner Tätigkeit her, von meinem Verhalten her, war das einfach ok, die haben eher einen gewissen Respekt vor mir gehabt. Und da gab es auch nicht irgendwie Ausfälligkeiten oder sonst irgendwas vom Personal, sondern die haben mich eins zu eins wie einen Arbeitskollegen behandelt. Die haben mich auch nicht als psychisch krank anerkannt, also so, oh, Herr [Name], sie sind aber psychisch krank, das hätte ich gerne mal gehabt, dass man auch sieht, dass ich Defizite habe, sondern die haben mich als vollwertig bezeichnet. Also da habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. PSW\_1

Also das nicht, überhaupt nicht, ganz im Gegenteil, die haben gesagt, durch meine, durch, dass ich immer wieder versucht hab, mit meinem Leben klarzukommen, dass ich mich arrangiert habe mit meinem Schicksal, ja, und das haben die auch gemerkt in dem Sinne, an meinem Auftreten und so weiter, haben die gesagt, also der Herr [Name], der ist schon eine wertvolle Arbeitskraft. PSW\_1

Auf das Personal nicht, weil ich habe sehr gute Erfahrungen gemacht mit dem Personal. Immer, ich habe nie schlechte Erfahrungen gemacht, außer, wo sie gesagt haben, dass ich zu viel verdiene, aber das war ein Missverständnis, das musste ich klären in dem Sinne. Aber mit dem Personal war das nie ein Problem. PSW\_1

Ich habe sehr gute Erfahrungen gemacht in dem Bereich. Also für das, dass ich der erste Genesungsbegleiter bin, wo das gemacht hab, war das bis auf ein paar Kleinigkeiten, sehr souverän, wie wir das gemeistert haben. PSW\_1

Und das war so, am Anfang, ja, ach was, das war nicht so schlimm, weil die meisten haben gesagt, hm, Herr [Name] macht das und die haben es von vorne hinein gesehen, er hat Hand und Fuß und sie können mir vertrauen und von dem her war es kein Problem. PSW\_1

Und da ist auch, das ist vielen aufgefallen, die sagen, du dokumentierst ganz anders als wir und man hat sich dazu entschlossen, das genau das auch so zu lassen, also das nicht in diesem üblichen ähm, mich mit formellen Formulierungen zu behelligen, sondern wir profitieren auch genau davon, dass eben diese innere Blickweise auch mit in die Dokumentation einfällt. Das find ich ermutigend. PSW\_2

Ja, ich heute richtig Teammitglied, ich bin da vollkommen eingebunden. Und hab zu allen einen guten Kontakt einfach. Wie das so auf der Arbeit ist, man beredet ja auch schonmal so persönliche Sachen oder vielleicht, wie man sein Wochenende verbracht hat oder so. Also ich empfinde das als ein sehr gesundes Umgehen miteinander. Also ich komm hier gern hin. PSW\_3

### Negative Erfahrungen

Das Einzige ist halt, der Sozialarbeiter, ich hab nochmal ein Treffen gehabt mit den Sozialarbeitern, mit dem Personal, in der Runde in Teamsitzungen und dann sagt halt der Sozialarbeiter, wo mich damals vermittelt hat, ja, uns stinkt das teilweise, was der Herr [Name] macht, weil wir nicht immer eins zu eins übernehmen, was der Herr [Name] macht, aber dem Herrn [Name] stinkt auch, was wir machen, ja, weil er das nicht eins zu eins übernehmen kann, was wir machen, ja, also da hat man dann schon gemerkt wo so die Grenzen sind zwischen Genesungsbegleiter und Profis, ja, dass ich ein ganz anderes Feld abdecke wie die Profis, deswegen ist ja eigentlich, ein Genesungsbegleiter ist keine Konkurrenz für Profis, sondern er ist eine Ergänzung, er macht ein anderes Tätigkeitsfeld, der hat eine ganz andere Verbindung oder Beziehung zu seinen Klienten. PSW\_1

Also, die haben schon gemerkt, dass meine Arbeit sehr wohl Sinn macht und dass das sehr wertvoll ist. Das Problem war mehr so zum Beispiel, ah, der Herr [Name] bekommt ein Honorar für sechzig Euro. Der hat einen Stundenlohn von sechzig Euro! Ja? Wo die Leute nicht kapiert haben, dass ich ein Geschäft habe und dass das Umsatz ist. Und das war so mehr das Ding, wo ich dann, wo sie dann gesagt haben, der Herr [Name] ist uns zu teuer, ja? Aber das war jetzt nicht von den Chefs her, sondern das war von ein paar Sozialarbeitern her, was normal ist, die halt auch ein wenig neidisch waren, dass ich so einfach mein Geld verdient habe und die sagen so, der Herr [Name] lernt ein Jahr Genesungsbegleiter am Wochenende einmal im Monat und kriegt dann sechzig Euro und wir machen das Studium und weiß der Geier was, also da hat man, das war so eher der Konflikt, wo ich gehabt hab, dass die gesagt haben, wie, wie, wie, der will ein Hammer Geld verdienen, ja, der soll ehrenamtlich arbeiten und dann habe ich den Leuten beibringen müssen, dass ich zwar die Schulung gemacht hab oder die Weiterbildung gemacht hab zum Genesungsbegleiter, dass ich aber mein ganzes L e b e n, die Erfahrung meines ganzen Lebens brauche, um diesen Job zu machen und dann hab ich gesagt, wenn ihr mal seht, was ich alles gelernt hab in meinem Leben, wie viele Jahre ich dafür aufbringen musste, dann habe ich dreißig Semester gehabt, wie viel habt ihr gehabt? Und das musste ich denen beibringen, dass ein Genesungsbegleiter eben nicht nur eine Ausbildung macht für ein Jahr lang, der ein Genesungsbegleiter ist und Geld verdient, sondern dass er die ganze Erfahrung aus seinem Leben braucht, um praktischerweise diesen Klienten zu helfen. Und das war eine Aussprache, die habe ich gehalten und das war die einzige Differenz, wo ich gehabt hab. PSW\_1

Von dem her war das für mich ein wenig schwierig, wo dann, beziehungsweise ein Konflikt habe ich gehabt mit dem Personal, habe ich öfters gehabt, wenn zum Beispiel das Personal m i r gesagt haben, dass i c h den Klienten drauf hinweisen soll, dass er das und das nicht tun darf. Da war ich nicht mehr in der begleitenden Funktion, sondern ich war in der bevormundenden Funktion. Und das war der einzige Konflikt, wo ich // hab, hab ich gesagt, Leute, das könnt ihr mit mir nicht bringen, ich kann nicht dem Klienten sagen, dass er das und das nicht machen darf, ja? Ich kann zu ihm sagen, ihr habt mir gesagt, dass man das und das nicht machen darf, so, und dann setzen wir es um, aber ich darf nicht sagen von mir aus, er darf das und das nicht machen, weil das ist nicht mein Job als Genesungsbegleiter, [...]. PSW\_1

Und das sind so Sachen, wo wir dann auch, wo ich mit dem Personal, nicht Konflikte gehabt hab, aber wo es dann schwierig war..., wo ich sagen musste, hey Leute, ihr müsst immer noch wissen, was ich für einen Job mache. PSW\_1

[...] und der geht dann zum Profi oder zum Sozialarbeiter und sagt, der Herr [Name] hat mir erlaubt, einen Joint zu rauchen. Und dann sind die halt zu mir gekommen und haben gesagt, wie, was und dann habe ich das denen erklärt, haben sie gesagt, hast vollkommen recht. Und das sind so die Sachen, ein Sozialarbeiter würde niemals zum Klienten sagen, du darfst einen, Rauch lieber einen Joint statt einer chemischen Keule, aber das wieder meine Aufgabe zu sagen, wenn es gar nicht anders klappt und du schaffst es nicht in dem Sinne und du nimmst schon einen Joint, obwohl du es nicht darfst, dann nimm bitte einen normalen Joint und nicht die chemische Keule, ja? Und das sind so die Sachen, wo teilweise auch dem Sozialarbeiter nicht geschmeckt hat, aber ich hatte da die Freiheit, das zu sagen, weil es war ja auch begründet, ja? Die haben dann auch eingesehen, weil so eine chemische Keule, die haut ja einen total nieder und das war so zum Beispiel die Herausforderung, die ich gehabt habe, auch mit dem Personal, wo die teilweise //, Herr [Name], ist alles in Ordnung. Sie, wir wissen Bescheid, aber die hätten das halt nicht so gemacht, ne. PSW\_1

Das hab ich dann in den ersten paar Tagen wo ich da war so nach und nach den Kollegen nahegebracht, um was es eigentlich geht. Ich glaube, einigen Kollegen sind große Fragezeichen geblieben bis heute, das liegt auch daran, dass ein Teil der Leute in Teilzeit arbeitet und wir uns wirklich selten sehen und erleben. Es gibt einen Teil der Kollegen, die sind vollkommen überzeugt von dem, was ich mache und dass das sinnhaft ist, es wird auch von Patienten nachgefragt, ich war jetzt länger krank und aus dem Kollegen- und Patientenkreis, viele Patienten kommen ja regelmäßig, sind viele Fragen gekommen und, also, es ist... es ist nicht mehr so ein großes Erstaunen wie am Anfang, aber es gibt noch Kollegen, die... ja, die sich wahrscheinlich fragen, was macht die Frau eigentlich. Vor allem: Was macht die da in ihrer Gruppe, ich hab zwar, wie gesagt, diese Gruppe ist jedem offen, auch Mitarbeitenden, aber es hat sich bisher außer unserer lernenden Psychologin keinen Mitarbeiter gefunden, der da dabei gewesen wäre. PSW\_2

Naja, ich habe diese Gruppe gemeinsam mit der Psychologin einmal in der Woche angeboten, wir hatten beide darum gebeten, dass diese Gruppe auch morgens angekündigt wird, dass man uns mitteilt, welche Patienten teilnehmen möchten, damit wir auch wissen, bei wem wir dann klopfen und wen wir aus dem Bett holen und so und da ist die Zusammenarbeit wirklich unterirdisch gewesen und man ist uns so mit so einem freundlichen Desinteresse begegnet, jetzt nicht ausschließlich, aber überwiegend und eben auch von der Stationsleitung und das war nicht hilfreich. PSW\_2

Es ist vergessen worden, es ist untergegangen, es ist nicht kommuniziert worden, es war auf jeden Fall nirgendwo hinterlegt, dass an dem Tag auf jeden Fall darauf hingewiesen werden muss und eine Rückmeldung an uns gab es eigentlich auch nie. Aber das ist wirklich, das ist eine Stunde in der Woche, das ist Montag, das ist jetzt nicht mein Hauptaufgabenbereich, aber das war etwas was ich, was ich nicht so schön fand, weil wenn man schon danach fragt, ob man da eine Gruppe anbieten möchte, dann denke ich, sollte auch die notwendige Unterstützung geleistet werden. PSW\_2

Das ist auch auf allen Stationen tatsächlich so und bei den Mitarbeitenden, naja gut, bei denen, die mich als Patient erlebt haben, die haben natürlich diesen Rollenwechsel, den die klarkriegen müssen, aber dass jemand jetzt an meinen Fähigkeiten oder meiner Expertise der Erfahrenenperspektive und so weiter, zumindest wurde es mir nicht so spürbar gemacht, es gibt bestimmt welche, die denken, das hätten wir nicht gebraucht, aber das sagt keiner. PSW\_2

### 3.4 Ansprechperson

Also es war so, dass... am Anfang war der Sozialarbeiter dabei. PSW\_1

Für jeden Klienten hab ich einen bestimmten Ansprechpartner gehabt, ja. Es war mir auch wichtig, dass es nicht mehr wie das waren, sondern dass das einer war, der das Sagen hatte. Weil ich hab auch mal das Problem gehabt, dass auf einmal Sozialarbeiter da war und Therapeut und der Therapeut wollte von mir ganz was anderes wie der Sozialarbeiter wollte und dann hab ich gesagt: Leute, ich hab einen Ansprechpartner, den Sozialarbeiter, den hab ich bis jetzt immer gehabt und damit Sie sich einig werden, das ist nicht mein Problem. Ne? PSW\_1

Ja das war eben mein Sozialarbeiter, oder die Sozialarbeiter, ja, ich hab das immer so gemacht, dass ich gesagt hab, mit dem und dem Klienten hab ich die und die Schwierigkeiten gehabt, hab auch mal zu meinem Sozialarbeiter oder zum Sozialarbeiter gesagt, so, also jetzt bin ich total ins Schwimmen gekommen, ja, ich hab grad noch die Kurve gekriegt und dann haben wir halt einfach drüber geredet und haben das miteinander geklärt, ne. Aber eben so in dem Sinne, // der Genesungsbegleiter baut Scheiße und so weiter und so fort, sondern dass sie gesagt haben, ah ja klar, das ist ein ganz neues Feld, da müssen wir erstmal schauen wie wir miteinander klarkommen. Also es war mehr so learning by doing für alle, sozusagen, ne? PSW\_1

Ich habe immer regelmäßige Gespräche mit Sozialarbeitern gehabt, aber das war mehr in meiner Freizeit, wo, also weil ich halt nicht angestellt war, dass ich dann per Email oder per Telefon praktischerweise Sozialarbeiter angerufen hab und gesagt hab, du, wir müssen uns kurz abchecken. PSW\_1

Ja auf jeden Fall! Zum einen, dass ich mir sehr sicher sein konnte, dass meine Stationsleitung jederzeit für mich da ist und mir Rückendeckung gibt, ... dass ich von den Kollegen, auch von denen, die erstmal nicht viel damit anfangen konnten, nicht offen kritisiert worden bin, dass es direkt einen Austausch, einen fachübergreifenden Austausch zwischen der Sozialarbeiterin und mir gab, dass sie sich offen gezeigt hat, für Ideen, die ich einbringen möchte, und dass ich wusste, ich hab Rückendeckung von der Leitung, sowohl vom Team der Ärzte als auch von der pflegerischen Leitung, also ich hab mich da, ähm, ich hab mich da sicher gefühlt. PSW\_2

Und ich bin mir aber auch ganz sicher, dass meine Stationsleitung ein sehr waches Auge dafür hat, wie es den Kollegen im Team grade geht, also jetzt nicht speziell auf mich gemünzt, sondern ganz allgemein und bei mir natürlich auch. Da verlass ich mich auch drauf, dass ich Rückmeldung kriegen würde, wenn bei mir irgendwas auffällig ist und nicht wie sonst. Das ist bis jetzt aber noch nicht vorgekommen, also ich hatte dieses Jahr ne krisenhafte Situation zuhause, das hab ich so auch besprochen, da hat es viel Zuspruch und Unterstützung gegeben, aber man ist mir nicht irgendwie penetrant hinterher gelaufen, was können wir den noch für dich tun, das hätte ich auch nicht haben wollen. PSW\_2

Das ist, mein regulärer Ansprechpartner wäre die Ebene da drüber, der Mensch ist aber so eingespannt beruflich, dass das im Gros die Stationsleitung das übernimmt. Also die beiden sind häufig miteinander im Gespräch und ich seh meine Stationsleitung einfach jedes Mal, wenn ich da bin, es sei denn, sie hat ausnahmsweise mal Urlaub und das ist für mich viel viel einfacher, für uns alle viel viel einfacher, wenn ich mich direkt mit ihr bespreche und die nächste Ebene von ihr erfährt, wenn's überhaupt nötig ist. Es gibt noch diese Projekttreffen paar Monate im [Ort], da kommen dann die Genesungsbegleiter aus unterschiedlichen Kliniken zusammen an diesem Tag und da gibt's nochmal den Austausch über, ja, über Besonderheiten und was man sich in der Arbeit sich wünscht und erlebt, das landet auf Umwegen dann auch wieder bei meinem Arbeitgeber bei der jeweiligen Klinik, aber das sind natürlich Sachen, die //. PSW\_2

Ja. Das auf jeden Fall. Es gibt einige vom Pflegedienst, mit denen ich mittlerweile ein sehr, sehr vertrauliches Verhältnis hab oder gar schon so ne Art Freundschaft aufgebaut hab. Und da kann ich auch immer Rücksprache halten. PSW\_3

Ich wüsste nicht, ob das so von... Im Praktikum war das eigentlich so geplant. Aber das war mir immer ganz klar, mein Ansprechpartner oder -partnerin in diesem Fall im Praktikum ist einfach die Stationsleitung. Und jetzt, was so den Arbeitsablauf betrifft ist jetzt eben die Stationsleitung und die stellvertretende Stationsleitung. PSW\_3

### 3.5 Supervision

Was ich mir wünschen würde, wäre, dass wir öfter, häufiger Supervisionen hätten als wir tun, ich meine, wenn wir Supervision haben, dann ist das keine Teilsupervision sondern ist im Team, aber da geht es mehr um Entwicklungsprozesse, wie sich so eine Station aufstellen will und weniger um so teambildende Prozesse. PSW\_2

Das ganze Team ist selten dabei, weil es hat immer wer frei, es ist immer wer krank, es kommen nicht alle aus dem Kreis zur Supervision, ich habe zwei Supervisionen miterlebt, wie gesagt, die sind sehr selten und naja... es geht teilweise auch um Organisatorisches, was meiner Meinung nach in die Supervision nicht reingehört und teilweise auch um ... ja es ging um neue Stationskonzepte und solche Geschichten aber so dieses, wie arbeiten wir eigentlich miteinander, das kam mir da zu kurz. Vielleicht ist das inzwischen auch besser geworden, wie gesagt, ich war auch länger krank und ich werde jetzt, in zwei Wochen steige ich wieder ein, da will ich mal sehen, was sich in der Zwischenzeit entwickelt hat und was eben auch nicht und wie weit mein // Kurs fortgeschritten ist, wie es jetzt ohne Genesungsbegleiter war, ob das aufgefallen ist, ich glaube schon, weil meine Stationsleitung sagte, es wurde viel gefragt und mal sehen, wie die Kollegen dann auf mich zukommen. PSW\_2

Das ist ja immer die Frage, womit ist der Supervisor beauftragt. Wenn man natürlich dieses ähm... dieses Konzept für diese Station so in Vordergrund stellt, der Mensch kann auch nur mit dem arbeiten, was wir dem zur Verfügung stellen. PSW\_2

Wir haben ne Supervision hier im Haus, ne Teamsupervision. Da könnte ich auch Themen ansprechen. Und zuzüglich hab ich alle zwei Monate ein Gespräch mit der Frau [Name], das ist die, die für die Genesungsbegleiter hier in [Ort] zuständig ist. Das ist immer so ein Reflektionsgespräch, da nehmen die anderen, also bis jetzt waren wir immer zu zweit, aber da

nimmt jetzt noch ne dritte Genesungsbegleiterin teil. Und da das ist immer so'n, so'n, wo man auch schonmal über Problematiken sprechen kann, wenns wegen des Teams ist. Und bei [Träger] gibt es viermal im Jahr noch so ein Supervisions- und Reflektionstreffen aller Genesungsbegleiter, die vom [Träger] arbeiten in [Ort]. Aber was wichtig ist, dass man im Team auch irgendwelche Ansprechpartner hat, wo man Problematiken schonmal bereden kann. PSW\_3

Und... im Praktikum find ich's wichtig, das war bei mir auch so, das fand ich sehr gut, dass im Praktikum regelmäßig Gespräche stattfinden mit irgendjemandem, der stationsextern ist. Das war bei mir die Frau [Name], die kam viermal während des Praktikums, also während des ersten Praktikums [...]... und da konnte ich mit ihr vertraulich sprechen, wie's läuft, sag ich mal, lapidar. Das fand ich eigentlich auch ganz gut, weil als Mitarbeiter in der Psychiatrie war das ja Neuland für mich. Und das find ich ganz gut, z. B. wenn jemand neu auf der Station ist, als Genesungsbegleiter, dass man den so ein bisschen unterstützt. Das ist beim [Träger] wird das überall so gemacht, also alle Genesungsbegleiter, die beim [Träger] arbeiten, haben eine externe Ansprechperson. PSW\_3

Das war geplant. Also das, das war vorher kommuniziert, ich hatte von Anfang an die Termine, wann die Dame ins Haus kommt. Und das war zur Stationsleitung kommuniziert, dass ich dann z. B. ne Stunde mit der Frau [Name] mich zurückziehe und wir irgendwas bereden, was sonst auf der Station niemand mitbekommt. [...] Also die Frau [Name] hat sich immer so ein paar Notizen vorher gemacht, was sie ansprechen wollte. Ob Sie dann irgendwelche Fragen hatte und ich von meiner Seite hatte mir immer irgendwelche Punkte überlegt, die ich auch anspreche. Und dann haben wir so ein Gespräch einfach geführt. Das ist so ein Reflektions..., also eigentlich so ein Reflektionsgespräch gewesen. Und das finde ich gerade, wenn man so ein Projekt einführt, weil da ja relativ neu ist, schon von Vorteil, einfach. PSW\_3

### 3.6 Herausforderungen und Schwierigkeiten

Die, das Einzige ist halt einfach, ich glaube es ist gar nicht so das Problem, da irgendwie jemanden reinzubekommen, das große Problem ist, wie hält man das mit Personal, mit Genesungsbegleiter und praktischerweise mit dem Klienten. Ja und da sag ich... da hab ich die große Schwierigkeit gesehen, das richtig zu jonglieren, weil ich sag jetzt, wenn ein Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung eingestellt wird oder in der Psychiatrie eingestellt wird, dann ist er in der psychiatrischen Versorgung drinne, also es wird so sein, dass er gewisse Teile der psychiatrischen Versorgung, des Systems, übernimmt in seiner Tätigkeit, [...]. PSW\_1

Als ungünstig hab ich an für sich, ja, ..., also als hilfreich..., es war schwierig abzuchecken jetzt in dem Sinne, dass ich, ich habe ja keine Vorlage gehabt vom Personal, mach das oder das und das und das nicht, ja, sondern es gab nur die grobe Vorlage, das und das darf der Klient, das und das darf er nicht und was du machst ist egal, Hauptsache es bringt was. PSW\_1

Und da bin ich dann ins Schwimmen gekommen, wo ich dann gesagt habe, Leute, wenn ich das machen muss, kann ich meinen Job nicht ausüben, dann bin ich nicht mehr Genesungsbegleiter. Und da haben sie ein Problem mit gehabt, aber das habe ich mit dem Personal dann regeln können, auch mit dem Chef und so weiter und dann haben sie das eingesehen, aber wie gesagt, die Schwierigkeit bestand ja darin, dass es sowas vorher noch nie gab. Wir mussten ja praktischerweise selber ein Konzept entwickeln, zusammen, wie man das praktischerweise, so wie ihr jetzt auch in der Situation seid, wie man das am besten umsetzt, aber mehr so learning by doing, weil ich war ja vorher schon in der forensischen Klinik drin und wir mussten das by learning by doing machen, wir hatten nicht die Vorlaufzeit wie ihr jetzt, dass ihr sagen könnt, ihr habt schon jemanden, der das gemacht hat, wir haben gar keinen Vergleich gehabt. Wir haben ja niemanden gehabt in dem Sinne, wo mir sagen kann, wie das geht. PSW\_1

Ich hab, durch [Name] hab ich Kenntnisse gehabt mit diesen Leuten und hab gefunden, das sind Menschen wie ich und wie jeder und deswegen war die Schwierigkeit nicht in dem Sinne, dass ich gesagt hab, oh Gott, was mach ich da, sondern die Schwierigkeit war mehr, hab ich das Vertrauen zum Klienten, kann ich mit dem umgehen, beißt der an, was kommt auf mich zu, was muss ich mit dem unternehmen und so weiter und so fort, schaff ich das körperlich, weil ich eingeschränkt bin, hab ich, muss ich dann mit dem Auto fahren, wie klär ich das ab, dass ich dann auch die Sicherheit hab, dass er dann versichert ist und so weiter und so fort, das waren mehr so, so organisatorische Sachen, ja? PSW\_1

Das einzige war praktischerweise, dass... so, dass ich praktischerweise, was zum Beispiel ganz hinderlich war: Ein Klient, den, wo ich zuerst gehabt habe, am Anfang 2012, der ist nun rausgekommen, war zuhause, hat Alkohol getrunken gehabt und dann hat er seinen Sozialarbeiter, den er auf dem Kicker gehabt hat, hat bei ihm angerufen, er muss bei ihm vorbeikommen, er muss bei ihm reden, und der hat gesagt, das war halt ein ziemlich aggressiver Kerl, den bring ich um und

so weiter und so fort, dann hat der mich angerufen, bin ich dazugekommen, dann war der sehr aggressiv, war zuhause, ich war mit ihm alleine, er hat sehr viel Alkohol intus gehabt, hat dann noch das Klappmesser genommen, hat vor meiner Nase herumgefuchelt und hat gesagt, er sticht mich ab und so weiter und dann hat er immer gesagt, hast du Angst, hast du Angst, hab ich gesagt, ich hab keine Angst, ich habe einfach Respekt vor dieser Situation und dann hat er abgesehen, weil er gemerkt hat, er kann mir keine Angst einflößen, ne, und da hab ich gesagt: Hey Leute, ihr müsst wissen, ihr Profis, ja, wie ihr mich auch in die Gefahr bringt, wenn ihr praktischerweise Scheiße baut, ja, wenn die praktischerweise den Klienten provozieren, was ja teilweise gewollt ist und überlassen den mir, wo ich eins zu eins mit ihm zusammenarbeite, dann bin ich in einer Gefahr drinne, wo ich sag: Hey Leute, das müsst ihr euch doppelt überlegen. Und das war eine Situation, da bin ich sogar zum Anwalt gegangen, habe mit ihm darüber geredet, zu meinem privaten Anwalt und habe gefragt ob das rechtens war, weil ich fühlte mich da bedroht, ja? Und da hab ich gesagt, hey Leute da müsst ihr aufpassen, ja, weil es ist einfach so, der Genesungsbegleiter hat nicht den Schutz eines Profis. Der hat nur seinen eigenen Schutz in dem Sinne, dass der Klient vor ihm Respekt hat, vor seinem Leben, ja, das ist sein einziger Schutz, wo er hat. Und ich würde auch nie mit einem Klienten zusammenarbeiten, der keinen Respekt vor mir hat. Der Respekt war der größte Schutz, wo ich gehabt hab. Und da gab es schon Situationen, wo ich gedacht habe, hey hoppla, [lacht] das ist ja noch mal gut gegangen. Und das ist so die einzige Sache, wo ich sagen muss,... [seufzt] die haben mit ein wenig aufgestoßen und da hab ich an für sich nur unbeschadet das überstanden in dem Sinne, weil ich einfach sehr viel Lebenserfahrung habe. PSW\_1

Es gab aber auch Situationen, wo ich dann 2017 dort bin und dann haben die praktischerweise einen Klienten wieder provoziert, dann hab ich im Einzelraum mit dem geredet, der war total aggressiv, ja [lacht], hat durcheinander geschlagen und so weiter und so fort und dann haben sie gesagt, wollen Sie mit dem alleine sein und dann hab ich gesagt, danke, dass Sie fragen, ja, wenigstens mal das, aber ich schaff's schon mit ihm, wenn nicht hab ich hier den Notrufknopf, ne, und dann konnte ich ihn wieder runterholen, wieder beruhigen, weil er einfach ein gutes Vertrauen zu mir gehabt hat, aber das sind so die Schwierigkeiten, wo ich sag, da wird's halt wirklich echt extrem, ne? Oder wo ein Klient praktischerweise auch provoziert worden ist, ist runtergegangen mit mir ins Auto, weil er dann mit mir zusammen in seine Wohnung gefahren ist und ich hab gedacht, der schlägt mein Auto zusammen, wusste aber, dass ich den jetzt gar nicht ansprechen darf, weil dann rastet der total aus, ne, und hat aber keine Anstanden gemacht, dass wir jetzt ins Auto einsteigen und losfahren mit ihm, sondern ich bin einfach draußen stehen geblieben, hat er draußen auseinandergewütet, bis er außer Puste war, ist ins Auto eingestiegen, war's normal, hat er von mir eine Zigarette bekommen, dann ging es wieder. PSW\_1

Es war dreimal, einmal in der Wohnung, einmal in dem Aufenthalt-, in dem Besprechungsraum in der Forensischen Klinik und einmal, wo der Klient runtergegangen ist mit mir ins Auto, das war dreimal. Aber wie gesagt, da wusste ich, was ich zu tun hab und deswegen war ich da unbeschadet, aber da hab ich gesagt, nicht jeder Genesungsbegleiter schafft das. PSW\_1

Das war [lacht] das war eigentlich typisch, obwohl es ein Projekt ist und eigentlich klar // vorbereitet werden sollte, wusste außer der Stationsleitung kein einziger Kollege, was kommt, nicht, dass ich komme, auch nicht, was EX-IN ist und Genesungsbegleitung schon mal gar nicht. PSW\_2

Ja hinderlich ist die Haltung der Nachbarstation, das ist wie gesagt auf der Akutstation, wo wirklich viele Mitarbeiter mit der Haltung vertreten sind, unsere Patienten sind viel zu akut und viel zu krank, um von solchen Gruppenangeboten profitieren zu können. Also mein Eindruck ist, man setzt dort zu sehr ausschließlich auf Medikamente. Das ist natürlich, aus der Perspektive als Genesungsbegleiter, nicht hilfreich. Und da wäre es natürlich schön, wenn da im Team auch mehr Mitarbeiter von der Haltung vertreten wären, Medikament, ja, aber wir brauchen auch noch andere Angebote und das vermisste ich da. Und das ist auf einer Suchtstation auch viel viel einfacher, klar. Wir machen ja auch Therapievorbereitung, also man kann, also eine qualifizierte Entgiftung kann bis zu drei Wochen dauern und kriegen Angebote an Ergo, Sport, Musiktherapie, Sozialarbeit und eben meine Recovery-Gruppe und die Leute sind ja freiwillig da, da kann man // machen und Medikamente, ja gut, die Entgiftung ist medikamentös unterstützend halt nötig, aber das war es in der Regel auch schon. PSW\_2

## **4 Aufgaben und Rollenbild**

### 4.1 Inhalte der Arbeit mit Patient:innen

#### Beziehungsarbeit

Ja weil die einfach gesagt haben, Herr [Name], also ich hab ganz andere Bezug gehabt zu den Klienten. Ich sag denen immer, wir haben eine Freundschaft, so, ich habe eine Freundschaft zu meinen Klienten, ich habe die jetzt immer noch, wie praktischerweise eine Freundschaft bei der man sich siezt, ich habe immer das Sie im Vordergrund gehalten, damit ich meinen Stand hab, aber es war halt so eine enge Beziehung halt einfach zu den Klienten und die haben mir halt auch Sachen erzählt, wo sie so den Profis nicht erzählen würden. PSW\_1

Nein, eben. Was meine Arbeit anging, gab es keine Differenzen, weil zum Beispiel haben die Profis versucht, einem Klienten beizubringen, dass er jetzt eine Wohnung suchen soll, die waren fünf Monate dran beschäftigt, den zu einer Wohnung zu bringen, dann bin ich gekommen, der hat innerhalb von zwei Monaten eine Wohnung gehabt, ja, also die haben schon gemerkt, durch mein Verhältnis zu meinen Klienten konnte ich gewisse Schritte, wo der Klient unternehmen sollte, beschleunigen. PSW\_1

Also bei den Patienten ist das Interesse immer sehr sehr groß und auch die Akzeptanz, das ist dieses übliche, dieser übliche Vertrauensvorschuss, da ist jemand, der weiß, wie es mir geht, der weiß, wovon er redet, weil, der hat das selbst erlebt. PSW\_2

Ähm, wie erlebe ich die Interaktion, ähm, ich kann sagen, auf der Station für Menschen mit Alkoholproblemen, ist es, viele sind sehr hoffnungsvoll, wenn sie zum ersten oder zum zweiten Mal da sind und freuen sich, dass sie jemand haben, der diese Exzesse auch schon mal erlebt hat... die Leute, die wiederkommen zum zwanzigsten und teilweise fünfzigsten Mal, für die ist es immerhin ermutigend, ich hab ja auch dreißig Jahre gebraucht um davon wegzukommen, also was ich, dass es nicht das Ende bedeuten muss, dass es auch nach langer Zeit immer noch Hoffnung gibt. Die Station für Menschen mit illegalen Drogen, also Menschen, die illegale Drogen gebrauchen, ticken bisschen anders, die kriminelle Energie ist höher und der Versuch, ein EX-... oder..., man versucht leichter, EX-INler zu instrumentalisieren, wobei // Kannste mich mal, das ist ne andere Herausforderung und bei Alkohol ist das sicher nicht, ist das überhaupt nicht so, aber, also auf der Alkoholstation ist es tatsächlich so, so bei Leuten, die Medikamente nehmen, das ist denen egal, irgendwelche Pillen beschaffen, die verfügen auch über dieses Potenzial, diese Tendenz, // zu instrumentalisieren oder auch im Team so Spaltungen voranzutreiben und solche Geschichten, aber rein um Alkohol geht's eigentlich fast //. PSW\_2

Also die Hauptarbeit, die ich eigentlich mache, ist Beziehungsarbeit zwischen den Patienten und mir. Das heißt, ich verbringe viel Zeit mit den Patienten z.B. im Raucherraum. Und vieles funktioniert dann einfach auch über den Smalltalk, das heißt man unterhält sich über Gott und die Welt und den restlichen Wahnsinn. Und darüber hinaus entsteht ja so ne zwischenmenschliche Beziehung. PSW\_3

Das ergibt sich einfach. Also wenn ein Patient neu auf Station ist, dann beobachte ich dann am Anfang immer erstmal und da sind dann so Fragen wie Guten Morgen, wie geht's? [...] Darüber kann ich dann nach ner Zeit ungefähr einschätzen, wie zugänglich die Patienten sind. Und dann entwickelt sich das eigentlich automatisch. Ich bin ziemlich kommunikativ, hab mich auch viel mit Kommunikation auseinandergesetzt. Und leite die Gespräche dann schon so in die Form, dass das dann auch thematisiert wird zum Beispiel. PSW\_3

Oder wenn die Ärztin z.B. die Idee hatte, dass ich mich mal um einen bestimmten Patienten kümmern soll, da kann ich mich noch erinnern, das war im ersten Praktikum, einen Patienten hatten, der für keinen der Mitarbeiter zugänglich war, man aber relativ zügig merkte, dass ich nen ganz guten Draht zu diesem Patienten aufbauen konnte, da hat man mich da tatsächlich angesprochen, ob ich mich explizit um diesen Patienten vermehrt kümmern kann. Und das ging dann eben auch so in der Form, wie ich das vorhin auch erklärt hab. Oder wir haben dann z.B. auch viel Schach gespielt. Und über das Schachspiel sind wir dann natürlich in Kommunikation gekommen. Ne. Und da bin ich dann eben explizit auch angesprochen worden, ob ich das in der Form dann auch machen kann. PSW\_3

Weil, was ich nicht mache, ich zwingt niemandem Gespräche auf. Das heißt, wenn ein Patient signalisiert, dass er z.B. kein Interesse in dieser Situation an Kommunikation hat, dann gehe ich nicht hin und texte den voll. Das mache ich nicht. Das muss sich ergeben und genau deswegen sind so viele Sachen nicht richtig planbar. Also es gibt ja auch mal Situationen, wo man z.B. ein Gespräch plant, für die nächste Woche terminiert, sage ich mal, auf 12 Uhr. Und dann geht man zu dem Patienten und der Patient sagt ja, ich möchte jetzt lieber das und das machen und ich habe jetzt keine Lust, mit Ihnen zu reden. Ok. Dann kann ich das Gespräch nicht führen. Und dann hab ich wieder nen Freiraum, wo ich was anderes machen kann. Also Vieles läuft eigentlich über Kommunikation so bei mir im Arbeitsumfeld. PSW\_3

## Gesprächsthemen

Also mehr, sozusagen, weil ich war ja auch zerstört, durch den Sprung von der Brücke und da war es wichtig für die Klienten zu erfahren, wie kann man draußen wieder Umgang haben oder wie kann man sich draußen praktischerweise wieder orientieren, also, ganz krass war es für JVA, Forensische Klinik ist jetzt nicht so, aber JVA, die Tür geht auf, die Leute kommen in die Freiheit, es erschlägt sie, ja und erstmal sind sie platt, ja und wissen gar nicht, was sie zu tun haben. Ja und da war es einfach wichtig, dass ich als Genesungsbegleiter die Funktion hatte, zu sagen, hey Leute, kommt, ich begleite euch raus ins Leben und zeige euch, was man für Schwierigkeiten hat, wie man es bewältigt und so weiter und so fort. Ja, das war so mein Job. PSW\_1

Es war halt die Herausforderung, dass zum Beispiel der Klient, oder ein Klient, sehr gerne über die Stränge geschlagen hat, mit Drogen zum Beispiel, es war zum Beispiel so, dass er normale Joints, also Gras geraucht hat, und dann halt durch die Urinprobe und so ist es halt rausgekommen, dann ist er zu dem // oder was das ist, also auf das Zeug, die chemische Keule, das chemische Zeug gegangen, ja, und hat sich da das Gehirn abgeballert und dann hab ich zum Beispiel zu ihm gesagt, also wenn du wirklich Suchtdruck hast und du schaffst es nicht ohne Drogen, ja, dann nimm das normale Zeug bevor du dir das Gehirn wegballerst, ja? Weil du schadest dir mehr mit diesem chemischen Zeug wie zum Beispiel mit einem normalen Joint. PSW\_1

Also es ist so, wenn es vertraulich ist... wenn es normale Sachen sind, zum Beispiel habe ich nie nachgefragt beim Personal, was, was der Vorfall war, dass er in die Forensische Klinik gekommen ist. Ich wollte immer, dass der Klient mit mir persönlich drüber redet, damit ich nicht voreingenommen bin, ich hab auch nie praktischerweise Vorurteile gegenüber den Klienten gehabt, so auf die Tour, wie konntest du das machen, [...]. PSW\_1

Ich bin also Teil des Teams ganz normal, ich biete eine eigene Gruppe an, ja, man kann sagen eine Recovery Gruppe, aber sehr niedrigschwellig, es geht mir darum, dass Patienten sich mal Gedanken darüber machen, was weiß ich eigentlich über mich selber, was mir gut tut, mal außerhalb von Konsum, weil ich verspreche mir davon einfach so ein Stück weit eine Stärkung und auch einen Erfahrungsaustausch untereinander, also, ich fang da wirklich ganz klein an, dass Leute, also ich anstoßen möchte, dass Leute mal darüber nachdenken, was kann ich eigentlich für mich selber Gutes tun, vielleicht auch, um ein bisschen mehr Stabilität zu bekommen nach der Entgiftung, weil ich weiß aus Erfahrung, dass kurz vor der Entlassung und auch nach der Entlassung eine Risikosituation ist, an der extrem viele auch scheitern, also was heißt scheitern, aber eben rückfällig werden. PSW\_2

Also es ging immer um die Stärkung der Einzelnen, um die Resilienz zu stärken halt. PSW\_2

Was ich aber auch anbiete ist, das habe ich noch nicht so superoft gehabt, aber das kommt schonmal vor, dass die Patienten so Entlastungsgespräche mit mir haben. Das heißt, wenn jetzt z.B. ein schwerwiegendes Delikt vorliegt, wie ein Tötungsdelikt oder so, und der Patient einfach mal jemanden braucht, der einfach nur zuhört, dann stehe ich dafür auch zur Verfügung. Und das hab ich hier auf der Station auch von Anfang an kommuniziert, also im Praktikum schon, weil ich kenn das eben aus eigener Erfahrung, wenn man einfach nur mit jemandem spricht und das Gefühl hat, dass dieser Gegenüber auch zuhört, das kann schon sehr entlastend sein einfach. Und dafür bin ich dann auch da zum Beispiel. PSW\_3

Ja, von den Patienten, natürlich. Also es gibt Patienten, die dann natürlich auch Ängste haben, weil das dann relativ zügig klar wird, dass die wahrscheinlich in den 63er gehen. Und die haben dann Ängste, was erwartet sie da und wer weiß was Gott alles. Und ich bin dann z.B. auch da, dafür da, zu versuchen, den Patienten Ängste zu nehmen. PSW\_3

Also in der Ausbildung gibt es ein großes Thema Empowerment und Recovery. Das sind zwei komplette Blöcke. Und was ich z.B. während der Arbeit immer ganz gerne mach, wenn ich merke, dass die Patienten ein gewisses Potential haben, eine Art von Hobby zu entwickeln, was man z.B. auch während einer Unterbringung machen kann, für sich. Weil die haben ja dann schon Zeit. Und bei dem Empowerment ist das nach meiner Auffassung so, man kann das nicht von draußen auf ok., also auferlegen, also sagen ja, jetzt mal mal ein Bild und dann geht's dir gut. Es geht eher darum, dass der Patient aus dem Inneren heraus ne Idee entwickelt, woran er Freude haben kann. Das heißt, wenn ein Patient... irgendein Interesse hat... forcier ich das eigentlich darauf, dass der Patient für sich selber ne Idee entwickelt, wie er damit umgeht und wie er's umsetzt. So, so ne Arbeitstechnik, weil wenn man... ne Idee hat, so ne Tätigkeit, die Freude bringt, hat man auch ne erheblich bessere... Chance, wieder gesund zu werden. PSW\_3

### Vermittlung zwischen Team und Patient:innen

Wenn jetzt, das war die Situation wo der Klient mir auch mal Sachen anvertraut hat, wo ich gedacht hab, hey hoppla, muss das jetzt sein oder nicht, ja, ich war aber so in meiner Tätigkeit schon von der Erfahrung her so weit, dass ich ganz genau

herauskristallisieren konnte, was ich sagen muss und was nicht, also Suizid oder wenn er wieder eine Straftat begeht, sowas muss ich sagen, ja, aber so gewisse Sachen jetzt, wo ich dann sagen konnte, oh, das kann bei mir bleiben, das ist dann auch bei mir geblieben, das war aber mit Ansprache vom Personal. Ja? Und dann hab ich halt dem Personal einfach oder ich hab dem Klienten gesagt wenn es jetzt zum Beispiel was Schwieriges war, sagen wir, er hätte jetzt gedealt oder er hätte jetzt Drogen genommen und ich weiß ganz genau, das kommt raus, ja, und es ist auch nicht richtig, was er gemacht hat und er sieht das auch ein, da hab ich gesagt, weißt du was, wir gehen jetzt zusammen zum Sozialarbeiter und reden einfach mit ihm dort. Mir war es wichtig, dass der Klient von sich aus dann das gemacht hat, zum Sozialarbeiter zu gehen, // mit mir und zu sagen, das und das habe ich falsch gemacht, anstatt hinzugehen und das zu verheimlichen. PSW\_1

Ich habe zum Beispiel, wenn es um die Situation geht, einer hat eine Spielsucht gehabt und hat sein ganzes Geld verprasselt, die Sozialarbeiterin war so, dass sie ihm vertraut hat, hat ihm das Geld gegeben, damit er Miete zahlen kann, er hat halt das Mietgeld genommen und hat es verprasselt. Er ist die erste Zeit immer hingegangen und hat das selber geregelt mit der Sozialarbeiterin und einmal hat er es nicht geregelt und hat sich, hat das selber für sich praktischerweise in Ordnung gebracht, indem er versucht hat, mehr Lohn, einen Lohnvorschuss zu bekommen und so weiter und so fort und dann habe ich halt mit ihm auch drüber geredet und hab ihm gesagt, ja, äh, Sozialarbeiter sollte es aber wissen. Von mir erfahren sie es nicht, aber ich finde es halt wichtig, dass der Klient hinget und das hat er dann halt auch gemacht. PSW\_1

Ja eben, weil das bei mir neu war, gab es das so in dem Sinne nicht, ich konnte halt nur von meiner Erfahrung sagen, dass, ich habe das gespürt in dem Sinne bei mir selber, wo ich sagen konnte, also das kann ich jetzt nicht bei mir behalten, das müssen wir besprechen und das habe ich auch mit dem Personal besprochen. Und andere Sachen... Das war praktischerweise so, wir haben, wo wir quasi sagen konnten, da ist keine Gefahr dahinter. Also wenn keine Gefahr oder kein Suizid dahinter war, ja, dann habe ich gesagt, das kann bei mir bleiben, den Rest muss er besprechen. Aber ich war auch immer in Kontakt mit dem Personal. Ja? Das bedeutet, ich habe zu meinen Klienten gesagt, ich plaudere ein wenig herum mit dem Personal, rede mit ihnen, was für eine Entwicklung da sie machen, ja, was wir unternommen haben und so weiter und so fort und erklär das dem Personal, damit die auch meine Schritte und mein Vorgehen praktischerweise, wenn sie beobachtet sind. Ja. PSW\_1

Eher nicht. Also ich komm da regelmäßig jeden Montag hin, das weiß man inzwischen, dass montags Frau [Name] im Dienst ist... es gibt ein paar Kollegen... da hab ich mehrmals dezent versucht, auf ein paar Sachen hinzuweisen, wie man mit Patienten redet zum Beispiel, ich hab aber nicht das Gefühl, dass das verstanden wurde. Ich überleg noch, wie ich da, was ich da weiter machen will, ob ich da über die Stationsleitung mal drüber reden möchte, weil die als deren Vorgesetzte, kann das nochmal anders kommunizieren, aber auf der anderen Seite, das sind Kollegen, die sind auch viele Jahre auch im Dienst, die wissen schon, was sie tun, denen sind vielleicht bisher manche Feinheiten //, aber das auch in ner angemessenen Form zu thematisieren, das ist auch irgendwo eine Herausforderung. PSW\_2

Häufig ist es, ob ich da eine Idee hätte oder ob ich zum Beispiel über bestimmte Selbsthilfegeschichten Bescheid weiß, weil da ändert sich ja auch immer viel und da weiß man, wenn man da nicht direkt vor Ort ist, auch nicht unbedingt alles, ähm, oder es wird nach meiner Erfahrung gefragt, also, wie bist du damals mit einer ähnlichen Situation umgegangen und wenn ich so merke, in einer Visite sitzt ein Patient oder Patientin und ich denke, die oder der hören nicht zu, das kommt nicht an, dann sag ich es nicht während der Visite, das sag ich aber sobald die Tür hinter den Patienten zugeht, warum ich glaube, dass diese oder jene Intervention jetzt grade nicht ankommt und // mit nem Beispiel, warum wir oder andere Genesungsbegleiter, was wir da so für Erfahrungen einzubringen haben, warum das vielleicht der falsche Zeitpunkt ist oder auch die falsche Methode oder was auch immer. PSW\_2

### Psychoedukation

Und dann habe ich ein weiteres Thema, das geht darum, die Patienten aufzuklären, was denn eigentlich ne Schizophrenie ist. [...] Das heißt, auf der einen Seite mache ich für das ganze Haus hier mit die Psychoedukationsgruppe. Die findet einmal in der Woche statt. Da sind dann natürlich die Patienten, die schon bisschen fitter sind. [...] Ich betreibe aber auf der Station permanent immer so ne Art Psychoedukation. Das heißt, Bereiche, die aus diesem Thema sind, die bespreche ich dann einfach explizit auch mit einzelnen Patienten. Das heißt, als Beispiel kann ich z.B. nennen, die meisten Menschen, die ne Schizophrenie haben, haben auch ursprünglich mal irgendwann, sei es aus Selbstmedikamentation, das war bei mir z.B. so, auch massiv Alkohol getrunken z.B. oder Cannabis geraucht. Und ich klär die Patienten dann schon ziemlich explizit darüber auf, dass das nicht funktioniert, wenn man ne psychische Erkrankung hat, besonders bei ner Schizophrenie. Das einfach dazu führt, dass man erneut erkranken wird. Das so als Beispiel einfach. PSW\_3

Einmal ist das dann, also wirklich ne explizite Aufklärung über die Erkrankung, wo ich dann auch, ja zur Unterstützung

dann schonmal Papier und Stift nehme und irgendwas aufzeichne, damit man das so ein bisschen visualisieren kann. PSW\_3

## 4.2 Arbeitsalltag

### Rahmenbedingungen

Ich habe immer selbstständig, also ich habe eigenes Gewerbe und habe selbstständig gearbeitet, von Anfang an, ja? PSW\_1

Und dann hab ich halt so meine Erfahrungen gemacht, ja? Der Klient wurde noch überwiesen, die JVA überweisen auch noch, hab noch einen zweiten Klient dazubekommen, die JVA, durfte diese Leute dreimal besuchen im Monat, normalerweise sind ja immer nur zwei Besuchstermine, ne, [...]. PSW\_1

Und dann hab ich praktischerweise ihn noch außerhalb der JVA begleitet, die beiden, wo sie wieder rausgekommen sind und habe dann praktischerweise 2017, 2016, Dezember 2016 bis Ende 2017 in der forensischen Klinik in [Ort] gearbeitet, habe auch noch Wohnheime, wo ich im Wohnheim gearbeitet habe, aber es ist grade forensische Klinik und da hab ich sehr viele Erfahrungen gemacht, weil ich habe dort drei Klienten gehabt. PSW\_1

Also ich, nein, nein, ich bin selbstständig, also ich habe ein eigenes Gewerbe und habe praktischerweise Rechnungen geschrieben. PSW\_1

Also ich habe Klienten zugewiesen bekommen, also beziehungsweise die haben halt gesagt, da ist ein Klient, bin hingegangen, habe mich mit diesem Klient getroffen und so weiter und so fort mit einem Sozialarbeiter und dann war es erstmal wichtig, dass die Chemie stimmt und so weiter und so fort, dass man sich gut kennenlernt, ja, ob das, ob ich es mir vorstellen kann, ob der Klient es sich vorstellen kann und so sind wir paarweise zusammengekommen. Ich hatte damals, weil das ganz neu war, weil ich der erste bin, wo es gemacht hat, hab ich noch kein Honorarvertrag gehabt, heutzutage hätte ich einen Honorarvertrag, ja? Ich hab damals keinen Honorarvertrag gehabt, [...]. PSW\_1

Das hat sich ständig verändert, weil es war jetzt nicht... also ich habe keine Vorgabe gekriegt, Herr [Name], wir wollen, dass Sie das und das mit den Klienten machen, das war nicht der Fall, es sei denn, es hat mal ein Sozialarbeiter angerufen und gesagt, ein Klient sucht eine Wohnung, ob ich mit ihm zum Beispiel auf Wohnungssuche gehe, ja, das war das einzige, aber sonst war ich jeden Tag irgendwo anders da, [...]. PSW\_1

Es war einfach so, dass ich teilweise vom Sozialarbeiter bekommen habe, der Klient hat die und die Vorlagen, das und das darf er machen, das und das darf er nicht machen, das wurde mir vorher gesagt, von ihm habe ich gewusst, wo mein Bereich abgesteckt ist, aber das war ja keine Vorgabe jetzt von der Psychiatrie, sondern das war ja auch gesetzliche Vorlage halt einfach, ne, und die habe ich eingehalten, aber so in meinem Tätigkeitsfeld, wie ich mit denen arbeite und so weiter und so fort, war das ganz individuell und das konnte ich mir selber erarbeiten in dem Sinne, ja, also ich hab keine Vorgabe gehabt, ich soll jetzt mit dem Klient essen gehen oder ich soll jetzt mit dem Wohnung suchen, oder so was, sondern das hab ich alles selber organisiert, ich hab auch die Termine mit den Klienten selber organisiert. PSW\_1

Im Moment bin ich tätig auf zwei Stationen zu qualifizierten Entgiftung, also in der Allgemeinpsychiatrie, die eine Station behandelt Patienten mit Alkoholabhängigkeit und solcher von Cannabis und Medikamenten, die andere Station behandelt den Rest der illegalen Drogen. PSW\_2

Ich bin in Teilzeit angestellt, ich arbeite zwei Tage die Woche, also insgesamt 16 Stunden. PSW\_2

Das sind zwei getrennte Stationen, also die Klinik [Ort] ist sehr sehr groß, um die 1000 Patienten und genauso viele Mitarbeiter, ich glaube, die haben 80 Häuser oder so, und ich bin einmal auf der Station zur Alkoholentgiftung, da bin ich Montag, ganztätig, und auf der Station zur Entgiftung von illegalen Drogen bin ich dann eben Donnerstag, ebenfalls ganztätig. PSW\_2

Ich mach selbstständige Angebote, ich bin aber Teil des Teams. Bei mir ist es so, ich werde aus dem Budget der Ärzte mitfinanziert, also der Pflege geht nichts verloren dadurch, dass ich da arbeite, das macht es einfacher. Also wenn ich im Team, dann ist das sozusagen on top. PSW\_2

Ich bin an den Tagen ganz normal auf Station und ansprechbar für alle Patienten und auch alle Kollegen und die Gruppe, die angeboten wird, die wird morgens in der Morgenrunde, bzw. beim Frühstück, wird das bekannt gegeben und die

Teilnahme, also ich lege Wert darauf, dass die Teilnahme freiwillig ist, bei der Station für die qualifizierte Alkoholentgiftung ist es quasi so, die müssen es so machen, weil die Krankenkassen sonst nicht mitspielen, also da sind alle Angebote tatsächlich verpflichtend. PSW\_2

Also ich bin recht eigenständig, so unter Absprache natürlich. Und.. ja, teilweise, also ich hab ja keine Therapeutenausbildung, aber ich hab das im Praktikum z.B. schon mit Absprache des Therapeuten, des Psychotherapeuten, und mit der Ärzteschaft so gestaltet, dass ich teilweise auch so'n bisschen therapeutisch gearbeitet habe. Das ist dann immer mit Absprache einfach und mittlerweile ist das so, dass ich dann auch gezielt von der Ärztin z.B. angesprochen werde, ob ich bei einem bestimmten Patienten z.B. mal darauf hinwirken kann, dass der sich öffnet bzgl. der Medikation zum Beispiel. Und das mache ich dann unter Absprache, aber sonst bin ich eigentlich hier von dem Arbeitsablauf hier eigentlich relativ selbstständig und frei. PSW\_3

Es gab... nachdem ich dann eingestellt worden bin, ein Gespräch mit der Pflegedienstleitung und mit meiner Stationsleitung. Und da sind dann so die Arbeitsfelder und Arbeitspunkte schriftlich niedergelegt worden. PSW\_3

Also es gibt bei dem Anbieter, wo ich die Ausbildung gemacht hab, ein Formular zur Praktikumsabsprache. Normalerweise wird vor dem Praktikum ein Gespräch geführt, wo dann irgendwie so ein Formular, das sind so vier, fünf Seiten, mit verschiedenen Fragestellungen abgearbeitet wird, wo festgelegt wird, wie der Arbeitsablauf ist. Bei mir war das so, dass ich immer diese ganz kurzen Wege bevorzuge, weil ich bin ein durchaus fauler Mensch, der stetig an der Arbeitsoptimierung arbeitet. Das heißt, ich hab dieses Formular nicht... besprochen mit meiner Vorgesetzten, sondern wir haben das immer in der ersten Phase einfach kurz abgeklärt. Zum Beispiel, wenn ne Kochgruppe anstand. Da war ich ja noch nicht verantwortlich für. Da ist das dann von meiner Vorgesetzten morgens zu mir kommuniziert worden, dass z.B. um 16 Uhr gekocht wird, auf der A-Seite, sag ich mal. Und welchen Umfang das hat und dass ich da dann mitmachen soll. PSW\_3

Nee, eigentlich nicht. Die Patienten sind [...] Das ist schon ne lange Zeit, um gut arbeiten zu können. Aber die wechseln ja auch immer, [...] Und da muss ich mich dann immer neu einstellen auf die Patienten. Das ist schon bisschen anders, wenn man z.B. in der 63er Klinik ist, wo die Patienten dann mehrere Jahre untergebracht sind. Das ist ja ne andere Herangehensweise dann einfach, aber bei mir kommt hier z.B. immer irgendwann der Punkt, wo ein Patient verlegt wird, oder vielleicht auch freigesprochen wird. In der Form, dass er dann freien Fußes das Haus verlassen kann. Und dann endet bei mir so ne Beziehung auch wieder. Und wenn man jetzt im 63er arbeitet, kann das ja sein, dass man mit einem Patienten fünf, sechs, sieben Jahre zusammenarbeitet. PSW\_3

### Tätigkeiten

[...] und deswegen, weil ich mit denen auch rausgehe und so weiter und so fort, mal aktiv bin, ja, kann ich momentan die Tätigkeit nicht machen und was ich gerne machen würde, wäre Genesungsbegleiter zu begleiten, die praktischerweise in der Psychiatrie arbeiten, ja, und würde die praktischerweise begleiten, was den Job eines Genesungsbegleiters in der Psychiatrie oder forensischen Psychiatrie angeht. Das ist jetzt so das neue, dass ich jetzt für mich erarbeiten möchte in den nächsten Jahren, weil ich gesehen, also ich sehe grade alle meine Klienten arbeiten, momentan, weil das für mich zu anstrengend ist und von meinen Frakturen her zu extrem ist und deswegen möchte ich mich auf diesen Bereich spezialisieren. PSW\_1

Aber danach hab ich mich mit den Klienten selber getroffen. Die waren auch teilweise, weil die ja Erprobung hatten, dass die draußen wieder zurecht kommen, waren die in einer eigenen Wohnung, ja, durften über das Wochenende zum Beispiel in eine eigene Wohnung, oder über so einen Tag, und dann bin ich mit denen... hab ich mit denen halt geredet oder bin mit denen mal Essen gegangen und so weiter, ich hab ihnen sozusagen das Leben fortführend von draußen, hab ich ihnen praktischerweise vermitteln wollen und beibringen wollen. Das war so mein Job, wo ich gehabt hab. PSW\_1

[...] ich bin mit diesen Leuten essen gegangen, ich bin, ich hab mit denen selber gegessen, ich hab ihnen geholfen, die Wohnung einzurichten, ja, wenn ein Schrank aufzuhängen war und so weiter und so fort, das war immer individuell, in dem Sinne, da hat kein Tag dem anderen gelehrt, ne. Ist ja auch ein Unterschied, // musste ja dann auch arbeiten und teilweise haben da Schichtdienst gehabt, dann hab ich sie morgens getroffen oder abends getroffen, je nachdem, ne. PSW\_1

Da ging es zum Beispiel auch darum, dass Handy ausgehändigt worden ist oder ein Schlüssel für die Wohnung und so weiter und dann hab ich einen Schlüssel bekommen oder ich habe Geld bekommen, damit ich mit dem einkaufen gehen kann oder sonst irgendwas oder Baden gehen kann, jetzt ins Freizeitbad gegangen, ne, so ne Sachen wurden da halt gemacht, wo genau, dass man wissen muss, ah, das ist der Herr [Name], der darf das und dann passt das. PSW\_1

[...] der andere Teil war das Gespräch über die Klienten zu führen, ich hab verschiedene Gruppen, eine habe ich übernommen, das war eine Philosophie-Gruppe, das fand ich ganz toll, da waren die Themen frei zu wählen und die war auch gut besucht. Das andere war eine Psychose-Gruppe, die war auch gut besucht und dann hab ich noch ne andere Gruppe gemacht zum Austausch über Erfolg halt, nicht nur unbedingt krankheitsbezogen. PSW\_2

Ich habe, dass ich eventuell eine Gruppe anbieten wollte, habe ich schon mal in Aussicht gestellt, ich hab gesagt, ich brauch noch ein paar Tage, in denen ich mit angucke, was kommen überhaupt für Patienten, die so unterwegs sind, um mir ein bisschen zu überlegen, was für ein Konzept ich mir vorstelle, für die Gruppe und das habe ich dann auch innerhalb weniger Wochen umgesetzt und seitdem läuft diese Gruppe gut. Ich bin dann ein paar Mal angefragt worden, von anderen Stationen, ob ich bei denen auch sowas anbieten möchte, auf der Nachbarstation, dass ist im Akutbereich, habe ich es mit einer Psychologin im Tandem angeboten, das ist auch angenommen worden, ist aber dann von der Stationsleitung irgendwann nicht mehr unterstützt worden und die Psychologin hat auch gewechselt, also im Moment biete ich da keine Gruppen an, ich will das aber wieder aufnehmen da. PSW\_2

Also, ich werfe, wenn ich da montags auftauche, verschaffe ich mir erstmal einen Überblick, wer überhaupt da ist, die Hälfte der Patienten kenn ich regelmäßig und wer mit mir im Dienst ist und also, das ist, es gibt einen freundlichen Umgangston untereinander, es gibt ein paar Kollegen, die sind sich untereinander nicht grün, aber das betrifft mich nicht. Dann nehme ich an der Visite teil, also da ist immer ein Arzt, eine von der Pflege und ich und manchmal, wenn die Zeit hat, nimmt die Sozialarbeiterin teil und für mich ist das wichtig, weil so kriege ich einen guten Überblick, wer auf Station ist mit welchen Befindlichkeiten und Problemen und zum anderen aber eben auch, um sich einzubringen, sowohl, bei dem medizinischen, als auch beim pflegerischen Personal, das ist auch eine win-win Situation für alle. Danach bin ich ansprechbar auf Station für die anwesenden Patienten, danach ist Übergabe, ähm, da wird meine Meinung auch eigentlich regelmäßig erfragt und danach biete ich meine Gruppe an, danach bin ich wieder ansprechbar für alle und zum Schluss meines Dienstes dokumentier ich. PSW\_2

Ich dokumentiere zum einen meine Gruppe, also wer hat teilgenommen, welche Themen gab es, was ist daraus hervorzuheben und ich dokumentier zu einzelnen Patienten, wenn ich mit den Patienten ein Gespräch hatte oder wenn mir irgendetwas ganz besonders auffällt, von dem ich denke, das ist relevant, die Kollegen sollten es wissen und ich bin nicht dazu gekommen, es jemandem so zu sagen. PSW\_2

Ich bin also Teil des Teams ganz normal, ich biete eine eigene Gruppe an, ja, man kann sagen eine Recovery Gruppe, aber sehr niedrigschwellig, es geht mir darum, dass Patienten sich mal Gedanken darüber machen, was weiß ich eigentlich über mich selber, was mir gut tut, mal außerhalb von Konsum, weil ich verspreche mir davon einfach so ein Stück weit eine Stärkung und auch einen Erfahrungsaustausch untereinander, also, ich fang da wirklich ganz klein an, dass Leute, also ich anstoßen möchte, dass Leute mal darüber nachdenken, was kann ich eigentlich für mich selber Gutes tun, vielleicht auch, um ein bisschen mehr Stabilität zu bekommen nach der Entgiftung, weil ich weiß aus Erfahrung, dass kurz vor der Entlassung und auch nach der Entlassung eine Risikosituation ist, an der extrem viele auch scheitern, also was heißt scheitern, aber eben rückfällig werden. PSW\_2

Und was ich auch mache, ich biete Patienten auch immer Gespräche an, also Einzelgespräche. Da können die Patienten dann selber entscheiden, ob das unter vier Augen ist oder ob wir das vielleicht auch, sagen wir mal, halbwegs öffentlich im Raucherraum machen oder was weiß ich wo. PSW\_3

Und z.B. mach ich die Kochgruppe immer bei uns auf der Station. Unser Haus hat drei Stationen, die aber nochmal in eine A- und eine B-Seite aufgeteilt sind. Und ich mach dann auf der A- und auf der B-Seite auf der Station 1 z.B. die Kochgruppe immer auch. Das heißt, ich bereite sie vor, sprech das mit den Patienten ab, wenn z.B. irgendwelche Wünsche sind, was man kochen könnte. Ich geh dann auch kurz einkaufen, also wir sind hier ganz gut angegliedert an diverse Supermärkte. Und bereite das dann vor, das heißt, ich nehm den Wagen des Krankenhauses und stell alles, was gebraucht wird, drauf. Und dann koche ich mit den Patienten zusammen, d.h. ich leite sie eigentlich nur an. Kochen tun die Patienten, aber ich manage das dann so, dass das zum Schluss auch einigermaßen schmeckt, zum Beispiel. PSW\_3

Also ich bin eben auch leidenschaftlicher Hobbykoch, aber hier sind das dann eher so Kleinigkeiten. Die man macht, wir können jetzt hier kein opulentes Fünf-Gänge-Menü machen. PSW\_3

Oder wenn ich z.B. in der Anfangsphase des Praktikums, da wollte ich so ein bisschen das Haus kennenlernen, da habe ich meine Vorgesetzte gefragt, ob ich mal für zwei Stunden in die Ergotherapie mitgehen dürfte. Hab das natürlich vorher mit den Ergotherapeuten abgesprochen, ob das möglich ist. Und dann haben wir geguckt, wann es zeitlich passt, welche

Patienten z.B. von unserer Station in die Ergotherapie gehen. Und dann haben wir das so geplant. Also es gab dann permanent einfach so 'nen, Feedback, wo man dann gesagt hat, so machen wir das. Das sind die Interessen, jeweils auch von mir oder meiner Vorgesetzten. Und wir haben das dann eigentlich nur terminiert, dass wir geguckt haben, wie funktioniert's am besten an dem Tag. PSW\_3

Ja. Eigentlich schon. Also ich komme morgens immer auf Station, meistens 'ne Viertelstunde vor Dienstbeginn. Das erste, was ich mach, ich schütt' mir 'nen Kaffee ein. Das zweite ist, ich frag, ob irgendwas besonderes anliegt. Z.B. ob ein Patient in der Absonderung ist oder ob 'ne Neuaufnahme war, über Nacht, oder wie auch immer. Und wenn jetzt z.B. am Dienstag 'ne Kochgruppe ansteht, dann, ja, frage ich, wie denn z.B. die Besetzung des Pflorgeteams am Nachmittag um diese Zeit ist. Und dann wird das morgens alles abgeklärt und das machen wir immer noch so. PSW\_3

Ja, ich, ich find das ganz gut. Also es gibt natürlich feste Punkte, wie die Kochgruppe oder die Psychoedukationsgruppe. Aber ich find das eigentlich ganz gut, weil bei dem, was ich mach, gerade so beim Kontakt mit den Patienten, Smalltalk mit den Patienten und so, das kann man ja nicht planen, das ergibt sich ja einfach irgendwie. Und letztendlich muss so ein Rahmen da sein, wenn feste Punkte am Tag vorliegen und viele Sachen, die ich so über'n Tag mache, die ergeben sich einfach. Also ich hab z.B. gestern auf der B-Seite ein, eine Kochgruppe gemacht und daraufhin hat ein Patient mich angesprochen, ob wir nicht nochmal ein Gespräch führen könnten. Weil er relativ viele Fragen hat, so, an das Thema Schizophrenie und Psychose oder auch drogeninduzierte Psychose. Und da haben wir dann spontan abgesprochen, dass ich heute, also nach diesem Interview, zu ihm gehe und wir kurz gucken, wann wir das machen und wahrscheinlich werden wir dieses Gespräch, das wird dann ungefähr 'ne Stunde oder anderhalb Stunden dann dauern. Das werde ich heute in der Arbeitszeit dann auch machen. Und das sind dann so spontane Sachen. PSW\_3

### 4.3 Rollenbild

Ja, und was ich halt gemerkt habe, diese Klienten haben immer Probleme gehabt mit den Profis oder mit diesem System der Psychiatrie, was normal ist, kenne ich ja auch als Patient. Ich will das gar nicht schlecht reden, weil Psychiatrie ist einfach nötig, aber die haben zu mir ein ganz anderes Verhältnis gehabt, weil die zu mir gesagt haben, vorm Herr [Name] haben wir Respekt, was der hinter sich hat und was der aufgebaut hat und so haben diese Klienten von mir eher was angenommen, wie jetzt praktischerweise vom Personal. PSW\_1

Es wär jetzt anders gewesen, wenn ich zum Beispiel öfter krank gewesen wäre oder Patienten oder Klienten erzählt hätte, dass es mir nicht gut ging und so weiter und so fort, ja, und hätte dann vielleicht selber meinen Job nicht mehr richtig gemacht, ja, dass ich mehr so in der Opferrolle gewesen wäre, wie in der führenden oder begleitenden Rolle, ja, dann hätte ich Probleme gehabt, aber das war bei mir nicht. Das habe ich immer gesagt, ich bin Genesungsbegleiter, wenn ich Genesungsbegleiter bin, ich war aber auch schon selber in der Psychiatrie als Patient, ja, und hab da auch meine Klienten getroffen, ja, und da war ich dann halt wieder Patient zu Patient und da habe ich keine Funktion als Genesungsbegleiter gehabt, also ich musste das ganz genau praktischerweise auseinanderhalten. Aber das war zum Beispiel im Wohnheim, mal eine ganz andere Seite, da habe ich mal einen Klient gesehen, da hab ich gesagt, oh, ich glaube meine Psychose geht wieder los, ich glaube, ich muss in die Psychiatrie, muss mich behandeln lassen, ja, habe das frühzeitig erkannt, bin dann auch in die Psychiatrie reingegangen und auf einmal war das Thema aber dann in der Runde, ne, wo die gesagt haben: Mensch, wenn sogar der Herr [Name] so rechtzeitig reagiert und sich behandeln lässt und Hilfe entgegennimmt, dann wäre das vielleicht für uns auch mal einen Sinn, das war jetzt mehr so Suchtwohnheim, wenn wir Suchtdruck haben oder sonst irgendwas, uns vorher zu melden, bevor wir Scheiße bauen. Also da habe ich auch praktischerweise als Vorbild fungiert, zu sagen, auch ein Genesungsbegleiter braucht ab und zu Schutz von der Psychiatrie. PSW\_1

[...] mein Job als Genesungsbegleiter bedeutet begleiten und nicht praktischerweise diese Funktion zu haben wie ein Profi jetzt, wie ein Sozialarbeiter oder wie ein Psychologe, ja, die müssen den Klienten ermahnen, müssen schauen, dass er das einhält und so weiter, das war nicht mein Job, ja. PSW\_1

[...] mein Job war es, ihn zu verstehen, das bedeutet als Genesungsbegleiter in seine Rolle reinzugehen, zu verstehen, wo er momentan ist, was momentan in ihm los ist und dann praktischerweise versuchen ihm zu helfen, wieder einen Weg rauszufinden. PSW\_1

Also, ich glaub nicht, dass... ich leg eigentlich Wert drauf, dass ich ein Arbeitnehmer und Kollege bin wie alle anderen auch. Ich denke nicht, dass man den Kollegen von Genesungsbegleitern aufbürden darf, so eine gewisse Achtsamkeit mitzübernehmen, ich glaube diese Selbstfürsorge muss jeder für sich selber leisten, denke ich. PSW\_2

Aber ich bin dann eher so gestrickt, dass ich sag, wenn ich in einem Team arbeite, dann bin ich Bestandteil des Teams und arbeite nicht gegen das Team. Und meine Idee war dann eher so... so'n Zwischenstück zu sein. Das heißt, auf der einen Seite bin ich natürlich viel für die Patienten da, erzähl den Mitarbeitern auch manchmal, wie das so bei mir war, wie ich das wahrgenommen habe, als ich selber Patient in der Psychiatrie war. Aber das mach ich nicht um zu belehren, in irgendeiner Form, das mach ich dann auch oft auch auf so 'ne humoristische Art. Aber das mach ich dann auch, damit die Teammitglieder oder Mitarbeiter sich das so'n bisschen vorstellen können, wie das ist, wenn man in so 'ner Psychose drinsteckt. PSW\_3

## 5 Selbstfürsorge

### 5.1 Abgrenzung

Das Schwierige war auch so der Bereich... dass ich in der Gefahr war, dass ich angefangen habe zu schwimmen, weil ich musste praktischerweise meine ganze Erfahrung, wo ich brauchte praktischerweise, um in der forensischen Klinik zu arbeiten, weil die Klienten sind ja wie Kinder, wo praktischerweise die Grenzen ausprobieren, ja, da habe ich sehr viel Distanz gebraucht und sehr viel Überwindung gebraucht, ja, um praktischerweise dort die Grenzen zu wahren, ja, denen zu sagen, so weit dürft ihr gehen, so weit nicht, ja, das war eine irrsinnige Herausforderung, also mit drei Klienten, das war so ein Stundensatz von fünf bis sieben Stunden in der Woche, war ich total ausgelaugt, so schlapp in dem Sinne. PSW\_1

Das Abgrenzen hab ich an für sich gelernt in der Ausbildung. Also in der Ausbildung haben wir Abgrenzung gelernt, das haben wir durchgenommen, das war ein Modul, so Selbstfürsorge zu halten, das restliche Abgrenzen hab ich gelernt, auch by learning by doing, ja, wo ich dann gesehen hab, also wenn ich jetzt da nicht eine Grenze setze und sage, nein, das geht nicht, ja, dann haben die keinen Respekt mehr vor mir, dann denken die, mit mir können sie alles machen, ja? Die Schwierigkeit war mehr so, was lasse ich zu, wo vielleicht ein Sozialarbeiter früher stopp gesagt hätte und wo muss ich meine Grenzen setzen, damit der Genesungsbegleiter, äh, der Klient merkt, hey hoppla, der Herr [Name], der macht Tacheles, der haut auf den Tisch. Ich hab auch mal die Klienten zusammengestaucht und habe sie zurechtgewiesen, dass ich sowas nicht mehr will und, aber noch mit dem Respekt, dass ich sie nicht beleidigt habe oder bevormundet hab, sondern gesagt hab, so ist es bei mir rübergekommen und von meinem Empfinden her finde ich, dass Sie das und das jetzt richtig machen müssen, ja? Und dann haben sie, (...) ja, hat immer gut funktioniert. PSW\_1

[...] ich hab einfach über [Name] und so weiter, durch diese Klienten hab ich halt einfach gemerkt, dass die Klienten wie Kinder sind, die probieren alles aus. Die, die, die bringen einen zu Weißglut, weil sie praktischerweise alle Grenzen austesten wollen. Auf die Tour, hey, da haben wir einen Genesungsbegleiter, das ist ein guter Freund, mit dem können wir es machen. Und das war so mehr das wo ich dann gesagt hab, hey, da muss ich eine klar Linie haben, da müsst ich ganz genau wissen, das dürft ihr mit mir machen und das nicht. PSW\_1

Ich sag, dass bestimmte Dinge schlichtweg nicht gehen, auch, ich weise auch darauf hin dass ich, wie alle Mitarbeiter, Dokumentationspflicht habe, dass ich mit meinen Kollegen im Gespräch bin, dass ich Dinge nicht für mich behalten kann, dass es auch im Sinne der Mitpatienten nötig ist, dass das in diesem Rahmen aufrecht erhalten bleibt, dass ich für Aufträge und solche Geschichten nicht zur Verfügung stehe, das muss ganz klar so kommuniziert werden, da sind dann immer so Hoffnungen mit verbunden, ich komm da jetzt doch irgendwie mit drei Hintertüren durch und das muss ich ganz klar sagen, dass das mit mir nicht machbar ist. Wenn die sowas machen wollen, dann bitte ohne meine Beteiligung... das geht nicht. PSW\_2

Nicht mehr. Also ich hab paar Jahre lang Selbsthilfegruppen besucht, ich hab irgendwann //, also ich hab gemerkt durch die Arbeit in den Fortbildungen, ich muss ja ständig reflektieren, es geht ja dauernd um mein Erfahrungswissen und was hat mir geholfen und was eher nicht und da hab ich wirklich reichlich und oder auch überreichlich Gelegenheit, sowas zu tun und im Moment ist es so, also die Arbeit auch auf der Suchtstation trägt ganz sicher dazu bei, dass ich keinerlei Wunsch verspüre, noch rückfällig zu werden, weil ich hab ja dieses Folgen ständig vor Augen und da ist jetzt erstmal nichts attraktiv dran für mich. PSW\_2

Also ich kann mich mittlerweile recht gut abgrenzen. Und ich geh das recht professionell an. Was auch ein Vorteil ist, wenn man kein Mitleid hat. Das heißt Mitleid heißt ja, das man selber darunter leidet, wenn's einem anderen schlecht geht. Mitgefühl hab ich, auf jeden Fall. Ohne Mitgefühl könnte ich das auch nicht tun. PSW\_3

Aber ich hab gelernt, auch durch meine Erkrankung, dass ich nicht Schuld dadran bin, wenn bei einem anderen Menschen

irgendwas schiefgelaufen ist. Ich glaub, das muss man sich, also das müssen Sie als Psychologin dann wahrscheinlich auch, Sie müssen sich da auch komplett abgrenzen. PSW\_3

Also ich kann, ich kann, das ist ganz wichtig für alle Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten. Wir hatten hier auch schon eine Mitarbeiterin, die konnte das nicht so gut. Das ist also natürlich nicht nur bei Genesungsbegleitern ne Gefahr, das ist bei allen ne Gefahr. Aber das, ich, ich denke, dass das absolut wichtig ist, dass man sich richtig abgrenzen kann. PSW\_3

## 5.2 Rituale, Tagesstruktur, Pausen

Ja, ne Menge sogar. Das... erste Ritual, was ich betreibe, ich bin ein Frühaufsteher. Also ich steh in der Regel zwischen halb vier und vier Uhr morgens auf. Und trink grünen Tee und das ist ein Ritual von mir. Also ich mach morgens direkt so ne anderthalb Liter-Kanne Tee. Und dann hab ich ein Ritual, dass ich den vergangenen Tag reflektiere, so ein bisschen. Wo ich nochmal verschiedene Dinge durchgehe, damit mir das bewusst ist, was ich machen muss, um vielleicht irgendwelche Probleme, zwischenmenschliche Probleme z.B., anzugehen. Dann meditiere ich jeden Morgen. Und das ist auch ein Ritual, was dazu führt, dass ich recht ausgeglichen bin. Und anschließend gehe ich dann immer den kommenden Tag durch, d.h. ich bereite den Tag vor. Ich weiß immer ungefähr, was auf mich zukommt, weil ich ja die Patienten kenne, ich weiß ungefähr, was anliegt und so. Und dann mach ich so ne grobe Tagesstruktur für mich. Also Tagesstruktur ist ja so ein Thema für Menschen mit psychischer Erkrankung. Aber auch für gesunde Menschen. Also ohne Tagesstruktur neigt man dazu, auf Dauer zu verdottern. Und das heißt, ich plane morgens so ein bisschen den Ablauf des Tages, so grob, also ich kann das natürlich nicht im Detail machen, aber so grob plane ich den. Und dann habe ich noch ein Ritual, was ich auch z.B. den Patienten immer darlege. Ich hab feste Zeiten, wann ich meine Medikation einnehme. Also das ist z.B. nehme ich die morgens um 6 Uhr und nachmittags um 15 Uhr. Ich könnte sie auch um 16, 17 Uhr nehmen oder morgens um 9 Uhr, aber ich hab so'n festes Ritual. Und was ich dann noch zur Selbstfürsorge mache ist, dass ich viel, sehr viel Zeit mit mir alleine verbringe. Und das brauche ich auch. Wenn ich z.B. einen Abend mit Freunden verbringe wie heute z.B. nach der Arbeit bin ich noch zum Essen eingeladen. Dann guck ich, dass am nächsten Tag, also wenigstens am Vormittag, kein Termin ansteht. Wo ich dann noch irgendwo groß... agieren muss. PSW\_3

Ja, auf jeden Fall! Also ich hab das ab und an mal, dass ich ein Gespräch mit einem Gespräch mit einem Patienten hab, das kann dann ruhig mal eine Stunde, anderthalb Stunden dauern. Wir haben z.B. einen Patienten, der, sagen wir mal, etwas redeübersteigert ist. D.h. der redet anderthalb Stunden, hört aber nicht zu. Und weil der dann auch in einer Manie ist, redet der natürlich auch von Höckskes auf Stöckskes und... ja, auch viele Sachen, die, sagen wir mal, auf... ja, seiner Fantasie entsprungen sind. Und wenn ich dann so ein Gespräch hab, brauch ich ne Pause. Das heißt, ich geh dann nach dem Gespräch ins Stationszimmer, wo dann in der Regel zwei von der Pflege sitzen. Bei uns muss jede Station mit zwei Pflegern, oder Pflegerinnen besetzt sein. Und dann... sage ich kurz, dass ich jetzt aus dem gerade genannten Grund mal ne Pause brauch. Weil man kann ja nicht irgendwie, ich bin hier im Schnitt sechs Stunden am Tag und man kann nicht sechs Stunden nur zuhören und Kommunikation betreiben. Ich vermute mal, dass das eigentlich kein Mensch richtig kann. Und dann nehme ich mir auch die Pause einfach und da wird mir von der Pflege oder auch von meiner Vorgesetzten immer wieder gesagt, dass ich auch mal einfach... rausgehen kann. Und das mach ich auch ab und zu mal, wenn ich z.B. so ein Gespräch hatte. Dass ich dann einfach mal für zehn Minuten oder ne Viertelstunde mich dann in den Hof setze um so ein bisschen Luft ans Hirn kommen zu lassen. Und das wird auch unterstützt so. Also ich glaub, das ist ganz wichtig, ich hab jetzt keine feste Pause hier während meiner Arbeitszeit. Aber das ist schon vonnöten, dass ich zwischendurch mal, sagen wir mal, entspannen kann. PSW\_3

## 5.3 Hobbies

Nein, das ist nicht das E i n z i g e was ich für mich gutes tue, ich habe, hier vor ein paar Jahren, habe ich mir zwei Hunde angeschafft, weil ich hab depressive Tendenzen und wenn ich keine Drogen und keinen Alkohol konsumiere, sind die stärker, als wenn ich die abdichten würde, ganz klar, das ist nachteilig in meinem Fall, und diese Hunde zwingen mich natürlich dazu, mehrmals am Tag auch tatsächlich vor die Tür zu gehen, ansonsten würde ich nur zur Arbeit aufstehen, so tue ich das auch in meiner Freizeit, weil ich eben diese Verpflichtung habe, für die zu sorgen und damit Sorge ich auch gut für mich und bringe mich auch mit anderen Menschen ins Gespräch, also, die wirken meinen Rückzugstendenzen entgegen, ja. PSW\_2

Und ein weiterer Punkt der Selbstfürsorge ist auch die Beschäftigung mit Kunst, so wie ich das mache. Wenn ich z. B. in meinem Atelier arbeite oder so, ist das wie Urlaub in der Südsee mit Schnorcheln und Tauchen im Riff (lacht). PSW\_3

Ich bin auf der einen Seite eine Art Konzeptkünstler. Das Konzept ist aber mittlerweile so ausgereift, dass ich das in Kürze verschriftlichen werde. Letztendlich baue ich kinematische Kunst, sprich Kugelbahnen. Kugelbahnen kennt jeder, als kleines Kind hat jeder sowas schon gehabt. Ich hab die Kugelbahnen nicht erfunden, aber die sind ein bisschen komplexer die Sachen, die ich da baue. Und das mache ich. Und das ist eben auf der einen Seite mag man es als Hobby ansehen, aber das ist schon relativ professionell, was ich da mach. Und das bringt mir eben Freude und Wohlbefinden. Das ist auch so, das meinte ich z.B., dass ein Patient durchaus auch in einer Unterbringung für sich ein Hobby entwickeln kann, was Wohlbefinden bringt. Und das, was ich noch zur Selbstfürsorge mach... Menschen, die 'ne Schizophrenie haben, haben, sind sehr anfällig bei, Stresssituationen. Das heißt Stress, da gibt's ja auch dieses Stress-Vulnerabilitäts-Modell. Und Stress kann man nicht immer vermeiden, das ist natürlich utopisch, dass ich komplett ohne Stress arbeite. Aber ich hab Techniken entwickelt, wie ich z.B. nach einem erhöhten Stresspegel das relativ gut wieder abbauen kann. Und das sind z.B. ich wandere sehr gerne. Also ich mach regelmäßig Wanderungen oder auch sehr lange Spaziergänge. Bei Wind und Wetter. Und da kann ich hervorragend Stress mit abbauen. Das ist auch sowas, was für die Selbstfürsorge ganz gut funktioniert. PSW\_3

## **6 Empfehlungen**

### 6.1 Persönliche Eignung des Genesungsbegleiters

Also ich sehe halt auch eine Gefahr dahinter, einen Genesungsbegleiter in die Forensische Klinik mit reinzunehmen und ich sehe das auch skeptisch, weil ich hab gemerkt, was für Schwierigkeiten ich teilweise reingekommen bin mit den Klienten, ne und da wär's halt wichtig, also das kann man jetzt nicht eindeutig sagen, das und das muss er beachten, sondern das muss er praktischerweise mal durchmachen und das muss man mal sehen, dass so ein Genesungsbegleiter auch seine Fehler hat oder Fehler macht und muss schauen, dass die Fehler halt nicht so sind, dass praktischerweise so fatal sind, dass man es nicht mal mehr rückgängig machen kann, ne? PSW\_1

Aber an die Grenzen bin ich gekommen, das Schwimmen war wahr, das Schwimmen wird jeden Genesungsbegleiter betreffen, der in der forensischen Klinik arbeitet, dass er merkt, hey hoppla, hier ist was passiert, hier gerade, wo ich nicht mehr unter Kontrolle hab. Und da fand ich halt wichtig, ich bin ein sehr authentischer Mensch, ich merk dann einfach, dass ich weiß, was richtig ist, im richtigen Moment, ja, und das hat mir geholfen, darüber hinweg zu kommen und ich glaube, das ist das Wichtigste, wo ein Genesungsbegleiter, grade in der Forensischen Klinik, braucht, dass er halt authentisch und wahrheitsgetreu ist, ja, dass er einfach weiß, was er in jeder Situation gefühlt-mäßig tun muss, ja. PSW\_1

U n d was natürlich, was Sie auch, meiner Meinung nach ganz richtig machen, dass man halt mal einen Praktikanten nimmt, man muss ja nicht gleich sagen, wir stellen Genesungsbegleiter ein, aber dass man mal einen Hospitierenden, einen Praktikanten da hat, weil Genesungsbegleiter sind halt auch sehr sehr unterschiedlich und wenn das mit dem ersten, kann Erfahrungen machen, dass das Projekt nicht gleich beerdigt wird sondern, dass man halt mal den nächsten einlädt. PSW\_2

### 6.2 Freies Arbeiten

[...] ja, das war bei mir anders, weil ich extern war und ich hatte halt die Freiheit, mein Genesungsbegleiter-, also das ressourcenorientierte, das Empowerment und so weiter, Recovery, das richtig auszuleben mit den Klienten, weil ich hab keine Vorlagen gehabt, also die Psychiatrie war nicht mein Chef, sondern ich war mein eigener Chef und konnte es praktischerweise selber entwickeln, das war mein Vorteil. PSW\_1

Ähm, was mir geholfen hat, war praktischerweise die Freiheit zu haben, dass ich als Genesungsbegleiter mit den Klienten meinen Job ausüben durfte. Dass es zum Beispiel nicht geheißsen hat, du machst jetzt das und das und das, also dass sie mir nicht vorgeschrieben haben, wie ich meine Job mache, sondern dass ich sagen durfte, ich bin Genesungsbegleiter, ich weiß, wie ich meinen Job mache. Weil, ich habe gesagt, ihr könnt ja nicht wissen, wie ich meinen Job mache, weil ihr seid Profis, ich bin, [lacht] ich bin hier grad in eigener Sache, ja, das sind Sachen, die muss ich selber wissen, was ich zu tun und zu lassen habe, das dürft ihr mir nicht vorschreiben. Ihr dürft mir nur vorschreiben, was der Klient jetzt für Einschränkungen hat und was Sache ist, aber wie ich das mache, da müsst ihr mir vertrauen, dass ich das richtig umsetze. PSW\_1

[seufzt] Ich sag nur so, ihr habt eine irrsinnige Herausforderung... Die erste Herausforderung ist, ich war extern, ihr habt den im System drin, ihr habt die Herausforderung, den Genesungsbegleiter seinen Job machen zu lassen, so, wie er es gelernt hat und ihn etwas zu trennen von diesem psychiatrischen System, [...]. PSW\_1

### 6.3 Gegenseitiger Respekt

[...] ihr müsst ihn aber auch in das psychiatrische System integrieren, damit er seinen Schutz hat, was Supervision angeht und so weiter, was das angeht, also das wird die größte Herausforderung sein, das ist die Herausforderung, wo alle haben, [...]. PSW\_1

Das andere ist, die Herausforderung wird auch sein, das gegenseitige Vertrauen, ja, dass praktischerweise ihr dem Genesungsbegleiter vertraut, dass er seinen Job richtig macht und ihn auch ein wenig beobachtet und begleitet, also nicht bevormunden, sondern begleitet und auf der anderen Seite muss auch der Genesungsbegleiter zum Personal Vertrauen haben, dass er sagt, auch wenn ich mal einen Schnitzer mache, ich werde nicht gleich aufgehängt und gekündigt, sondern das ist normal, weil ich jetzt grade anfangen, weil das was Neues ist, aber wir entwickeln was daraus. Das sind so die zwei Herausforderungen, wo man sieht, das eine ist das psychiatrische System, wie man damit umgeht und auf der anderen Seite das gegenseitige Vertrauen. [I: Haben Sie einen Tipp für beides?] Ja, learning by doing. PSW\_1

Das ist überall individuell. Jede Klinik ist anders, da kann ich gar nichts sagen, das Wichtigste ist halt einfach auch, so wie beim Klient und beim Genesungsbegleiter der Respekt sehr wichtig ist, ja, so ist das auch wichtig und das finde ich eigentlich das Allerwichtigste, wenn ihr gegenüber dem Genesungsbegleiter und der Genesungsbegleiter gegenüber euch irrsinnigen Respekt habt, vor eurer Arbeit und vor der Arbeit des Genesungsbegleiters, ich glaube, dann habt ihr gute Karten. PSW\_1

### 6.4 Information und Vorbereitung des Teams

Ich glaube, man muss diesem Pflegepersonal einfach sagen, dass der Klient mit dem Genesungsbegleiter öfters alleine ist, ja, und, zum Beispiel in seiner Wohnung oder was, und wenn die natürlich den anrufen und den so irgendwie provozieren und der rastet aus, dann ist ein Genesungsbegleiter in der Gefahr und das musste ich dem Pflegepersonal klar machen, dass ich gesagt hab, ihr müsst auch ein wenig mitdenken, in dem Sinne, was ihr bei diesem Klienten bewirkt oder bei eurem Patienten bewirkt und was für einen Patient ihr halt auch eurem Genesungsbegleiter überlasst. PSW\_1

Ja, weil, wenn der zum Beispiel Patient ist, der bei euch auch Patient war oder Genesungsbegleiter ist, der bei euch Patient war und der hat auf einmal alle Schlüssel und guckt in alle Räume rein, das ist ein bisschen schwierig, wo dann manche werden die Stirn runzeln und sagen: Moment, was macht den der hier. PSW\_1

Ich denke mal, die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, ja, ok, kann man so machen, aber, ich denke, man hätte das Team informieren müssen, wenn schon nicht schulen, dann wenigstens informieren, vielleicht auch einen kleinen Workshop, wie Sie es in Ihrer Einrichtung gemacht haben, zumindest für die Stationen, wo absehbar ist, dass sie Genesungsbegleiter bekommen, das, also sowas fänd' ich wünschenswert. PSW\_2

Dass man mal ein paar Genesungsbegleiter einlädt und die kennenlernt, ich glaube, das bringt viel viel mehr, als sich im Vorfeld mit viel Papier und Theorien und Büchern zu beschäftigen, also klar, man sollte sich informieren, was Genesungsbegleitung überhaupt ist, dass es diese einjährige Fortbildung ist, dass es Erfahrene sind, dass es hinterher vollwertige Kollegen sein sollen und wollen, aber ich glaub, also so ein Workshop, wie Sie es gemacht haben, also ich wüsste jetzt nichts, was man viel besser machen könnte, vielleicht, es gab mal eine Einrichtung, das war aus dem sozialpsychiatrischen Bereich, die hat Ihre Mitarbeiter, haben denen eine Fortbildung verordnet, zum Thema Genesungsbegleitung, die haben eine Frau eingeladen, die Genesungsbegleiter-Kurse veranstaltet, also eine Ausbilderin von Genesungsbegleitern, die haben ja nochmal eine andere Perspektive, und können vielleicht gut beschreiben, worin es in der Ausbildung geht, das wäre vielleicht auch hilfreich zu wissen für Mitarbeitende, damit die eine Vorstellung davon bekommen, was hat so ein Genesungsbegleiter in dem einen Jahr eigentlich gemacht, womit hat der sich auseinandergesetzt, was hat der für Fähigkeiten erworben, ich glaube, das wäre auch nochmal hilfreich. PSW\_2

Also was wohl ganz gut ist, wenn Sie den Aspiranten für den Job schon im Praktikum hatten, das wirklich relativ transparent zu machen und... permanent einfach im Austausch ist. Das hat aber nach meiner Meinung nichts mit der Genesungsbegleitung zu tun, das hat nach meiner Meinung überhaupt was mit der Einstellung zu tun, wie man eigentlich im Team zusammen arbeitet. Also ich hab ziemlich viel Erfahrung, ich hab fast anderthalb Jahrzehnte 'ne Jugendabteilung in einem Sportverein geleitet. War auch Trainer in diesem Sportverein und da war ja auch schon... Teamarbeit angesagt und da, man muss sowas einfach transparent machen. Umso transparenter die Dinge sind, umso einfacher wird das für alle Beteiligten nach meiner Meinung. PSW\_3

Also eine der grundlegendsten Informationen sind eigentlich, dass der Genesungsbegleiter z.B. kommuniziert, dass er in einem stabilen Zustand ist und auch Erkenntnisse hat, wie er den weiterhin beibehalten kann. Und was ich hier z.B. hier in der Klinik immer kommuniziere – ich hab schonmal ab und zu so, hm, etwas merkwürdige Tage bei mir im Leben. Ich hab das aber so hingekriegt, dass ich das immer in meiner Freizeit hab. Und ich kommuniziere z.B. hier in der Klinik, wie ich damit umgehe. Um einfach transparent zu machen, dass ich auch z.B. so Sachen wie Selbstfürsorge sehr ernst nehme. Weil, ich hatte ja jetzt vier Psychosen und laut Statistik müsste ich ja eigentlich im betreuten Wohnen irgendwo sein. Bin ich aber nicht. Und ich mach dann hier in der Klinik transparent, den Mitarbeitern und natürlich auch zu den Patienten, wie gehe ich eigentlich selber damit um. Also das ist ja das aus der eigenen Erfahrung und der eigene Umgang erzählen z.B. Ne. Fällt mir jetzt gerade so spontan ein. PSW\_3

Ne Vorabinformation. Das heißt, dass man das Team, wo die Genesungsbegleitung eingesetzt werden soll, explizit informiert, bzw. wenn's so 'ne, also ich weiß nicht, so 'ne Art Vorabinformation, was ist das eigentlich, worum geht's da? Und dass man die Teammitglieder vorab mit ins Boot holt. Alle wird man nie mit ins Boot holen, aber einen Teil wird man mit ins Boot holen, das find ich sehr wichtig. PSW\_3

## 6.5 Klare Absprachen

Weil sonst gibt es so ein Kuddelmuddel und ich hab halt gemerkt in meiner Tätigkeit, das muss sehr gut strukturiert sein und das muss sehr klar sein, die Linie, wie ein Genesungsbegleiter zu funktionieren hat, weil sonst endet das im Chaos. Und da seh ich halt auch als Gefahr, wenn man Genesungsbegleiter in die Forensik, gerade in die forensische Klinik reintut und da nicht genaue Richtlinien hat, das, das, (...) da macht man mehr kaputt wie es recht ist, ne? PSW\_1

Und am Anfang wird man noch schwimmen, ist klar, alles neue Herausforderung, aber euer Klient, euer Genesungsbegleiter hat ja schon Praktikums bei euch gemacht, das ist schonmal gut und es geht nur per learning by doing. Und da sind halt auch Fehler vorprogrammiert, wichtig ist halt einfach, dass der Genesungsbegleiter ein gutes Vertrauen hat zu seinen Sozialarbeitern, wo er Kontakt hat oder dass er auch eine Vertrauensperson vielleicht auch hat, in der Forensischen Klinik, wo er alles besprechen kann und wo er nicht // wird, sondern, dass es heißt: Besprich mit mir alles, damit du Klarheit bekommst, das ist wichtig halt einfach, dass er nicht in der Luft hängen gelassen wird, und sagen: Du machst jetzt dein Ding und dann ist egal, das ist deine Verantwortung, sondern, dass er einfach eine Ansprechperson hat in dem Sinne, wo er, ja, wo er Schutz hat. PSW\_1

Aber es wäre halt wichtig, dass es nicht ein Sozialarbeiter ist, in der Forensischen Klinik, wo er alles besprechen kann, sondern, dass es wirklich eine Vertrauensperson wär, wie zum Beispiel ein Seelsorger oder sonst irgendwas, wo er halt einfach sagen könnte, Mensch, da kann ich das alles erzählen, ja, und hab da meinen Schutz. [*I: Was spricht gegen den Sozialarbeiter oder irgendeinen anderen Klinikmitarbeiter?*] Nein, dagegen spricht gar nichts. Das war jetzt nur ein Beispiel. Einfach jemanden zu haben, in dem Sinne, wo neutral ist, ja, und wo ihn neutral annimmt und wo halt auch vielleicht so seine Schwierigkeit sieht als Genesungsbegleiter, ja, weil das ein ganz anderer Bereich ist, wo, also auch Kenntnisse hat über Genesungsbegleiter und weiß, ah ja gut ok, aus dem und dem Grund hast du so gehandelt, jetzt macht das ein Profi nicht, aber du bist Genesungsbegleiter, also versteh ich das, aber des und deswegen bist du jetzt ins Schwimmen gekommen, ja? Dass er das ein wenig auseinanderhalten kann. PSW\_1

Ja und da müsst ihr euch sehr gut im Klaren sein, so auf die Tour, wo dann halt auch der Genesungsbegleiter in der Verantwortung ist, zu sagen, nein, jetzt gehe ich da nicht hin, jetzt will ich nicht mit ihm zu tun haben. Und das hat dann auch so ein Pflegepersonal zu tun, also so einen Druffi will ich nicht haben, beruhigt den erstmal, dass er wieder auf den Boden kommt und dann kann ich mit ihm reden, ja, das ist nicht mein Job, das ist euer Job. Also da muss eine klare Linie da sein. PSW\_1

## Codebuch Fokusgruppen Mitarbeiter:innen

Themenbezeichnung	Beschreibung	Textbeispiel/Erklärung	Gegenbeispiel
<b>1 Vorbereitung und Einarbeitung</b>	Voraussetzungen aus Sicht der Mitarbeiter:innen der KFP für die erfolgreiche Implementierung von Genesungsbegleitung	Rahmenbedingungen und verbindliche Absprachen, die bestehen müssen, bevor der Einsatz des Genesungsbegleiters beginnen kann bzw. die den Erfolg des Projekts gewährleisten sollen	
1.1 schrittweise Einarbeitung	Behutsame, langsame Einarbeitung des Genesungsbegleiters durch Vermitteln von Grundsätzen der Arbeit in der KFP, Mitlaufen zu Beginn etc.	Letztenendes sagen wir ja auch, also ich denke das ist ein gutes Beispiel mit den Medizinstudenten und den Psychologiepraktikanten, wenn der Patient sich irgendwie auslassen will, einfach zu sagen: Ich nicht. Gehen Sie zu dem oder keine Ahnung zumindest erstmal, weiß ich nicht wie sich das entwickelt und wenn man da so rangeht als wenn er Praktikant ist... gut die Psychologiepraktikanten haben halt mehr Vorwissen.. aber wenn man ihn erstmal als Praktikanten einstuft und ihn erstmal einfach Sachen mit einfach Patienten machen lässt, könnte ich mir vorstellen dass das funktioniert. Natürlich auch in Begleitung von Personal. (B2_5)	Nicht gemeint ist die Einarbeitung in bspw. Pflgetätigkeiten wie das Richten von Medikamenten
1.2 Abgrenzung, Rollenklarheit	Schutz vor emotionaler Überforderung im Arbeitskontext, Umgang der Genesungsbegleiter:innen mit Gefühlen gegenüber Patient:innen	[...] deswegen finde ich das auch so wichtig, dass das Gerüst steht, bis dahin darf ich arbeiten, wenn Grenzüberschreitungen sind, sofortige Rückmeldung und mit ihm reden. Für ihn muss klar sein, das kann ich mit dem Patienten machen und übertrete ich diese rote Linie ist... das muss ihm klargemacht werden. (B2_6)	Nicht gemeint ist etwa die Abgrenzung zwischen Mitarbeiter:innen und dem Genesungsbegleiter

1.3 hilfreiche Verhaltensweisen der Mitarbeiter:innen	Was die Mitarbeiter:innen zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen können und müssen		
<i>Gleichbehandlung</i>	Dem Genesungsbegleiter sollte die gleiche Offenheit entgegengebracht werden und die gleichen Bewertungsmaßstäbe an seine Arbeit angelegt werden, wie bei jedem anderen neuen Kollegen	[...] und ich glaube es ist wirklich eine Frage der Einarbeitung und der Vorbereitung wie Sie sagen, weil... machen wir uns nichts vor, hier im Team, also nicht in diesem Team, sondern so allgemein, gibt es auch einige, die Informationen nach außen tragen. Also wir erwarten sozusagen von ihm besser zu sein als der Durchschnitt des gesamten Teams muss man sagen. Klar, er muss also immer mehr machen als die Professionellen, die angestellt werden, also das ist irgendwie klar weil er irgendwie im Fokus steht und man halt weiß dass er abstinenter Süchtiger ist. (B2_5)	Nicht gemeint ist etwa die Gleichbehandlung im Sinne der gleichen Aufgaben für den Genesungsbegleiter und die Pflegenden
<i>Integration ins Team</i>	Der Genesungsbegleiter muss von Mitarbeiter:innen wie auch Patient:innen klar als Teil des Behandler:innenteams anerkannt werden	Man muss ja auch gucken, wie der sich fühlt, ne. Wenn der jetzt auf eine Station, auf eine Station kommt und alle erstmal skeptisch sind, dann muss er ja eigentlich auch darauf vorbereitet sein und gewesen sein, kam ja ganz gut an, [Name], oder? So wie er aufgetreten ist. Aber ich finde das auch wichtig, dass es dem nicht total schlecht dabei geht. Dass dann alle Kollegen da an einem Strang ziehen, ne. (B1_5)	Nicht gemeint ist der Aufbau eines freundschaftlichen Verhältnisses zu dem Genesungsbegleiter
<i>Schutz vor Missbrauch durch Patient:innen</i>	Der Genesungsbegleiter muss vor Manipulation und Erpressungsversuchen durch Patient:innen geschützt werden	Hm. Weil das hängt ja auch alles bisschen zusammen. In dem Moment, wo er Informationen bekommt und vielleicht auch Informationen von Patienten bekommt, wo sich was befindet. Er kann ja genauso gut ausgetrickst	Nicht gemeint ist Missbrauch im Sinne von körperlichen Übergriffen

		werden, indem man ihm einfach so ein fiktives Versteck nennt und die einfach nur rausbekommen wollen: hält er dicht oder nicht, ne? Und am Ende kommt das dann rum, dass er nicht dicht hält und dann ist er genauso außen vor wie wir. Ja, das ist dann schwierig. (B2_6)	
<i>Schutz vor Missbrauch durch Team</i>	Der Genesungsbegleiter darf nicht für Aufgaben eingesetzt werden, die nicht seinem Arbeitsauftrag entsprechen	Wenn er letzten Endes von jeder Berufsgruppe die blöden Aufgaben übernimmt, wo wir sagen: Da habe ich keine Lust drauf. Hier Herr Genesungsbegleiter, können Sie mal das und das und das machen? (B1_7)	Nicht gemeint ist Missbrauch im Sinne von körperlichen Übergriffen.
1.4 Flexibilität	Implementierung als Prozess betrachten und ggf. Aufgaben anpassen, Änderungen der Tätigkeitsbeschreibung im Verlauf zulassen	[...] das kann man aber auch nur dann machen wenn man weiß... also erstmal muss er gut eingearbeitet sein und dann muss man erstmal gucken wie der von der Persönlichkeit her ist.. das kann sich erst ergeben wenn er schon eine Zeit hier ist. (B2_1)	Nicht gemeint ist Flexibilität im Sinne einer höheren Fehlertoleranz dem Genesungsbegleiter gegenüber
<b>2 Anforderungen an den Genesungsbegleiter</b>	Eigenschaften und Sozialverhalten, das der Genesungsbegleiter aus Sicht der Mitarbeiter:innen erfüllen sollte		
2.1 Genesungsbegleiter wird sich im Team beweisen müssen	Vertrauen und Respekt der Mitarbeiter:innen kann der Genesungsbegleiter nur im Lauf der Zeit durch gute, professionelle Arbeit erhalten	Das kommt natürlich darauf an wie er auftritt. Ich meine wenn er so auftritt, ist natürlich das Vertrauen aus... also das kommt auch auf ihn an in wie weit er sich wie vorstellt, wie er sich ins Team einbringt und auch wie er Patienten gegenüber auftritt. Und dann wird sich das in diesem Moment wenn man ihn kennenlernt ja erstmal ergeben. Ich meine wenn das jetzt so wie bei euch oder wie bei der... also ich hab ihn ja nicht kennengelernt, aber da kann	Nicht gemeint ist „beweisen müssen“ im Sinne von „Stärke zeigen müssen“

		<p>ich mir das schon vorstellen wenn man so einer Distanz... Person gegenübertritt und sich denkt: Oh wie weit kann ich gehen, wie weit kann ich nicht gehen? Das liegt an ihm denke ich. Oder weniger an uns. Also ich rede jetzt von mir. Wenn er mir so gegenübertritt würde ich mir erstmal denken: Oh, wer ist er? Ist er denn eigentlich ein Forensiker oder ist er bloß straffällig geworden? (B1_4)</p>	
2.2 Professionelle Distanz durch Siezen	<p>Der Genesungsbegleiter sollte in der Beziehung zu den Patient:innen den nötigen emotionalen Abstand wahren, (auch indem er, wie die anderen Mitarbeiter:innen, das „Sie“ verwendet)</p>	<p>Das ist vorhin gesagt worden: er ist kein Patient. Er gehört zum Stationsteam und wenn das Stationsteam die Patienten siezt, das Haus ist ja dazu angehalten alle zu siezen, wo ist das Problem? Wenn man ihm sagt, pass mal auf, du kannst so nicht arbeiten oder versuch es doch mal dass du vielleicht eine gewisse Distanz zum Patienten kriegst indem du mit ihm per Sie bist. Wo ist das Problem? Natürlich kann man auch per Du, es gibt ja auch keine Erfolgsgarantie mit dem Sie, dass dann alles gut läuft, aber man kann ja erstmal versuchen. Und wenn er sagt, ich krieg einen besseren Zugang wenn ich die duze, dann soll er es halt so machen, aber von vorne rein gleich diese Distanzlosigkeit finde ich einen Fehler. (B2_6)</p>	<p>Nicht gemeint ist etwa physische Distanz zu Patient:innen</p>
<b>3 Bedenken</b>			
3.1 Gegenüber dem Konzept	Allgemeine Bedenken		
<i>Kürze der Ausbildung</i>	<p>Bedenken, dass Genesungsbegleiter:innen aufgrund der Kürze der Ausbildung nicht für den Umgang mit forensischen Patient:innen geeignet</p>	<p>Also was mich eigentlich nur beschäftigt ist, was ich vorhin schonmal kurz angerissen habe. Ich glaub diese Ausbildung von ihm geht ja nur ein halbes Jahr oder neun Monate? Dass er das da von der Zeit her gar nicht schaffen kann, so</p>	<p>nicht gemeint ist etwa die Kürze des Zeitraums zwischen Ausbildungsende und Implementierung</p>

	ist	<p>Gesprächsführung, ein bisschen Psychologie, um jetzt überhaupt zu wissen, wie verhalte ich mich wenn sich jetzt ein Patient zum Beispiel beschwert. Es gibt ja viele Patienten, die beschweren sich mal über was, das gerade in der Ergo passiert ist oder aus dem Psychologengespräch oder oder und durch die Reaktion in diesem Gespräch kann ich ja ganz viel bewirken, ich kann damit eigentlich eine Therapieeinheit von uns völlig kaputt machen indem er einfach so: ah ja das stimmt, das würde ich auch doof finden, was ich da vorher ne Stunde lang mit ihm erarbeitet habe oder auch im Einzelgespräch, da werden die Patienten ja auch mit Sachen konfrontiert, das soll ja auch arbeiten im Kopf und dann fangen sie natürlich erstmal an das wegzuschieben und sich zu beschweren und wenn dann noch einer kommt und ihm auf die Schulter klopf und: da hast du aber recht, die ist aber blöd, damit ist alles hin, um das jetzt mal ganz einfach zu formulieren. Das ist das was mir am meisten Sorgen macht. Und das kann er gar nicht können in so einer kurzen Ausbildung. (B2_4)</p>	
<i>Arbeitseinsatz am Konzept vorbei</i>	Bedenken, dass Umsetzung des Konzepts von EX-IN in der Forensischen Psychiatrie oder im Speziellen in der KFP Rostock nicht gelingt	<p>Ich kann ja mal meine Gedanken dazu sagen. Also als erstes: ich find das sehr gut. Also Peer to Peer bin ich eigentlich ein bisschen Fan von. Ich hab nur bisschen Befürchtung, dass das hier vielleicht eventuell ein bisschen am Thema vorbeigeht, die eigentlichen Aufgaben und dass er eher so in die Richtung rutscht „Präsenzkraft“. Ich sag mal</p>	Nicht gemeint ist Kritik am Konzept der Genesungsbegleitung

		<p>so das erste Praktikum, da war er ja auch bei uns auf Station. Fand ich auf der einen Seite gut, weil ich sag mal bei uns ist ja ein großer Bedarf an Gesprächen da etc. Ich glaub deshalb ist er auch... mit dem Gedanken kam er auch auf die 1 und auf die 7. Das ist meiner Meinung nach ein bisschen am Thema vorbei, weil entweder will ich ne Präsenzkraft, dann kann ich mir aber auch jeden holen, auf gut Deutsch. (B2_2)</p>	
<p><i>Unpassendes Patient:innenklientel</i></p>	<p>Bedenken, dass Genesungsbegleiter:innen aufgrund der Kürze der Ausbildung nicht für den Umgang mit forensischen Patient:innen geeignet ist</p>	<p>Nicht immer, also das kann ich mir jetzt nicht so vorstellen, auch gerade weil es in den Basisgruppen auf der DBT-Station... oder auf den anderen heißt es ja einfach Therapeutengruppen... da geht's ja auch manchmal ans Eingemachte, auch um Traumatisierung und so... das weiß ich nicht, da hätte ich Bedenken. Ich denke schon, dass jetzt sein Hintergrundwissen genutzt werden sollte vor allem. (B2_5)</p>	<p>Nicht gemeint sind z.B. Bedenken an der Sinnhaftigkeit von Genesungsbegleitung im allgemeinpsychiatrischen Setting</p>
<p>3.2 Gegenüber dem Genesungsbegleiter persönlich</p>	<p>Personenbezogene Bedenken</p>		
<p><i>Fehlende professionelle Distanz</i></p>	<p>Fehlende körperliche und emotionale Distanz zu Mitarbeiter:innen und Patient:innen und zu freundschaftliches Verhalten</p>	<p>Die Idee an sich mit dem Genesungsbegleiter finde ich total gut, was jetzt nur gerade ihn speziell betrifft, ist es... bei uns in der Ergotherapie war er ja auch einen Tag und da war eben genau das gleiche Problem, genau wie [B5] gesagt hat: eigentlich genau wie ein Patient, Nähe und Distanz null. Also es geht jetzt nicht darum ihn schlecht zu machen, aber das ist so das wo wir bei uns im Büro auch lange diskutiert haben. Hat er diese Professionalität? Kann man ihm die vermitteln? Dass es</p>	<p>Nicht gemeint ist etwa eine emotionale Distanz zur eigenen Vergangenheit und Krankheitsgeschichte des Genesungsbegleiters</p>

		eine professionelle Begleitung wird oder... (B2_4)	
<i>Fehlende Sensibilität</i>	Fehlendes Gespür bzw. Empathie für den Stress oder die Bedürfnisse der Patient:innen	Da war das so, ein Patient ist gleich nach zehn Minuten aufgestanden und gegangen. Dann hat er über seine Erfahrungen mit Drogen gesprochen und dass er eben auch so einen Wahn hatte, wenn er den Müll runterbringen wollte, dass da irgendwie die Polizei ist und zwei Stunden lang hat das dann gedauert bis er den Müll runtergebracht hat. Er hat das so erklärt. Und ein Patient haben wir bei uns, der fühlt sich ständig von der Polizei verfolgt. Den hatte ich dann beobachtet und der wurde auch ganz hibbelig, ne. (B1_5)	Nicht gemeint ist Sensibilität im Sinne von körperlichem Berührungsempfinden
<i>Zweifel an Kompetenz und Belastbarkeit</i>	Befürchtung, dass Aufgabenlast und Rollenkonflikt den Genesungsbegleiter überfordern könnten	Also da hatte.. das war für mich auch.. was mich so ein bisschen.. Seit zehn Jahren, wir haben uns dann nachher näher unterhalten und dann seit drei Jahren vom Alkohol weg. War in so einer Suchtverlagerung, sagte er. (B1_5)	Hier nicht gemeint sind etwa Zweifel an der Kompetenz der Mitarbeiter:innen oder der Klinikleitung
3.3 Vorurteile aufgrund der ehemaligen Straffälligkeit	Genesungsbegleiter:innen werden bleibende Charaktereigenschaften eines Straftäters zugesprochen, sowie bleibende Kontakte ins kriminelle Milieu	Wir wissen ja auch, dass die Rückfälligkeit aus dem JVA-Bereich (...) hoch ist, weil die wieder in das alte Umfeld zurückfallen. So, jetzt stellt sich mir auch die Frage: Ist er wieder dort in diesem Umfeld? Und welche Informationen gibt er von uns Preis? Also das hab ich auch konkret nachgefragt. Muss ich ganz ehrlich sagen. Das waren meine anfänglichen Bedenken. (B1_4)	Nicht gemeint ist hier die Straffälligkeit bzw. Delikte der Patient:innen
3.4 Weitere Vorurteile	Klare Abgrenzung von Genesungsbegleiter:innen mit forensischem Hintergrund gegenüber anderen	Süchtige unterscheiden sich schon mal ganz stark von anderen psychiatrischen Störungen, indem sie einfach kurzfristig immer ihren eigenen Vorteil wollen. Also das ist jetzt nicht irgendwie	Nicht gemeint sind Vorurteile aufgrund von Alter, Geschlecht, Erscheinungsbild etc.

	Mitarbeiter:innen aufgrund der Suchtvergangenheit	böse gemeint, sondern das hat auch die Genesungsbegleiterin im Workshop ganz klar gesagt. Sie tickt heute noch so, der eigene persönliche Vorteil und kurzfristig. Sie muss sich da sehr überwinden das wegzudrängen und ich glaub das ist ein Problem. (B2_5)	
<b>4 Ideen für Tätigkeiten des Genesungsbegleiters</b>	Vorstellungen der Mitarbeiter:innen zu Einsatzmöglichkeiten und Tätigkeiten des Genesungsbegleiters		
4.1 passende Aufgaben und Stationen	Verschiedene Tätigkeiten und Patientenklientel, bei denen die Mitarbeiter:innen sich den Genesungsbegleiter gut vorstellen können		
<i>Allgemeine Ideen</i>	Verschiedene Ideen für geeignete Stationen und Aufgaben	Und man kann das ja.. auf mehrere Beine stellen ne. Man muss ja nicht nur diese eine Aufgabe, sondern so z.B. was gesagt wurde Suchtgruppe begleiten mit dem Therapeuten zusammen oder... zur Anmeldung bereit stehen für das Einzelgespräch oder auch... wie gesagt ne richtige Peer-to-Peer-Group, die er dann meinetwegen dokumentiert für sich, aber was ich nicht wissen muss ne. Wenn ein Praktikant draußen sich ne Selbsthilfegruppe sucht, erfähr ich das ja auch nicht auf Station ne. Sicherlich sicherheitsrelevante Sachen.. klar, muss er ja sagen ne. Aber so... ja wie gesagt, mehrere Aufgaben, so ein halber Tag muss auch gefüllt sein. (B2_2)	Nicht gemeint sind Ideen, die nichts mit dem Einsatz des Genesungsbegleiters zu tun haben
<i>Gruppen</i>	Einsatz des Genesungsbegleiters in	Ich glaube in ner, in ner Gruppe ist es eigentlich	Nicht gemeint ist z.B. das Fördern von sozialer

	verschiedenen Therapiegruppen	immer ganz gut... weil die Patienten sich ja oft in Gruppengesprächen auch selber mitunter richtig gut reflektieren, sich gegenseitig Tipps geben. Wo man dann als Therapeut daneben steht und... also es passiert mir mitunter, dass ich dann sage: Ja besser hätte ich das jetzt nicht formulieren können. (B2_4)	Gruppenbildung unter den Patient:innen
<i>Sprechstunde</i>	Ideen für eine 1-zu-1-Sprechstunde des Genesungsbegleiters	Ich denke auch, dass dieses Modell mit diesem Sprechstundenähnlichem wie [Name] es gesagt hatte sinnvoller wäre, weil die Patienten sind alle sehr individuell. (B1_11)	Nicht gemeint ist bspw. eine Sprechstunde außerhalb der forensischen Klinik
<i>Unpassende Aufgaben bzw. gegenteilige Meinungen</i>	Zweifel und Gegenargumente bezüglich der Ideen anderer Mitarbeiter:innen	Aber ich würde jetzt auch nicht grundsätzlich sagen, er geht jetzt komplett immer in die Gruppen rein. In manchen Reflexionsgruppen kann das gut sein, kann auch nicht gut sein. Da müsste man wirklich je nach Gruppenzusammensetzung, nach Thema, nach Situation auf der Station gucken, ne. (B1_3)	Nicht besprochen werden hier Bedenken bezüglich des individuellen Genesungsbegleiters sondern Bedenken bezüglich bestimmter Aufgaben und Einsatzgebiete.
4.2 Vorbildfunktion	Inwieweit Patient:innen von Genesungsbegleiter:innen durch deren gelebte Erfahrung dazulernen bzw. profitieren können		
<i>Erfahrungen teilen</i>	Nutzen der gelebten Erfahrung und der dadurch hohen Authentizität des Genesungsbegleiters	Wenn man das mal so betrachtet, unsere Patienten haben ja auch so ein, wie so ein, es ist ja wie so ein langer Prozess, wenn sie hier sind und ich sehe diesen Genesungsbegleiter halt auch eher am Ende dieses Prozesses. Dass er wirklich, wenn die Patienten stehen vor einer Entlassung, ist irgendwann angedacht. Wie bewältige ich meinen Alltag danach? Dass er genau da ansetzt und Tipps gibt,	Nicht gemeint sind Erfahrungen im kriminellen Umfeld im Sinne von Tipps für Straftaten aus der Vergangenheit des Genesungsbegleiters

		unterstützt. Wie gestalte ich die Freizeit, die ich dann habe sinnvoll und fange nicht wieder an, da irgendwo hineinzurutschen. Das finde ich sinnvoller, dass er die Patienten dann stärkt. (B1_11)	
<i>Patient:innen motivieren und stärken</i>	Wirkung des Genesungsbegleiters als positives Vorbild und Hoffnungsträger für die Patient:innen	Auch offen und korrekt und in einer Patientengruppe. Da hatten wir zu dem Zeitpunkt mindestens die Hälfte ähm unruhige Patienten, aufmüpfig, um es mal nett auszudrücken. Die hat er in den Bann gezogen und ähm, das hat der einfach, das hat der richtig cool gemacht, das kann ich nicht anders sagen. Das hätten wir so als Professionelle gar nicht geschafft, so sie da so abzuholen. Und aus der Gruppenstunde kann ich nur sagen, das ist super gelaufen in der Gruppe, wo ich daran teilgenommen habe und Patienten, die sonst relativ wenig oder gar nichts gesagt haben, kamen tatsächlich Äußerungen. (B1_9)	Nicht gemeint ist bspw. eine Motivation sich gegen das System „psychiatrische Klinik“ zu stellen
4.3 Perspektive-vermittelnde Funktion	Vermittelnde Position zwischen Mitarbeiter:innen und Patient:innen; berufliche Funktion als jemand, der sowohl die Patient:innen, als auch die Mitarbeiter:innen versteht	Ja, so könnte ich mir das auch vorstellen. Weil das ja oftmals doch bei uns sehr lange dauert in der Bezugspflege, bevor du da Zugang zu den Patienten kriegst, bevor der Vertrauen hat. Die sind wie gesagt alle knastgeschädigt und auf Distanz und was kann ich erzählen. Und da kann der ja auf jeden Fall hilfreich sein, wenn der dabei ist. So kann ich mir das vorstellen. (B2_3)	Es geht nicht um die Zukunftsperspektiven der Patient:innen
<b>5 Wünsche und weitere Ideen der Mitarbeiter:innen</b>	Ideen und Vorschläge zu Rahmenbedingungen des Einsatzes eines Genesungsbegleiters		
5.1 Organisatorisches	Ausstattung und	Aber das, was du sagst und was hier vorher schon gesagt	Nicht gemeint sind

	bürokratische Voraussetzungen für die Einstellung des Genesungsbegleiters sollten geklärt werden	wurde, (...) Punkte, die man noch nach dem Praktikum klären muss. Zum Beispiel, welche Rechtsstellung hat er denn? Er wird nicht den Status Mitarbeiter kriegen, da brauch ich nämlich eine Personalstelle zu, um den hinzukriegen [lacht]. Also wird er eher einen Dienstleistungsvertrag wahrscheinlich kriegen oder mit der Firma, muss man sehen, weiß man nicht, wie man das macht. (B1_4)	organisatorische Fragen, die den Genesungsbegleiter nicht betreffen
5.2 Wunsch nach klaren Aufgaben	Mitarbeiter:innen wünschen eine klare Tätigkeitsbeschreibung, nach der sie den Genesungsbegleiter einsetzen können	Ja wer hat ihn denn gebrieft? Wurde er überhaupt irgendwie auf seine Arbeit eingestellt, die er macht? Ich meine der ist hier ja gekommen, es muss ja irgendwie ein Gespräch stattgefunden haben, was seine Aufgaben sind und es muss ja irgendeiner von der Leitung oder irgendjemand muss ihm ja gesagt haben: Da gehen Sie hin und das machen Sie und das ist Ihre Aufgabe. Und ich meine bei meinem Vorstellungsgespräch, gut das ist eine Weile her, aber da wurde mir auch gesagt, was meine Aufgaben sind und was ich zu lassen habe und auf was der Fokus liegt bei meiner Tätigkeit. Und wurde das mit ihm auch...sicherlich ne? (B2_3)	Nicht gemeint sind etwa klare Aufgaben für die Mitarbeiter:innen selbst
5.3 Wunsch nach besserem Informationsfluss	Wunsch nach besserer Kommunikation zwischen Leitung, Forschung und Stationen zum Stand des Projekts	Ich glaube, die meiste Unruhe hier im Haus entsteht einfach nur, weil gar keiner weiß, wir wissen jetzt ein bisschen mehr weil wir drüber reden und es sind ja total sinnvolle Vorschläge rausgekommen, aber alle anderen reden ja nur:oh, der läuft ja hier durch die Gegend und mh. Und dadurch weiß ja keiner und das ist einfach nur, was verunsichert. (B2_4)	Hier nicht gemeint ist die Kommunikation mit dem Genesungsbegleiter

5.4 Feste:r Ansprechpartner:in	Wunsch nach einer dauerhaften Ansprechperson für den Genesungsbegleiter bei Fragen und Problemen	Darum weiß ich, dass das ganz wichtig ist, dass er jemanden hat, den er fragen kann. Also, der muss auch wirklich für ihn da sein und nicht, dass der dann gerade im Urlaub ist oder falls derjenige krank ist, dass man dann schon jemanden hat, der ein Vertreter ist. (B1_1)	Nicht gemeint ist, den Genesungsbegleiter für die Arbeit der Mitarbeiter:innen als festen Ansprechpartner zu haben
5.5 Supervision	Wunsch der Mitarbeiter:innen, dass der Genesungsbegleiter Supervision erhält, getrennt von der Supervision der Mitarbeiter:innen	Also, was ich kritisch sehe, und das hab ich auch schon mehrfach gesagt. Also ich kann mit allem mitgehen, ne. Jeder hat eine Chance verdient und wir reden immer davon, dass unsere Patienten draußen eine Chance kriegen sollen, und, und, und. Brauch ich nicht wiederholen. Ähm, wo ich wirklich dagegen bin, ist dass er in Supervisionen mit drin sitzt. (B1_9)	Nicht gemeint ist, dass der Genesungsbegleiter gar keine Supervision erhalten soll

## 1 Vorbereitung und Einarbeitung

### 1.1 schrittweise Einarbeitung

Aber ich glaube schon, dass das ordentlich auch vorgeplant werden muss und so wie unsere Vorplanung lief...[...] war es sehr gut. Da würde ich nichts jetzt beim nächsten Mal anders machen. B1\_9

Die Planung war aber so gut vorbereitet, dass genau diese Fragen abgeklärt waren für alle Bereiche. Ähm, wer kümmert sich um ihn? Welche Bereiche? Welche Gruppen? Und ihr seid da genauso einbezogen worden, soweit wie ich weiß, wie wir auf der (...) Nein, im Vorfeld, nee, im Vorfeld ist gesagt worden, ähm gefragt worden, wo können wir ihn einbinden. Was konkret erwarten wir? Und, und, und. Insofern gab es diese Probleme nicht. B1\_9

Man kann das ja auch steuern, wo er ist. Manipulative Patienten würde ich rauslassen. Machen wir mit Praktikanten ja auch, dass wir da nicht die schwierigsten Patienten hinsetzen. B2\_1

Wenn er im Rahmen der Einarbeitung z.B. eher die die Gruppen begleitet, die Suchtgruppen, wo ja, die ja von uns professionell von den Therapeuten geführt werden. Wenn er sich da dann... ich sag mal das Gros so bisschen abguckt, was er vielleicht für seine Gruppen mitnehmen kann, ist das, glaube ich, schon so der erste Schritt ne. B2\_2

Ich glaube aber es ist ganz wichtig, gerade bei ihm, Basics zu vermitteln. Also wenn ich einen Krankenpfleger einstelle, weiß der, dass er Patienten zu Siezen hat, der weiß das. Man kann nochmal im forensischen Kontext explizit darauf hinweisen, dass es gerade durch das Machtgefälle Patienten nicht geduzt werden, aber ich glaub gerade solche Basics müssen ihm vermittelt werden. Eben Patienten nicht duzen oder eben das was ein Praktikant auch immer unterschreiben muss, Datenschutz, dieses Merkblatt mit angemessener Kleidung und das auch Sachen vom Personal und von Patienten nicht preisgegeben werden. Da gibt es so ein Merkblatt für Praktikanten und auch für Promovenden, wo ganz kurz und knapp zusammengefasst wurde, wie man sich einem Patienten gegenüber verhalten sollte, dass also auch Sachen aus der Übergabe dem Patienten nicht preisgegeben werden und so weiter. Und ich glaube das kann man bei Profis voraussetzen, man muss nur nochmal dran erinnern und unterschreiben lassen. Und ich glaube das kann man bei ihm eben nicht, gerade das mit dem Duzen und Siezen, das ist zum Beispiel ganz wichtig, dass er sich von den Patienten abzugrenzen, sie siezt. B2\_5

Naja, er wächst ja auch mit seinen Aufgaben, ich würde ihn dann nicht gleich als erstes so raussetzen und dann kommen die Patienten vom Einzelgespräch und von der Ergo und dann war es da kacke und dann lassen die sich da aus, da wird er natürlich nicht im ersten Moment wissen, was zu tun ist. Man kann ihn ja erstmal an unproblematische Sachen heranzuführen, wo die Patienten ruhig sind und ich würde jetzt auch erstmal einfache Patienten wählen, die jetzt nicht total durchtrieben und... B2\_5

Letztendendes sagen wir ja auch, also ich denke das ist ein gutes Beispiel mit den Medizinstudenten und den Psychologiepraktikanten, wenn der Patient sich irgendwie auslassen will, einfach zu sagen: Ich nicht. Gehen Sie zu dem oder keine Ahnung zumindest erstmal, weiß ich nicht wie sich das entwickelt und wenn man da so rangeht als wenn er Praktikant ist... gut die Psychologiepraktikanten haben halt mehr Vorwissen... aber wenn man ihn erstmal als Praktikanten einstuft und ihn erstmal einfach Sachen mit einfach Patienten machen lässt, könnte ich mir vorstellen dass das funktioniert. Natürlich auch in Begleitung von Personal. B2\_5

Also das A und O ist glaube ich, wie auch schon [Name] gesagt hat, dass er eingearbeitet wird und dazu muss er erstmal auch mitlaufen. Also wie das eigentlich jeder neue Mitarbeiter macht, ob das nun die Pflegekräfte sind oder der Psychologe oder Ärzte, die laufen erstmal mit um auch erstmal den Stationsalltag mitzubekommen. B2\_5

Letztendlich ist es ja auch so, wenn wir Praktikanten haben, ist es ja auch so. Die schicken wir ja, setzen wir ja auch nicht gleich da auf'n Flur und „Jetzt, leg mal los.“ Ne die sind ja auch erstmal dabei und manchmal hast du Fitte dabei, die kannst du schneller alleine lassen... und manchmal sind auch welche dabei, die... da klappt das nie. Ne aber das ist ja alles dahingestellt, das wird sich ja dann zeigen und letztendlich muss er mit den Patienten ja auch alleine sprechen, weil sonst wird er keinen Zugang finden.. wenn dann immer einer von den Therapeuten gleich daneben sitzt, weil dann sagen die Patienten: Naja, dann muss ich mit dem auch nicht reden. B2\_7

## 1.2 Abgrenzung, Rollenklarheit

Unsicherheit hemmt ja auch ein Stück weit in der Arbeit. B1\_3

Und ich finde auch, also jetzt von unserer Station aus. Wir dürfen ihn auch nicht überfordern. Wenn wir, wir haben zur Zeit ungefähr vier Patienten, die wahnhaft sind und das geht nicht, wenn da jemand keine Ausbildung hat und mit den Leuten zusammen ist. B1\_5

Für ihn ist es ja auch wichtig. Wie kann ich mich denn auch verhalten auf Station? Was darf er und was nicht? B1\_6

Ich glaube, es ist natürlich wichtig, dass der halt vernünftig geschult ist... und auch nicht, und auch nicht versucht jetzt, ich sag mal, Therapeut zu spielen. Sondern dass der dann schon klar weiß: Okay, ne, ab hier, muss er natürlich auch dem Patienten denn rückmelden, da bin ich falsch ne, da sucht doch wenigstens so als Motivation das Gespräch mit. B2\_2

Es wird auch passieren, dass die sich kennen. Er war ja in den letzten Tagen bei uns auf Station. Ein Patient von ihm war im Vorfeld mal zusammen mit ihm auf Therapie. Die kannten sich ne. Das hat er gleich offen zurückgemeldet, aber das wird Gang und Gebe sein ne. Den ein oder anderen vielleicht von hier und da. Und das muss natürlich dann auch... ganz offen kommuniziert werden ne. Also Geheimnisse ist natürlich No-Go. B2\_2

Also das hatte ja die die... die Genesungsbegleiterin... auch ganz klar für sich auch auch formuliert und für, also die ist da ja auch vernetzt ne. Dass die Aufarbeitung von Krisen, wie auch immer, nennen wir es jetzt mal Krisen... in professionelle Hände gehört. Die Aufarbeitung. Aber was ein... ein Genesungsbegleiter leisten kann, ist... begleiten. B2\_5

[...] deswegen finde ich das auch so wichtig, dass das Gerüst steht, bis dahin darf ich arbeiten, wenn Grenzüberschreitungen sind, sofortige Rückmeldung und mit ihm reden. Für ihn muss klar sein, das kann ich mit dem Patienten machen und übertrete ich diese rote Linie ist... das muss ihm klargemacht werden. B2\_6

## 1.3 Hilfreiche Verhaltensweisen der Mitarbeiter:innen

## Gleichbehandlung

Ja, Vertrauen entgegen bringen, das ist, ich denke, schon wichtig. Wenn man natürlich ihm generell misstraut, wenn man der Funktion misstraut oder vielleicht der Person... misstraut, dann ist das hier zum Scheitern verurteilt, denke ich. Das ist eine Grundvoraussetzung überhaupt, um ihn hier einzusetzen. B1\_4

Natürlich darf jeder auch seine eigene Meinung da zu Markte führen. Ja, das ist auch nicht Pflicht, dass wir jetzt alle mit wehenden Fahnen dort sagen und alle Hurra schreien. Das, denke ich, ist auch nicht richtig, sondern ich denke schon, dass man der ganzen Sache auch etwas skeptisch gegenüber treten kann, aber trotzdem ihm genügend Vertrauen entgegen bringen, sodass er erstmal seine Funktion hier wahrnehmen kann und vielleicht auch, dass man so objektiv ist, dass man.. // aber auch so viel Vertrauen(...), dass man vielleicht auch den positiven Ansatz dieses ganzen Konzeptes erkennt. // und ihn auch vielleicht umsetzt. // Ich denke immer, die ganze Umwelt ändert sich, unsere Patienten ändern sich, wir ändern uns ja auch, wir leben ja nicht im losgelösten Raum und man muss sehen, dass man natürlich was entwickelt, was dieser Entwicklung auch bisschen weit Rechnung trägt. B1\_4

Aber ich denke, genauso wichtig, was wir von ihm erwarten, müssen (...) wir sehen, was wir bringen und da trifft auch das Absprechen wieder zu. Wir müssen dann genauso die Absprachen einhalten immer zu jedem Treffen. [B6: Aber auch offen sein.] Mhm. B1\_4

Also man hört doch schon von dem einen oder anderen immer wieder, dass zum Beispiel das Führungszeugnis Thema ist etc also ich kann nur für mich sprechen und auch viele Kollegen mit denen ich bei mir auf Station gesprochen habe, wenn genau das nicht wäre, dann hätte er ja auch die Glaubwürdigkeit bei den Patienten ganz einfach nicht. Also das gehört dazu und ich sehe das auch so, also ich kann nicht erwarten, dass unter Patienten die Chance gegeben wird von anderen Firmen im Praktikum, sonst wo... ja ist schwer ne. Also vorsichtig ausgedrückt, wenn ein Kollege vor zwanzig Jahren eingestellt wurde, hat er auch sein Führungszeugnis vor zwanzig Jahren abgegeben. Was da heute drin steht, weiß ich auch nicht. Mit Sicherheit, er liegt unter der Lupe wenn er hier arbeitet und Vertrauen ist nicht so da, auch bei jedem anderen Mitarbeiter aus meiner Sicht, Vertrauen erarbeitet man sich über die Zeit und ja.. B2\_2

Aber das wurde ja gerade bemängelt, es wurde ja gerade ganz klar... aber ich kann doch nicht sagen, ihm fehlt die Fachlichkeit während wir selbst Leute eingestellt haben, die überhaupt keine Ausbildung haben. B2\_2

Also 'ne Chance verdient hat jeder und ich meine wir kennen ihn nicht, wir können ihn ja nicht gleich als negatives Objekt hier im Team begutachten. Aber ich finde es kommt darauf an, wie er auf diese Stelle vorbereitet wird. Wenn er genau weiß was er zu tun hat und auch wo er sich befindet, dürfte es kein Problem sein, dass er eben weiß, dass er keine Informationen nach draußen tragen darf. B2\_3

Ich meine das ist ja auch das wo wir Fehler machen, wo ja auch viele von uns, die auch länger da sind, diese Nähe Distanz nicht mehr haben. Also das kannst du nicht nur ihm zuschreiben. Ich finde wenn er vernünftig eingestellt wird, wenn er weiß was er zu machen hat, wenn wir wissen wer er ist, und er verhält sich auch so. ich meine warum soll ich ihm dann nicht vertrauen? Ich krieg auch einen neuen Kollegen, den kenne ich nicht und der setzt sich hin und ich hab meine Taschen genauso offen und mein Portemonnaie drinne und nur weil er ein neuer Kollege ist schließe ich das jetzt nicht ein. Da muss man sehen wie sich das entwickelt. Und ich meine wir haben ja auch schon Kollegen gehabt, die vierzehn Tage hier waren und dann entlassen wurden, weil sie sich eben nicht daran gehalten haben. Wir hatten ja auch eine Kollegin, die hat die Akten rausgegeben. Die kannst du natürlich auch nicht vertrauen und die ist auch entlassen worden. Also ich finde er hat 'ne Chance verdient und wenn's nicht klappt hat er Pech gehabt. Also so sehe ich das. B2\_3

[...] und ich glaube es ist wirklich eine Frage der Einarbeitung und der Vorbereitung wie Sie sagen, weil... machen wir uns nichts vor, hier im Team, also nicht in diesem Team, sondern so allgemein, gibt es auch einige, die Informationen nach außen tragen. Also wir erwarten sozusagen von ihm besser zu sein als der Durchschnitt des gesamten Teams muss man sagen. Klar, er muss also immer mehr machen als die Professionellen, die angestellt werden, also das ist irgendwie klar weil er irgendwie im Fokus steht und man halt weiß dass er abstinenter Süchtiger ist. B2\_5

Wie Sie sagen, er ist ja gerade deswegen so qualifiziert, weil er süchtiger Straftäter war. Also das ist ja Quatsch... also wir wissen ja was im Führungszeugnis steht. B2\_5

## Integration ins Team

Man muss ja auch gucken, wie der sich fühlt, ne. Wenn der jetzt auf eine Station, auf eine Station kommt und alle erstmal skeptisch sind, dann muss er ja eigentlich auch darauf vorbereitet sein und gewesen sein, kam ja ganz gut an [Name], oder? So wie er aufgetreten ist. Aber ich finde das auch wichtig, dass es dem nicht total schlecht dabei geht. Dass dann alle Kollegen da an einem Strang ziehen, ne. B1\_5

Guck mal, überall in jedem Bereich ist es ja so, die einen denken sich, naja damit können wir gar nichts anfangen, ich möchte auch nichts Privates erzählen. Das kann man auch alles verstehen. Auf der anderen Seite wollen wir ihm ja Vertrauen s c h e n k e n, wenn wir wollen, er soll hier was machen. Also, wir müssen ja da irgendwie einen Weg finden, ne. B1\_8

Mir geht es einfach darum, dass wir die Patienten ja erstmal neugierig machen müssen in welcher Form auch immer, zu sagen: Mensch, der war jetzt in der Gruppe, der interessiert mich so. Wenn wir jetzt nur pauschal sagen: So, ihr könnt euch anmelden mit dem Genesungsbegleiter, da verpufft ganz viel. B1\_9

Ich meine, der muss mit den Patienten zurechtkommen.. [B9: ..und mit uns.] B10: ..und dann mit uns. [B4: Und wir sind schwieriger.] B10: Wir sind bestimmt auch schwierig. B1\_10

Die Patienten wissen ganz genau wer er ist, er sitzt bei uns im Stationszimmer, also ich kann mir nicht vorstellen, dass die Patienten da gleich die Geheimnisse preisgeben, sondern das nur in erster Linie... ja so vielleicht als Anreiz sehen. Vielleicht die Frage so wie es sein soll kommt: Wie hast du das und wie hast du das erledigt? Und ich glaube nicht, dass die Patienten das verwechseln und ihm sofort in den Handel mit einbeziehen, ja... man hat natürlich viele Bedenken, aber... B2\_2

Aber das muss er ja letztendlich nicht alleine schaffen, ne. Also da kann das Team ja dann auch durch regelmäßiges Feedback bzw. auch Reflexionen mit ihm eben schauen, dass er da eben selber auch ein Auge drauf hat, was dieses Nähe-Distanzverhältnis angeht und wie er sich in der Patientengruppe und der Mitarbeitergruppe irgendwie bewegt, ne, weil das ist schon richtig. B2\_3

Da wurde aber von der...also die war ja selber Genesungsbegleiterin, die Frau...und kam auch aus der Forensik und da hat sie ganz klar gesagt, also das muss dem Genesungsbegleiter klar gemacht werden und dabei muss auch unterstützt werden, dass er zum Team gehört. Das heißt, wenn solche Sachen wie zum Beispiel Verstecke preisgegeben werden, das er das ganz klar dem Team sagt. Also er ist jetzt nicht Geheimnisträger oder Rechtsanwalt der Patienten, sondern er gehört zum Team, hat einfach bloß einen anderen Hintergrund als die Professionellen. Und ich denke, das muss man ihm auch klarmachen, dass er eben dieser...ja... dass er allen Behandlern, die davon betroffen sind auch die entsprechenden Informationen zukommen lässt wie zum Beispiel solche wichtigen Sachen, dass es da für ihn keinen grauen Bereich gibt, sondern dass er ganz klar zum Team gehört. Dann muss er natürlich auch als Teammitglied integriert werden. B2\_5

Naja, aber ich denke...also vielleicht kann ich dazu nochmal was sagen... ich denke, selbst wenn das so ein Grenzen austesten wäre von den Patienten, ist das ganz wichtig. Dass ihnen klargemacht wird: dieser Genesungsbegleiter gehört nicht in die Patientengruppe, sondern gehört zum Team, ne, und Sie wissen ja selber, wir können nur die Patienten...also vielleicht wissen Sie es noch nicht, aber Sie werden es kennenlernen... wir können letztenendes nur einige Patienten erreichen und die jetzt gar nichts wollen von uns, die können wir sowieso nicht erreichen, ne. Also von daher, wenn die den Genesungsbegleiter nicht anerkennen als Teammitglied, dann ist es eben so, ne. Da haben alle anderen Behandler auch keinen Fuß in der Tür und der Genesungsbegleiter eben nicht, ne. Das würde ich ganz entspannt sehen. B2\_5

### Schutz vor Missbrauch durch Patient:innen

Oder die Funktion gegenüber den Patienten, ne, dass er ausgenutzt wird eventuell auch.. B1\_3

Wobei, ich denke auch andersherum, [zustimmendes Zwischenrufen der anderen] dass er von den Patienten missbraucht wird. B1\_4

B5: Und man darf ja auch nicht vergessen, es gibt Patienten, die sehr versuchen zu manipulieren und so. [...] Ich meine, da muss er auch schon drüber stehen. [B4: Da müssen wir ihn schützen, so ein bisschen. [lacht]] B5: Ja. B1\_5

„Schutz vor Missbrauch“ und ich denke das ist ein ganz erheblicher Punkt, dass der Genesungsbegleiter quasi davor geschützt wird, von den Patienten missbraucht zu werden. Das heißt, dass es ganz klar sein muss, dass er auf der Team-Seite ist und ich kann mich auch gut daran erinnern, dass im Workshop angesprochen wurde, von einigen Kollegen, dass es ja für den eventuell ein bisschen schwierig ist zum Beispiel wenn ihm Sachen anvertraut werden, wo zum Beispiel Verstecke sind von verbotenen Gegenständen. Dass er da in so einem Loyalitätskonflikt wäre. B2\_5

Genau, da muss, da muss ja auch besprochen werden: Kann er sich trotzdem die Zusammenarbeit mit dem vorstellen oder nein, oder nicht? Ich meine, die die Wahl muss ihm ja auch bleiben ne. Also... wenn wir jetzt mal den Teufel an die Wand malen, wenn er jetzt von Haft, in Haft von nem Patienten, der jetzt hier ist, da irgendwie gequält wurde, unterjocht. Könnt ich mir jetzt schon vorstellen, dass er sagt: Ne, ich möchte nicht, da ist meine Grenze erreicht. Und ich denke, die Freiheit muss man ihm dann auch gewähren, weil... das wird den professionellen Mitarbeitern auch gewährt, diese Freiheit. B2\_5

Ich hab so grundlegende Fragen dazu bevor man überhaupt anfängt ihn ins Team zu integrieren und vertrauen etc. Welchen Aufgabenbereich wird der überhaupt haben? Nur innerhalb der Klinik, außerhalb der Klinik, Ausgänge begleiten etc? [I: Also der genaue Aufgabenbereich steht noch nicht fest, er wird aber im stationären Bereich bleiben. Also er hat mit der Ambulanz und den externen Wohnbereichen eher weniger zu tun.] Hmhm. Weil das hängt ja auch alles bisschen zusammen. In dem Moment, wo er Informationen bekommt und vielleicht auch Informationen von Patienten bekommt, wo sich was befindet. Er kann ja genauso gut ausgetrickst werden, indem man ihm einfach so ein fiktives Versteck nennt und die einfach nur rausbekommen wollen: hält er dicht oder nicht, ne? Und am Ende kommt das dann rum, dass er nicht dicht hält und dann ist er genauso außen vor wie wir. Ja, das ist dann schwierig. B2\_6

### Schutz vor Missbrauch durch Team

Ja, darum. Da wollte ich jetzt drüber sprechen, weil ich, verstehe nicht, was Schutz vor Missbrauch bedeuten soll. Schutz vor Missbrauch unseres Vertrauens in ihn? Schutz vor Missbrauch seiner Funktion durch ihn? Da... Daran bin ich jetzt so ein bisschen... B1\_1

Wenn er letzten Endes von jeder Berufsgruppe die blöden Aufgaben übernimmt, wo wir sagen: Da habe ich keine Lust drauf. Hier Herr Genesungsbegleiter, können Sie mal das und das und das machen? B1\_7

Aber da müssen wir aufpassen, dass wir'n dann nicht als Spürhund irgendwie... deklarieren. Ne da müssen wir aufpassen. B2\_3

Aber wie gesagt, da muss man aufpassen, dass er nicht als Spion eingesetzt wird ne. Also da muss man aufpassen, dass man ihn vorschickt: Vielleicht kriegst du noch was raus. B2\_3

Naja, ich glaube auch das ist ein Thema womit man sensibel umgehen kann. Ich find gerade beide Themen total wichtig, also das eine Thema was Sie gesagt haben... Schutz vor Missbrauch hat ja auch irgendwie was mit dem Personal zu tun. Also finde ich auch wie Sie gesagt haben, was jetzt nicht sein kann ist, dass er benutzt wird zur Absicherung der Station oder so, der soll schon seinen Job sozusagen machen als Moderator zwischen professionellem Behandler und dem Patienten. B2\_5

### 1.4 Flexibilität

Und da sind wir ja alle dann auch gut vorbereitet und dann kann man vielleicht auch nochmal Einwände erheben oder sagen: Das ist mir noch zu ungenau. Das möchte ich gerne, dass das noch ein bisschen vertieft wird, denn manches und manches wird einem ja erst bewusst, wenn er dann hier angefangen hat. Ach, da ist noch eine Lücke, da müssten wir vielleicht nochmal darüber sprechen und dass man dann vielleicht nochmal kurzfristiger nochmal vielleicht nach zwei Wochen oder sogar schon mit ihm gemeinsam darüber spricht, um auch Unsicherheiten bei ihm auszuschließen. B1\_1

Ich denke mal, dass das den Patienten eine Menge geben kann. Ob das nachher dann so tatsächlich passiert, das werden wir dann sehen (...) in der Ausbildung. B1\_4

Ich würde es gestalten. Es ist ja ein Anfang. Man weiß ja nicht, wie er angenommen wird. B1\_6

Ja, wie der Bedarf, wie er angenommen wird, von der Klinik ja auch. Das muss man ermitteln irgendwo. B1\_6

Ich wollte auch nochmal fragen: Wie ist denn das gedacht? Ist es denn nachher am Ende eine von der Stundenzahl so eine Vollstelle oder ist das schon irgendwie klar definiert? [I: Also bei mir ist bisher eher eine halbe Stelle, wenn dann.] Dann klärt sich da ja auch, was kann er überhaupt in der Zeit so alles schaffen. Muss man mal gucken. B1\_7

Und wahrscheinlich kann man eine Hälfte ähm, eine Hälfte seiner Arbeitszeit planen, strukturieren, mehr oder weniger und das andere ergibt sich. B1\_9

Und wenn es nicht passt und genau das ist ja das, war der [Name] vorhin sagte, wenn es gerade nicht passt von der Patientengruppe her oder vom Thema her, dann kannst du ja immer noch sagen: Im Moment ist es nicht... Oder? B1\_9

Es gibt Fälle, da geht es sicherlich und es gibt Fälle, da funktioniert das gar nicht. Natürlich will ich jetzt nicht sagen, das machen wir als Bereich zu. Man kann das ruhig mit einbauen, wenn es sich irgendwie machen lässt, wenn man nach Lösungen sucht, dann kann auch sowas mal eine Möglichkeit sein, das abzusprechen oder mit uns... Wir sind ja... Du, der und der Patient, der wollte sowieso mit mir sprechen nebenbei und so. Also auch das kann eine Möglichkeit sein, ne. Manchmal ist ja nur der Weg das Ziel und im Endeffekt, ob sie nun da was herstellen oder nicht herstellen. Vielleicht ist ja das schon auf diesem Weg die bessere Variante, ein Gespräch zu suchen. B1\_10

[...] das kann man aber auch nur dann machen wenn man weiß... also erstmal muss er gut eingearbeitet sein und dann muss man erstmal gucken wie der von der Persönlichkeit her ist... das kann sich erst ergeben wenn er schon eine Zeit hier ist. B2\_1

Es wird sich auch vieles ergeben, im Laufe der Zeit. Und das eine geht, das andere geht nicht. Also also das kann er gar nicht, also da macht er nur Mist und das kann er sehr gut. B2\_3

Aber wir haben doch jetzt gute Sachen schon zusammengebracht. Wenn man da jetzt schon ne ne grobe Linie hat und verbessern und verändern kann man ja jederzeit und nacharbeiten. B2\_4

Und ich würde auch vorschlagen, dass man das wirklich als Prozess betrachtet... also diese Gespräche allein... würde ich vielleicht erstmal nach also nach hinten verschieben und erstmal gucken ähm... genießt er unser Vertrauen? Ist er gut eingearbeitet? Erstmal einfachere Aufgaben, sag ich jetzt mal. Und wie ich schon gesagt habe, man wächst ja auch mit seinen Aufgaben so ne und dann... also nicht alles auf einmal. Ich könnte mir vorstellen, erstmal so einen Aufgabenbereich. Dann soll er das irgendwie erstmal machen und dann der nächste noch hinzu. Je nachdem wie er's sich auch zutraut ne. Ist ja nun auch die Frage, traut er sich das überhaupt zu, alleine mit Patienten zu sprechen? B2\_5

Letztlich muss man's auch ausprobieren. B2\_5

## **2 Anforderungen an den Genesungsbegleiter**

### **2.1 Genesungsbegleiter wird sich im Team beweisen müssen**

Wenn dann durch seine Arbeit. *[B(alle): Mhm, genau.]* B1: Also, das Vertrauen kann er sich doch nur erarbeiten *[B3: ja, nur über die Zeit.]* *[Zustimmung der anderen]* B1\_1

Wenn er zum Beispiel, was weiß ich, rausgeht und über die Station das und das erzählt oder irgendwelche Informationen nach außen trägt und wir das mitkriegen dass er das war, ist er natürlich theoretisch für diesen Job gar nicht geeignet. Weil entweder er gehört zum Team oder gehört zu den Patienten. Wenn er zu uns gehört, hat er sich natürlich so zu verhalten wie wir auch gebrieft sind. Was wir machen dürfen, was wir nicht machen dürfen, Nähe Distanz einbewahren. B2\_3

Ich denke mal er qualifiziert und disqualifiziert sich doch selber. Ich meine er ist ja noch gar nicht da. Wenn er da ist und man sieht dann, dass es so nicht klappt, wäre für mich die Sache erledigt. Dass man ihm sagt so läuft's nicht, Sie haben diesen und diesen Fehler gemacht und jetzt können Sie hier so nicht weitermachen und wenn der Fehler das zweite mal auftritt, qualifiziert und disqualifiziert er sich ja selbst. Also warum sollen wir ihm dann die Chance geben. B2\_3

Das kommt natürlich darauf an wie er auftritt. Ich meine wenn er so auftritt, ist natürlich das Vertrauen aus... also das kommt auch auf ihn an inwieweit er sich wie vorstellt, wie er sich ins Team einbringt und auch wie er Patienten gegenüber auftritt. Und dann wird sich das in diesem Moment wenn man ihn kennenlernt ja erstmal ergeben. Ich meine wenn das jetzt so wie bei euch oder wie bei der... also ich hab ihn ja nicht kennengelernt, aber da kann ich mir das schon vorstellen wenn man so einer Distanz... Person gegenübertritt und sich denkt: Oh, wie weit kann ich gehen, wie weit kann ich nicht gehen? Das liegt an ihm denke ich. Oder weniger an uns. Also ich rede jetzt von mir. Wenn er mir so gegenübertritt würde ich mir erstmal denken: Oh, wer ist er? Ist er denn eigentlich ein Forensiker oder ist er bloß straffällig geworden? B2\_4

Für mich stellt sich da jetzt die Frage: Was meinen Sie jetzt mit Vertrauen? Wir bekommen ja im Haus ständig neue Mitarbeiter. Muss ich jetzt jedem vertrauen? Im Büro erzähle ich jetzt auch nur Dinge, die ich meine, erzählen zu müssen. Vertrauen für mich ist wichtig, dass derjenige zuverlässig ist. Dass ich mich in einer Gefahrensituation verlassen kann, der hilft, der arbeitet korrekt. Wenn ich jetzt hier irgendwas im Büro erzähle, kann das genauso einem langjährigen Kollegen passieren, dass der irgendwas nebenbei erzählt, was Patienten dann erfahren. Das sehen wir ja jeden Tag. Deswegen weiß ich nicht, Vertrauen entgegenbringen... Offen sein, ihn aufzunehmen, ja, mit ihm zusammenzuarbeiten. Aber Vertrauen? So

würde ich das nicht formulieren. B2\_7

## 2.2 Professionelle Distanz durch Siezen

Also ich glaub, also ich hab ihn ja in der Arbeit erlebt, und da kann ich glaub ich bisschen entwarnen, sag ich mal, weil er war schon sehr aufgeregt auch in dem ersten Praktikum und er wirkte sehr motiviert und vielleicht ist ihm da das Du, also passt natürlich nicht beim ersten Kennenlernen, ganz klar, aber das ist ihm wahrscheinlich ein bisschen locker von der Lippe gekommen. Er kommt ja auch nun mal auch aus einem gewissen Milieu, aber diese Problematik auch mit unseren Patienten mit der Nähe und Distanz, ich glaub das ergibt sich gar nicht das Problem. B2\_2

[...]ich glaube aber das hat aber genau damit was zu tun wie und wo er eingesetzt wird. Wenn er bei uns im Stationsteam mitläuft, ja klar, da erwarte ich das. Aber in einer Peer-to-Peer Group, also das ist ja die auf Augenhöhe, also ich denke mal so werden die das in der kurzen Ausbildung, er ist ja noch mitten drin, also ganz fertig ja auch noch nicht, vielleicht fehlt da auch noch das eine oder andere, weiß ich auch nicht. Aber da gehört das ja dazu, dass die sich offen alle auf einem Level in der Gruppe Erfahrungen austauschen, ne. Also da ist dann das Sie auch manchmal fehl am Platz. [B1: *Ne...das sehe ich nicht so.*] B2: Na, in dieser Form der Therapie glaube ich schon. Er ist ja halt kein Krankenpfleger wie wir, die den Stationsablauf den ganzen Tag begleiten. B2\_2

Das ist bei ihm aber nicht Sinn und Zweck. Das ist wie als wenn ich bei Dementen den Mädchennamen oder den Vornamen nehme, weil ich damit einfach einen besseren Zugriff habe, da ist das Sie auch nicht angebracht. Und ich finde es wird viel zu sehr aus der Richtung, dass er einer von uns werden soll... nee hört sich auch blöd an, aber er hat... B2\_2

Ich finde das ist eine Respektssache, also wenn ich gesiezt werde, also wenn ich einen Patienten sieze, zeige ich ihm, dass ich Respekt ihm gegenüber habe, weil die meisten Patienten die wir haben sind ihr Leben lang geduzt worden, ja und wenn ich sie mit Sie anspreche finde ich das schon auch... andersrum: wenn die mich duzen.. ich bin ja nicht ihr Kumpel oder irgendwas, das ist schon auch irgendwie so eine professionelle Distanz die da aufgebaut wird, wo man sagt also bis hier her und Schluss. Also wir sind ja keine Kumpels, wir sind hier ein Team, das ihnen helfen will und das ist schon so dass da ein gewisser Respekt den Patienten gegenüber aufgebracht wird. Also nicht nur uns gegenüber, sondern auch wenn wir die Patienten siezen. Also so sehe ich das. B2\_3

Ich kann aber durch mein „Sie“ mich auch auf Augenhöhe befinden und ich kann durch mein Auftreten und mein Handeln auch sein Vertrauen gewinnen und eine gemeinsame Gesprächsebene finden und ihn verstehen, sodass er das Gefühl hat: du verstehst mich und die Distanz durch das Sie ist da. Wenn ich aber im Du bin, werden da irgendwann mal Situationen entstehen oder sein, wo dann... ich kann's jetzt nicht... aber durch meine lange Laufbahn in der Pflege, in 38 Jahren der Pflege hat man doch schon bestimmte Situationen in seinem Berufsleben gehabt, durch unterschiedliche Bereiche ist man auch gegangen und da hat man seine Erfahrungen sammeln können, was positiv ist wenn man duzt und was negativ ist. Und meine Erfahrung ist immer noch, dass das Sie das beste Mittel ist. Und durch das Auftreten, durch konstruktive Gesprächsführung und das Hineinführen oder Hinhören funktioniert das besser, als wenn man Du macht. B2\_4

[...] es gibt ja bei uns im Haus, ob das jetzt Pfleger oder Therapeuten sind, ich sag mal die haben es und es gibt welche die haben es nicht, das kann man in der Ausbildung mitunter auch nicht lernen, einen Draht zu finden zu den Patienten. Das ist ja für uns auch jeden Tag ein schmaler Grad, immer aufzupassen... Nähe, Distanz... So ein bisschen möchte ich ja, damit ich auch einen Zugang bekomme, man muss nur trotzdem immer aufpassen wie weit. Damit haben wir ja auch selber jeden Tag zu tun, jeder löst das ja auf seine Weise. Und wenn da jemand ganz neu kommt und dann gleich so... weiß ich nicht. B2\_4

Ich persönlich denke, dass wenn sich jemand mit psychotischen Patienten duzt, sehe ich da weniger ein Problem als mit dissozialen, haftsozialisierten, eher psychopathisch anmutenden Patienten, da sehe ich ein weitaus größeres Problem. Und ich glaube auch das Duzen in so einer, ich sag jetzt mal Selbsterfahrungsgruppe, find ich auch, das läuft auch glaube ich so ab, wenn es ohne professionelle Leitung ist, aber ich glaube das funktioniert nur, wenn man jetzt jemanden von außen für eine Stunde reinholen würde, dann könnten die sich meinetwegen auch duzen und dann wieder raus. Aber wenn der jetzt die ganze Zeit im Stationsbereich ist und er der einzige ist, der die Patienten duzt, im Team. Dann sehe ich da erhebliche Probleme, vor allem im 64er Bereich, weniger bei den Psychotikern. B2\_5

Das ist vorhin gesagt worden: er ist kein Patient. Er gehört zum Stationsteam und wenn das Stationsteam die Patienten siezt, das Haus ist ja dazu angehalten alle zu siezen, wo ist das Problem? Wenn man ihm sagt, pass mal auf, du kannst so nicht arbeiten oder versuch es doch mal dass du vielleicht eine gewisse Distanz zum Patienten kriegst indem du mit ihm per Sie bist. Wo ist das Problem? Natürlich kann man auch per Du, es gibt ja auch keine Erfolgsgarantie mit dem Sie, dass dann

alles gut läuft, aber man kann ja erstmal versuchen. Und wenn er sagt, ich krieg einen besseren Zugang wenn ich die duze, dann soll er es halt so machen, aber von vorne rein gleich diese Distanzlosigkeit finde ich einen Fehler. B2\_6

### 3 Bedenken

#### 3.1 Gegenüber dem Konzept

##### Kürze der Ausbildung

Wir haben alle eine Ausbildung, die uns ein Stück weit dazu berechtigt. Hier zu arbeiten und ich weiß nicht, wie der Genesungsbegleiter, der macht, glaub ich, einen Kurs oder sowas, 6 Wochen. [B4: Ist eine Direktausbildung. I: Genau, also es ist eine Weiterbildung vom EXin Mecklenburg-Vorpommern, also da gibt es richtig so ein Curriculum. Das geht über mehrere Wochen, also theoretisch Wochen. Streckt sich dann auf ein paar Monate mit zwei Praktika noch [...]] Das ist ja dann doch schon ein anderer Erfahrungsschatz einfach und Wissensstand und dem kann man da wahrscheinlich bisschen entgegen arbeiten, ne. B1\_3

Mal eine Frage zum Verständnis. Der macht eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter. (..) eine dreijährige Ausbildung oder wie lange? [...] Paar Wochen, begleitet das und wird dann, und geht dann zu anderen Einrichtungen oder bleibt dann hier im Endeffekt oder wie? B1\_7

Also was mich eigentlich nur beschäftigt ist, was ich vorhin schonmal kurz angerissen habe. Ich glaub diese Ausbildung von ihm geht ja nur ein halbes Jahr oder neun Monate? Dass er das da von der Zeit her gar nicht schaffen kann, so Gesprächsführung, ein bisschen Psychologie, um jetzt überhaupt zu wissen, wie verhalte ich mich wenn sich jetzt ein Patient zum Beispiel beschwert. Es gibt ja viele Patienten, die beschweren sich mal über was, das gerade in der Ergo passiert ist oder aus dem Psychologengespräch oder oder oder durch die Reaktion in diesem Gespräch kann ich ja ganz viel bewirken, ich kann damit eigentlich eine Therapieeinheit von uns völlig kaputt machen indem er einfach so: Ah ja das stimmt, das würde ich auch doof finden, was ich da vorher ne Stunde lang mit ihm erarbeitet habe oder auch im Einzelgespräch, da werden die Patienten ja auch mit Sachen konfrontiert, das soll ja auch arbeiten im Kopf und dann fangen sie natürlich erstmal an das wegzuschieben und sich zu beschweren und wenn dann noch einer kommt und ihm auf die Schulter klopf und: da hast du aber recht, die ist aber blöd, damit ist alles hin, um das jetzt mal ganz einfach zu formulieren. Das ist das was mir am meisten Sorgen macht. Und das kann er gar nicht können in so einer kurzen Ausbildung. B2\_4

##### Arbeitseinsatz am Konzept vorbei

[B6: Aber wie weit darf er gehen? Darf er mit dem Patient auch auf Wohnungssuche gehen und sagen: „Das machen wir und das machen wir.“] B9: Aber auch da musst du gucken, dass du nicht in den Bereich des Sozialarbeiters reinkommst. [Zustimmendes Zwischenrufen]. Er ist ja nicht als Pflege eingestellt, nicht als Sozialarbeiter, nicht als Therapeut. Das muss wirklich.. (...) B1\_9

Ich kann ja mal meine Gedanken dazu sagen. Also als erstes: ich find das sehr gut. Also Peer-to-Peer bin ich eigentlich ein bisschen Fan von. Ich hab nur bisschen Befürchtung, dass das hier vielleicht eventuell ein bisschen am Thema vorbeigeht, die eigentlichen Aufgaben und dass er eher so in die Richtung rutscht „Präsenzkraft“. Ich sag mal so das erste Praktikum, da war er ja auch bei uns auf Station. Fand ich auf der einen Seite gut, weil ich sag mal bei uns ist ja ein großer Bedarf an Gesprächen da etc. Ich glaub deshalb ist er auch...mit dem Gedanken kam er auch auf die 1 und auf die 7. Das ist meiner Meinung nach ein bisschen am Thema vorbei, weil entweder will ich ne Präsenzkraft, dann kann ich mir aber auch jeden holen, auf gut Deutsch. B2\_2

Also ich hab die Befürchtung dass das nachher so am Thema vorbei ist und er so ganz normal auf Station, ja, halt Dienst macht und nicht das, wofür es eigentlich gedacht ist in der Therapie, ne. Also das würde ich sehr wichtig finden. B2\_2

Aber das ist ja das was ich am Anfang meinte: Ist er Präsenzkraft oder ist er Genesungsbeleiter? B2\_2

Ich sehe ihn halt nicht als Präsenzkraft auf Station, das ist für mich völlig am Thema vorbei, dann lieber eine Pflegekraft mehr auf Station. Also nur dass ich mir das auf die Fahnen schreiben kann, ich mach Genesungsbegleitung aber laufe nur auf Station mit, also das ist quatsch ne, also das finde ich sinnfrei. B2\_2

Das würde aber so kommen, weil wir sind alle knapp besetzt und wenn er da ist, dann wird er auch eingesetzt. Kann ich mal kurz weg, dann musst du jetzt gerade mal den Hofgang machen oder wir haben einen Ausgang, kannst du gerade mal hier bleiben. Das würde so kommen wenn er da auf eine Station geht für zwei Monate oder so... im Endeffekt wird er ja Kollege wie jeder andere auch. B2\_3

### Unpassendes Patient:innenklientel

Ich glaube, das ist kritisch, wenn jetzt der Genesungsbegleiter eher so Sucht und Kriminalität auch schwerpunktmäßig hat und dann wirklich mit akut psychotischen Patienten irgendwie was macht. Ich glaube, da wäre der nicht darauf vorbereitet. Weiß ich nicht, ob das in seinen Curriculum irgendwie behandelt wird und das fällt ja auch uns mitunter schwer, mit den Patienten zu reden, ohne dass die irgendwie dann, sag ich mal, verstärkt reagieren, ne. Also das wäre wahrscheinlich die Station, wo am wenigsten ja, wo man das sehr genau überlegen sollte, ob er da regelhaft eingesetzt wird, ne. B1\_3

Das müsste man sich vielleicht sowieso generell überlegen, in wie weit man die Sieben da mit dem Genesungsbegleiter einbindet, ne. B1\_3

Also ich finde, im 63er- Bereich muss man da auch schauen, ob man, wie man so jemanden einsetzt, weil das kann auch nach hinten losgehen. B1\_5

Das ist ja auch, was die Kollegen so unsicher macht teilweise, dass die sagen: Ist das das Richtige? B1\_5

Aber grundsätzlich ist es ja manchmal für die Patienten ja manchmal schon so, dass sie selbst mich als Therapeuten schon als störend empfinden, wenn ich denjenigen über die Schulter gucke und sage, was sie machen. Also dann ist es noch ein Dritter und ein Vierter mit im Raum... Das ist nicht immer leicht zu händeln. Also ich weiß nicht. B1\_10

Nicht immer, also das kann ich mir jetzt nicht so vorstellen, auch gerade weil es in den Basisgruppen auf der DBT-Station... oder auf den anderen heißt es ja einfach Therapeutengruppen... da geht's ja auch manchmal ans Eingemachte, auch um Traumatisierung und so.. das weiß ich nicht, da hätte ich Bedenken. Ich denke schon, dass jetzt sein Hintergrundwissen genutzt werden sollte vor allem. B2\_5

### 3.2 gegenüber dem Genesungsbegleiter persönlich

#### Fehlende professionelle Distanz

Es ist ja im Laufe der Jahre, die diese Klinik existiert, aufgetreten, dass g e s t a n d e n e Mitarbeiter es nicht geschafft habe, sich zu distanzieren von dem Patienten Klientel, Grenzen nicht beachtet haben, persönlich geworden sind miteinander, ne und nun kommt da jemand, der aus dem Milieu letzten Endes kommt und für den dürfte es doch, gerade wenn er jemanden könnte, wenn ich das höre, fürchterlich schwierig sein, diese Grenze eben aufrecht zu erhalten und sich da eben von zu distanzieren. Also wenn er das schafft, habe ich wirklich Achtung vor ihm letzten Endes, ne. Es ist eine riesige Herausforderung für für für den, für den jungen Mann, ich weiß es nicht, ich kenne ihn gar nicht. Also das ist keine einfache Aufgabe. Das ist auch eine riesige Hürde, auch für ihn letzten Endes, ne. B1\_7

Die Idee an sich mit dem Genesungsbegleiter finde ich total gut, was jetzt nur gerade ihn speziell betrifft, ist es... bei uns in der Ergotherapie war er ja auch einen Tag und da war eben genau das gleiche Problem, genau wie [B5] gesagt hat: eigentlich genau wie ein Patient, Nähe und Distanz null. Also es geht jetzt nicht darum ihn schlecht zu machen, aber das ist so das wo wir bei uns im Büro auch lange diskutiert haben. Hat er diese Professionalität? Kann man ihm die vermitteln? Dass es eine professionelle Begleitung wird oder... [I: *Hmm. Meinen Sie jetzt Nähe und Distanz im Bezug auf die Mitarbeiter?*] Auf die Mitarbeiter und auf die Patienten. Und trotz mehrfachem immer wieder darauf Hinweisen, da mal noch nicht so, vielleicht erstmal beim Sie bleiben, erstmal langsam ankommen. Immer gleich wieder dieses... B2\_4 [...] dadurch weiß er ja gar nicht so richtig mit Nähe und Distanz umzugehen, was ist wichtig, wie ist Gesprächsführung, er kann ja auch indem er eventuell kumpelhaft erscheint alles kaputt machen, gerade was man mit einem Patienten vielleicht wochenlang erarbeitet oder er kommt auf nem Einzelgespräch, ist total aufgebracht: Boah, die Psychologin war wieder total blöd, und er steht dann da: Ja das würde mich auch stören, und schon ist alles kaputt. B2\_4

Aber so ist noch ein bisschen Zündstoff in der Luft und ich möchte nur auch nochmal sagen: an dem Tag wo er seinen Einstieg gab, traf ich ihn auf dem Flur mit einem Mitarbeiter und das war für mich so anstößend, da bin ich da über den Flur gegangen und dann nicht mal ne Minute, nicht mal zwei Minuten kam gleich das Du und da hab ich mir schon gedacht: Na, was ist das denn? Also das war nicht so sehr angenehm für mich, da hätte er sich vorstellen können... Guten Tag, ich bin

der Genesungshelfer, Praktikant...da wird das als wenn man sich schon zwanzig Jahre kennt. Das war für mich... da hab ich mir gedacht: Oh... Im Nachhinein hab ich dann die Info bekommen, das ist kein gutes Bild gewesen. [B1: Also der Genesungsbegleiter hat dich geduzt, oder was?] B7: ja sofort und die Hand auf die Schulter und da hab ich gedacht, das passt irgendwie nicht so ganz. Die Distanz war nicht da, ne. Das fand ich nicht so schön. B2\_7

### Fehlende Sensibilität

Da war das so, ein Patient ist gleich nach zehn Minuten aufgestanden und gegangen. Dann hat er über seine Erfahrungen mit Drogen gesprochen und dass er eben auch so einen Wahn hatte, wenn er den Müll runterbringen wollte, dass da irgendwie die Polizei ist und zwei Stunden lang hat das dann gedauert bis er den Müll runtergebracht hat. Er hat das so erklärt. Und ein Patient haben wir bei uns, der fühlt sich ständig von der Polizei verfolgt. Den hatte ich dann beobachtet und der wurde auch ganz hibbelig, ne. B1\_5

### Zweifel an Kompetenz und Belastbarkeit

Also da hatte.. das war für mich auch.. was mich so ein bisschen.. Seit zehn Jahren, wir haben uns dann nachher näher unterhalten und dann seit drei Jahren vom Alkohol weg. War in so einer Suchtverlagerung, sagte er. B1\_1

Aber um einen Zugang zu finden... Ich muss dazu noch mal was sagen, ergänzen. Einen Zugang zu finden ist ja wirklich schon für unseren Bereich, sag ich mal, selbst wenn man als Praktikant der Ergotherapie, oder Sonstiges der Ausbildung, wirklich den Zugang findet... Das ist echt ein Weg über die Medien. Das ist so schwer für diese Leute, die gerade mal am Anfang des Studiums sind und dann sitzen wir noch daneben und dann sollen die... Also das ist wirklich sehr sehr schwierig. B1\_10

Ich find für ihn wird das super anstrengend sein. Er ist ja noch noch mehr im Spagat als wir. B2\_4

Vielleicht wird der auch überrannt hier mit Aufgaben, Aufgaben, Aufgaben, Aufgaben. B2\_6

### 3.3 Vorurteile aufgrund der ehemaligen Straffälligkeit

Ich muss auch ganz ehrlich sagen, ich hab da auch so meine Vorbedenken gehabt. Da kommt jetzt jemand so ganz losgelöst (...) wenn man das Konzept kennt und sagt, das ist ein ehemaliger Knacki, ist ja nun mal halt so [lacht]. Das wollen wir ja auch nicht wegreden, macht er ja auch nicht. B1\_4

Ich hatte mir bei dem Erstgespräch auch vorgenommen, direkt dann auch zu fragen, weil ich ja nicht weiß, welches Netzwerk oder in welchem Umfeld ist er noch? [...] Wir wissen ja auch, (..), dass die Rückfälligkeit aus dem JVA-Bereich (...) hoch ist, weil die wieder in das alte Umfeld zurückfallen. So, jetzt stellt sich mir auch die Frage: Ist er wieder dort in diesem Umfeld? Und welche Informationen gibt er von uns Preis? Also das hab ich auch konkret nachgefragt. Muss ich ganz ehrlich sagen. Das waren meine anfänglichen Bedenken. B1\_4

Manche (...) haben auch gesagt, wir müssen hier ein Führungszeugnis vorlegen, wenn wir hier arbeiten wollen, ne. B1\_5

Bei uns auf Station war es z.B. so, dass er einen Patienten kannte, in der Einrichtung.[...] Der war allerdings sehr erstaunt, dass er das geschafft hat. [I: Was sind da so die Bedenken, wenn er jetzt plötzlich feststellt, er kennt da jemanden? B6: Wie gut das Verhältnis ist. Daraus zieht sich ja Weiteres.] B5: Man weiß ja nicht, die erzählen ja auch nicht, was sie miteinander erlebt haben, ne. Ich mein, das war wohl ein längerer Aufenthalt in einer Suchtklinik, ich weiß nicht (..) Weiß man nicht, ob da auch dann die Wahrheit gesagt wird. Es ist einfach so. B1\_5

Auch die Einstellung muss ja auch stimmen. Wenn er bestimmte Bereiche zwangszugeordnet kriegt, bestimmte Erlaubnisse bekommt, dass er nicht mosert oder versucht zu tricksen, sondern sagt: gut, nehme ich an, fertig. Denk ich nicht groß darüber nach, so wie das bei den Patienten war. Ein bisschen Ausgang, kann ich nicht früher gehen? Kann ich den Bereich erweitern? (..) Ich sag mal Richtungen (..) der wusste genau in welchem Bundesland //. Das sind solche kleinen Dinger, nicht dass er dann auch so, weil er das ja kennt. Man möchte ihm auch nichts, gleich abstempeln, sag ich mal. B1\_6

Wenn Kollegen jetzt, die noch nie im Milieu waren so bisschen reinziehen lassen und er kommt aus dem und der soll es plötzlich schaffen, wenn andere nicht. Das ist schon, das ist eine Situation, sag ich mal. Kann er sich da //. Und da hängt auch eine Familie dran, wenn er jetzt family hat, das ist immer ein schöner Druckpunkt.[...] Das ist irre. B1\_6

Wer weiß, was er dem schuldet und die im Milieu, auch die Menschen, die arbeiten nun mal schlicht (...). Ich hab das mal für dich gemacht. Ich sag dies oder das, wenn du nicht... Keine Ahnung. Spekulativ letzten Endes, ne. B1\_7

Aber das ist das, was die Kollegen auch befürchten. Wenn du jahrelang, über Jahrzehnte gelegen hast und kann man das auf einmal so abstellen, wenn es mal eng wird, weißt du? B1\_9

[...] also ich kann mir nicht vorstellen, dass ihm im Stationsalltag volles Vertrauen entgegengebracht wird, weil er ja auch einen ganz anderen Hintergrund hat, er kommt ja aus einem ganz anderen Milieu. B2\_1

Naja, ich glaube grundsätzlich ist es ja so wenn ein Profi eingestellt wird, geht man davon aus, dass der nicht aus dem Milieu kommt. Das muss nicht so sein, gerade was Distanz angeht und bei ihm geht man davon aus, also er muss früher im Milieu verkehrt haben, ist halt fraglich ob der diese Kontakte wirklich alle abgebrochen hat. Glaube ich. Ich glaub das ist so die Grundproblematik und ich find Vertrauen im Bezug auf Sicherheitsaspekte muss es geben und ansonsten habe ich es auch schon immer so gehalten, dass ich nur bestimmten Leuten bestimmte Sachen erzählt habe, auch untereinander. B2\_5

[...] und das qualifiziert ihn ja gerade, dass er mal straffällig war, ne. Deswegen verstehe ich die Diskussion ums Führungszeugnis auch nicht, da wir ja wissen, dass da was drinne steht. Ich persönlich, ich bin da ja am Anfang auch sehr kritisch gewesen, sehe es vor allem problematisch, dass er mal straffällig war. Abstinenter Süchtiger, finde ich persönlich gar nicht so tragisch, also da gibt es auch Kollegen, die das so offen kommunizieren, dass das bei ihnen so ist. Halt die Straffälligkeit und vielleicht weniger die Straftaten an sich sondern mehr die Verhaftung im Milieu. Also das ist das was mich so umtreibt, also hat er wirklich keinen Kontakt mehr zum Milieu, das ist so das Einzige was ich so im Hinterkopf habe. Also wie gesagt, die Sucht ist jetzt gar nicht so das Problem.. B2\_5

Naja, dass er einfach Einblicke bekommt, die Patienten aus Sicherheitsgründen nicht haben und die dann weitergetragen werden ins Milieu und letztenendes ist es dann so, also Mecklenburg-Vorpommern in ein sehr kleines Land, zumindest was Straftäter angeht und da werden Informationen einfach weitergegeben, also auch Informationen aus der Forensik, die findet man dann bei Inhaftierten in der JVA, das wird einfach weitergereicht, ne. Und es gibt auch hier ganz viele Patienten die sich gegenseitig kennen von ehemaligen Straftaten, also das ist jetzt nicht so dass das bei einem bleiben. Unter Umständen würden sogar Informationen zu Patienten gelangen, die hier noch sind. Das wäre meine Befürchtung. B2\_5

### 3.4 Weitere Vorurteile

Ähm, was ich wirklich so nicht möchte, ich hab ihn ja nicht erlebt bei uns auf Station, dass er am Leben der Pflege so sehr teilnimmt oder involviert wird, aus Gründen der Sicherheit. B1\_1

Gar nicht bei uns, also so würde ich mir das wünschen, gar nicht so bei uns im täglichen Leben... B1\_1

Das waren mehr so Befürchtungen, weil wir hatten ja schon mal so eine Sitzung gehabt, ähm wo darüber gesprochen wurde, das waren Befürchtungen, wie das denn in diesen verschiedenen Bereichen, Sicherheitsbereiche nennen wir es jetzt mal so, wo dieser Genesungsbegleiter dann tätig ist. B1\_3

Die Bedenken, die hier innerhalb der Klinik waren, sind eher dem geschuldet gewesen, dass wir so bestimmte Bereiche haben, sagen wir jetzt die Kanzel im Schwestern-, das Schwesternzimmer sozusagen, wo dann sensible Daten liegen, Schlüsselgewalt. Ja solche Sachen eben. Mitarbeiter haben persönliche Sachen liegen in diesem Schwesternzimmer, wo sie Angst um ihre eigenen Daten haben, ne. Das waren so diese, um das mal so grob zu sagen, so was hier schon mal so besprochen wurde, ne, weshalb die Klinik allgemein so, das, also ein paar Bedenken geäußert haben. B1\_3

Ich glaube, dann gibt es noch das Bedenken, wenn was im Team über Patienten besprochen wird. Diese Information, die dann auch Patienten betreffen usw. inwieweit die dann auch weitergegeben werden, ne. Also nicht nur, weiß er dann etwas über das Personal, sondern auch solche anderen, Internes. B1\_3

Nein, nein. Dass man im Team bespricht, heute müssen wir das machen, da müssen wir aufpassen und es wäre gut morgen ein Drogenscreening zu machen oder ne. Unverhofft irgendwie eine Zimmerdurchsuchungen. Um solche Sachen geht es vielleicht auch. B1\_3

Die Frage ist ja, inwieweit er Teammitglied bleibt, wird. Ist er nur auf einer Station? Ist er auf vielen Stationen? Wenn er auf drei bis vier Stationen eingesetzt wird, dann ist er da in der Supervision, da in der Supervision. Wisst ihr was da los ist, ... was da los ist? Auch wenn das nicht sein soll, aber wir wissen ja, wie das läuft. B1\_3

Wenn man zusammen sitzt, unterhält man sich ja auch manchmal über private Sachen mit den Kollegen. B1\_5

Oder welche Hobbies man hat, ne, das kommt ja auch mal zur Sprache. B1\_5

Ja und über Tag ist er ja auch nicht nur bei den Patienten. Er ist ja auch dann... So ist es bei uns gewesen, auch auf dem Bereich des Stationszimmer, ne. B1\_5

Man kennt sich ja untereinander ja auch familiär, mit Kindern, Enkeln und wie auch immer, weiß, wo man wohnt und was man fährt, wenn sich das dann durchträgt, ist auch nicht gerade ratsam. B1\_6

Und die Frage ist ja. Wo hält er sich dann auf? Hat er sein eigenes Zimmer oder Bereich oder teilt er sich mit jemand anders oder ist er auch direkt im Stationszimmer? Dass er auch die Sicherheitsbereiche der Klinik kennt und die Einrichtung insgesamt, was ja auch nicht unwesentlich ist oder im // Einsatz, das kommt ja alles mit. B1\_6

Und hier ist ja schon öfter mal gefallen, wo ist er überhaupt angegliedert, wo sag ich mal, wie ist das mit diesem: Wir sitzen in der Kanzel drin. Wir sitzen im Büro. Wo ist er angegliedert? [*zustimmendes Gemurmel*] Sitzt er bei uns zwischen? Wir reden privat, möchten wir das? Die Hälfte will es nicht. Die andere Hälfte sagt: Mir ist es egal, er kann's ruhig hören. Also, da gibt es ja auch noch Diskrepanz, ne. Also das ist so, das ist eine Schwierigkeit an sich, weil du wirst nie, du wirst nie, sag ich mal, ihn ins Team integriert kriegen, wenn die Hälfte dagegen ist. B1\_8

Wir haben ja einen ganz anderen Lebensweg, wir als Pfleger, den er ja nun nicht so bestritten hat und inwiefern ist er denn überhaupt stabil, also wie viele Informationen haben wir, um ihm dann 100% Vertrauen entgegenzubringen, das ist ja auch schon wenn er mit im Stationszimmer sitzt, worüber unterhält man sich? Kann man wirklich alles erzählen oder muss man auch bestimmte Fakten einfach zurückhalten? [*I: Was sind denn die Befürchtungen?*] B1: Dass er einfach Sachen nach draußen trägt. [*I: Also dass persönliche Informationen über Mitarbeiter die Runde machen unter Patienten?*] B1: Nicht unbedingt, er kann sie auch mit nach draußen tragen und draußen kundtun. Nicht nur die privaten Sachen von uns, sondern generell alles. B2\_1

Und was man natürlich auch wirklich im Auge behalten muss, er wird sicher, also ich habe ihn jetzt noch nicht kennengelernt, sicher auch ähnliche Eigenschaften aufweisen wie unsere Patienten hier. Also es ist eben ein Süchtiger, der auch schon Straftaten begangen hat und ich glaub dieses Professionelle muss man ihm sehr nahe legen. Also auch diese Distanz... ja, Distanz vor allem. Nicht nur untereinander, also dem Patienten gegenüber ja gerade... ja, also auch Abgrenzung. B2\_5

Also es gibt auch welche die es wieder abgewählt haben... aber ich verstehe grundsätzlich beide Perspektiven, aber das Problem ist glaube ich, dass sie in unterschiedlichen Bereichen arbeiten. Sie arbeiten mit Psychotikern und die anderen Kollegen eher mit dissozialen, haftsozialisierten, persönlichkeitsgestörten Patienten, wo viele sehr manipulativ sind und wo auch viele Geschäfte laufen. Diese Problematik haben Sie auf Station 7 nicht oder weniger. Sie haben keine Süchtigen. Süchtige unterscheiden sich schon mal ganz stark von anderen psychiatrischen Störungen, indem sie einfach kurzfristig immer ihren eigenen Vorteil wollen. Also das ist jetzt nicht irgendwie böse gemeint, sondern das hat auch die Genesungsbegleiterin im Workshop ganz klar gesagt. Sie tickt heute noch so, der eigene persönliche Vorteil und kurzfristig. Sie muss sich da sehr überwinden das wegzudrängen und ich glaub das ist ein Problem. B2\_5

Der Patient denkt, die Bezugspflege haut da nicht so hin, ignoriert mich. Erinner dich, Herr [Name], Frau [Name], kein Zugang, der wird sich lieber auf die andere Seite schlagen und die beiden Bezugspfleger haben überhaupt null Info nachher. Ich meine, da sehe ich ne gewisse Gefahr. B2\_7

## **4 Ideen für Tätigkeiten des Genesungsbegleiters**

### 4.1 passende Aufgaben und Stationen

#### Allgemeine Ideen

Er soll ja nicht eigenständig, also eigenständig im Sinne von: Ich gehe jetzt und suche jetzt für die Patienten Wohnungen, oder so. Diese Kompetenz hat er ja nicht. Es sei denn, er hat eine klare Vorgabe oder Absprache: Es wäre gut, wenn er mal mit dem Patienten alleine da hingehet. Aber ganz klar formuliert ... und nicht als primäre Aufgabe, der sucht jetzt dem Patienten eine Wohnung. Und das ist genau das, wie wahrscheinlich in den Gruppen auch. Es muss vorher klar für die

jeweilige Situation klar abgesprochen werden. Wozu brauche ich den jetzt? Kann er da irgendwie was vermitteln... oder für deinen Bereich und in den Gruppen eben auch. Brauch ich den jetzt vielleicht mal in drei Gruppen oder ist die Situation so, dass die Gruppe auf der Stelle tritt. Wäre es vielleicht gut, so eine Erfahrung des Genesungsbegleiters einzubeziehen, wo ich sage: Ok, wir holen den mal dazu. B1\_3

Bei uns war das ähnlich. Er war mit zum Einkauf. Freitags wird ja gekocht. Dann hat er auch mitgekocht. Den ersten Tag kam er auch bisschen später, da konnten wir nicht so viel mit ihm anfangen, aber am letzten Tag hat er, wie gesagt, auch mitgekocht und hat sich mit den Patienten unterhalten. B1\_5

Ja vielleicht nicht unbedingt als Mitarbeiter //, dass er auch was bewerkstelligen kann. Nicht nur Aufträge empfängt, sondern auch //. Ist für ihn ja auch gut, dass er so bisschen motiviert wird. B1\_6

Wie gesagt, als Kombination würde ich das... Sowohl feste Zeiten als auch flexibel, um reagieren zu können. Auch zeitnah und nicht irgendwann in einer Woche, ich hab keine Zeit momentan, wie es manchmal so ist wegen Krankheit oder was auch immer. B1\_6

Und was ist mit den Patienten in der Außenwohnung? Hätten die auch noch eine Chance, auf ihn zurückzugreifen oder nicht? Weil die sind auch ganz schön, mehr oder weniger, betroffen. B1\_6

[...] und was so Ämter und Behördengänge angeht. Wir gehen davon aus, der macht den Genesungsbegleiter, weil er Erfahrung hat in bestimmten Bereichen, aber ich weiß nicht, was er für Erfahrungen im Sozialamt hat oder im Jobcenter oder bei Wohnungssuche usw. Das müssen wir natürlich alles mit ihm absprechen und dann kann er eventuell auch ein Stück weit Arbeit abnehmen, dass wir sagen: Alles klar, wir brauchen jetzt jemanden, der mit Patient XY zur Wohnungsgesellschaft geht. Das könnte er machen. Wir müssen dann natürlich auch aufpassen, dass wir ihm nicht einfach nur die Aufgaben, die wir nicht machen wollen, abgeben. B1\_7

Hat der denn Ideen, was er hier möchte? Also das wäre ja auch mal ganz spannend, ne, was er sich so darunter vorstellt, wenn er hier als Genesungsbegleiter eingestellt wäre. B1\_7

Wenn er mit Patienten gesprochen hat, so hatten wir das vorab abgesprochen, dass das im Tagesraum stattfindet. Da ist immer einer von uns beigewesen und ja beim Rauchen war auch mit, ne, aber das ist ja eine Besonderheit bei uns. Das war so das, was er mitgemacht hat. Die Dienstübergabe auch, pro Schicht und damit war er dann auch ausgelastet, ne. Also das war das, was wir hatten. Bei euch war das ähnlich, ne? B1\_9

Also ich kann mir einen Genesungsbegleiter auf all unseren Stationen s e h r gut vorstellen. Auf allen. B1\_9

Aber wenn er jemanden auffangen kann da, dann ist es vielleicht mal eine Variante, zu sagen, er geht von Station, vom Zimmer weg und geht zu dem und dem Patienten runter. Das wird abgesprochen. Das wäre ja alles eine Möglichkeit, die man ja anbieten könnte. B1\_10

Und man kann das ja... auf mehrere Beine stellen ne. Man muss ja nicht nur diese eine Aufgabe, sondern so z.B. was gesagt wurde Suchtgruppe begleiten mit dem Therapeuten zusammen oder... zur Anmeldung bereit stehen für das Einzelgespräch oder auch... wie gesagt ne richtige Peer-to-Peer-Group, die er dann meinetwegen dokumentiert für sich, aber was ich nicht wissen muss, ne. Wenn ein Praktikant draußen sich ne Selbsthilfegruppe sucht, erfähr ich das ja auch nicht auf Station ne. Sicherlich sicherheitsrelevante Sachen... klar, muss er ja sagen ne. Aber so... ja wie gesagt, mehrere Aufgaben, so ein halber Tag muss auch gefüllt sein. B2\_2

Wenn ich die Möglichkeit habe, mit so einer Person, dann gehört die meiner Meinung nach auch auf die Therapiestation mit dem Hintergrund „Sucht“. Was ja auch genau seinen Bereich abdeckt und dann auch nicht so als ganz normaler Pfleger im Dienst, sondern dann eher so therapeutische Gesprächsrunden, ne... offene Gespräche... vielleicht so Art wie Gottesdienst, dass die die Interesse haben, hinkommen können, sich austauschen können, von ihm die Erfahrung einfordern können. B2\_2

Vielleicht kann man davon ausgehen, dass er sich im Vorfeld schon mal Gedanken gemacht hat: Was hat ein Genesungshelfer für Aufgaben? Womit wird der konfrontiert? [B6: Davon geh ich aus.] B7: Davon geh ich auch aus. Dass er dann weiß, worauf er sich da einlässt und und Dinge dann auch für sich entscheidet und das scheint mir zu heikel oder das traue ich mir zu. B2\_7

## Gruppen

Mhm ja, ich konnte oder ich könnte mir vorstellen in unserem Bereich, dass das so für Gruppenrunden genutzt wird der

Patienten. Das könnte ich mir gut vorstellen. B1\_1

Aber ich kann mir vorstellen, wenn er selber sich in diesen übergreifenden Gruppen sich als jemand vermittelt, der weiß, worum es geht und der vielleicht auch helfen könnte... Die Patienten reden ja miteinander unentwegt und da wird schon diese Post unterwegs sein: Du, der ist gut, mit dem kann man reden. Und wenn nicht, dann wird sich eben auch kaum einer finden, der mit ihm reden möchte. B1\_1

Und ganz klar, meinetwegen, da ist eine Reflexionsgruppe, da bin ich mit dabei oder da ist eine Suchtgruppe, da gehe ich auch mit hin, was ich fast zielführender finde, als wenn jemand, der von extern letztendlich kommt und immer einfach so mit da im Tagesraum rumsitzt, ne, oder einfach nur, was weiß ich, eine Stunde in der Kanzel mit rumsitzt und dann kann ein Patient klopfen und sagen: Ja, ich möchte ihn gerne mal sprechen oder so, wo ich denke, wenn der feste Zeiten hat so eine Art Sprechstunde und dann irgendwo Gruppen auf den Stationen... Das halte ich fast für zielführender, als wenn er so unstrukturiert da irgendwo auf den Stationen rumhängt, ne. B1\_3

Die Frage mit den Gruppen sollte, denke ich, immer mit den jeweiligen Therapeuten besprochen werden. Ob es, also wo ich denke, er kann sehr wohl in manchen Gruppen teilnehmen. Aber es kommt, glaube ich, immer darauf an, was ist das für eine Gruppe? Das müsste man mit den Therapeuten besprechen. B1\_3

Also das sind Jugendliche, aktuell jetzt, ne? In den wenigsten Gruppen. Wir haben aktuell, wenn es mitunter um allgemeine Fragen der Straftat geht, aber auch nicht für eine Gesamtgruppe, sondern ich sage ok, jetzt vielleicht mal für fünf Einheiten, dann haben wir so ein spezifisches Thema. Das müsste genau abgesprochen sein, ne. Und bei manch anderen Gruppen sind andere Themen, stehen im Vordergrund. Das müsste man individuell klären und vielleicht auch nicht für die gesamte Gruppendauer. Also manchmal haben die dann, was weiß ich, im Erwachsenenbereich, auf der Jugendstation ist es ein bisschen anders strukturiert, was weiß ich, Suchtgruppe ist 40 Stunden oder ich weiß jetzt nicht, wie es aktuell ist. Wo man sagt ok, da gibt es vielleicht auch Themen, wo er gut mitinvolviert werden kann, aber er muss nicht zwangsläufig über die 40 Stunden mit dabei sein jedes Mal, sondern da müsste man spezifisch sagen, müsste man mit den Therapeuten absprechen ok, da wäre das ganz gut. B1\_3

Und dann weiß man genau, was Gruppenthema ist und kann das vorbesprechen. Also ich glaube, das muss sehr strukturiert sein und genau abgesprochen sein. B1\_3

Ich denke, die Gruppenleitung hat der Psychologe und der sollte individuell und für die Situation entscheiden, kommt er mit rein oder nicht. B1\_3

Beziehungsweise ein Therapeut sagt: Es wäre gut, ich hab Bedarf, es wäre gut für dieses Thema. Kommst du mit in diese Gruppe? Oder wir machen eine Extragruppe zu diesem Thema, fünf Sitzungen. Das sozusagen auch wir Therapeuten und in der Pflege auch durchaus auf den zukommen und sagen: Ich hab jetzt Bedarf. Es wäre gut, du kommst jetzt auf die Station für das und das Ziel. B1\_3

So hatte ich mir das auch vorgestellt, als Co-Moderator themenbezogen. B1\_4

Es gibt ja... Diese Gruppen sind stationsübergreifend. Also da würde wirklich jeder Patient ihm denn irgendwann schon mal gegenüber sitzen, begleiten mit Therapeut, Arzt auch und da würde man dann schon wissen... und wenn der Bedarf hätte, könnte er den dann ja anmelden. Das muss ja sowieso vom Patienten eher selber kommen. Also wenn wir hingehen und sagen, das ist eine gute Idee. B1\_7

Ich sage mal, wenn es ein trockener Alkoholiker ist und Alkoholgruppe, ich meine, das schreit ja danach, wenn man sagt ok, da sieht man ihn ja auch irgendwo, wenn man weiß, dann wüsste man, er hat da so seine Aufgabe, er hat so seinen Platz auch. [B9: Na Motivationsgruppe, wenn die alle durchhängen.] B8: Ja, ja genau. B1\_8

Ich kann nur noch mal sagen, so bei uns war in den Gruppen mit drin, in der Suchtgruppe war er mit drin, in der Stationsgruppe war er mit drin, in der Motivationsgruppe war er drin. B1\_9

Es kann auch so sein, dass er auf der Station 6, auf der Rehasstation letzten Endes eben so Gruppenbegleitungen durch den Therapeuten, aber auch durch den Genesungsbegleiter stattfinden können. Gerade da, wo es wichtig wird, dann in dem Moment. Also weg von der Gesprächszeit mit ihm alleine oder, sondern einfach da eine Gruppe macht, wo jeder halt seine Ängste nochmal ansprechen kann und er seine Erfahrungen eben dort kundtun kann. B1\_10

So wie ich das am Anfang auch schon mal angesprochen habe: für mich ist dieses Konzept ja eher darauf ausgelegt, dass er zum Beispiel..ich könnte mir das so vorstellen dass er fürs ganze Haus Gespräche anbietet für die Patienten wenn die halt

Bedarf haben oder wenn er zweimal die Woche so eine richtige Peer-to-Peer Group meinerwegen, so eine Art interne Selbsthilfegruppe anbietet für die Patienten, gerade so alles rund um Sucht, Wiedereingliederung etc. B2\_2

Ich glaube in ner, in ner Gruppe ist es eigentlich immer ganz gut... weil die Patienten sich ja oft in Gruppengesprächen auch selber mitunter richtig gut reflektieren, sich gegenseitig Tipps geben. Wo man dann als Therapeut daneben steht und.. also es passiert mir mitunter, dass ich dann sage: Ja besser hätte ich das jetzt nicht formulieren können. B2\_4

Und ich sehe vor allem den Einsatzbereich in Gruppen, nicht immer, nur wenn's passt. Drogengruppe kann ich mir sehr gut vorstellen, ich weiß jetzt nicht ob er auch alkoholabhängig ist, Alkoholgruppe, also alles was Suchtgruppen angeht kann ich mir punktuell vorstellen, ich kann mir auch Stationsgruppen vorstellen, wo es dann aber wirklich thematisch darum geht also zum Beispiel Erfahrungen, Reintegration, scheitern, mehrere Abstinenzversuche, also wo es jetzt wirklich thematisch darum geht. Ich könnte mir das auch vorstellen bei... also die DBT-Station hat ja sehr viele Gruppen, vielleicht in einer Skillsgruppe, mal so wo es passt. B2\_5

Und... also Suchtmittelrückfälle wird ja, das variiert immer so von Station zu Station bisschen, aber meistens wird das ja auch in Gruppen aufgearbeitet, wenn man das quasi schon im Einzel besprochen hat ne, mit dem Patienten. Und so ne Gruppe könnte ich mir schon vorstellen dann, dass... ähm... dass das effektiv wäre und für alle von Nutzen. B2\_5

### Sprechstunde

Nee, ich wollte nur dieses Sprechstundenprinzip das finde ich persönlich auch richtig gut. Ich kann mir vorstellen, so aus dem Gedanken heraus. Ich hatte einen Patienten in der Bezugspflege, der kurz vor der Entlassung stand und wo ich doch eine starke Überheblichkeit bemerkt hab. So in puncto Entlassung. Mir passiert nichts. Und da wäre so das für mich gewesen, ich könnte mir das gut vorstellen, ich würde mit seiner Therapeutin darüber sprechen und würde dann vorschlagen, dass man dann vielleicht diesen Genesungsbegleiter zu einem Gesprächstermin mit ihm bittet. So kann ich mir das vorstellen. B1\_1

Also ich würde ihm das so darstellen, dass er das faktisch als seine eigene gute Idee...[...] Als eine Chance auch, ja. [...] Also ich würde nicht zu ihm sagen: Ich stelle mir vor, so wie Sie sich verhalten, müssten Sie mal mit dem und dem sprechen. Das wäre ja komplett falsch. Also da erzeuge ich ja nur Abwehr. [...] Würde ihn schon in mehreren Gesprächen darauf vorbereiten. [...] Das Gute ist ja, wenn er ihn kennt durch die Gruppengesprächen, dass er das vielleicht auch als Chance für sich wahrnimmt. [B9: Dass er ihn erstmal für sich absammeln kann. Passt der zu mir? Passt er nicht?] B1: Und wenn er nicht will, dann will er nicht. [...] Man kann ihn ja nicht zwingen. B1\_1

Das wäre dann quasi so, er hat ne, das Modell dann quasi eine Sprechstunde, so könnte ich mir vorstellen, wo Patienten sich für ihn anmelden und sagen: Ich möchte. Ich hab ein Problem. Ich möchte mit dem vielleicht reden. Und wie auch immer. B1\_3

Ich denke auch, dass dieses Modell mit diesem Sprechstundenähnlichem wie [Name] es gesagt hatte sinnvoller wäre, weil die Patienten sind alle sehr individuell. B1\_11

### Unpassende Aufgaben bzw. gegenteilige Meinungen

Oder was soll er in der Ergo letztendlich, ne? [...] Wirklich in der Ergo hat er... muss ja nicht sein. B1\_3

Aber so ein Permanenteinsatz oder so einen ständigen Einsatz in der Ergotherapie sehe ich nicht. Das funktioniert nicht und wenn in der Ergo was aufflockt, dann könnte man den anmelden für einen bestimmten Patienten, aber nicht, dass der jetzt in der Ergo sozusagen präsent ist. Das halte ich für völlig abwegig, die Idee. B1\_3

In der Holzwerkstatt wird gearbeitet und dann hat ein Patient ein Problem und dann ist da der Genesungsbegleiter, der das auffängt. Das ist eine abwegige.. Dann müsste er ja.. mal gucken, ob was passiert, ob ich, ne und warte. Da ist, denke ich der Bereich Ergotherapie für eine Präsenz des Genesungsbegleiters halte ich für völlig abwegig, denke ich. Auf Station.. B1\_3

Meinerwegen für die Jugendstationen mache ich ja auch Gruppen, ne. Also, ich kann jetzt nicht für die anderen sprechen, da würde ich klar sagen, das ist solche Gruppe, da macht es Sinn oder da ist vielleicht ein Problem, wo wir von seiner Erfahrung profitieren können. In anderen Gruppen macht es ke i n e n Sinn. Ich sehe nicht, dass er eine Gruppe l e i t e n kann. Also der hat keine psychotherapeutische Ausbildung, ne. Also das wäre dann keine... B1\_3

Aber ich würde jetzt auch nicht grundsätzlich sagen, er geht jetzt komplett immer in die Gruppen rein. In manchen Reflexionsgruppen kann das gut sein, kann auch nicht gut sein. Da müsste man wirklich je nach Gruppenzusammensetzung, nach Thema, nach Situation auf der Station gucken, ne. B1\_3

Also da würde ich das pauschal nicht machen und immer mit den Therapeuten absprechen, die die Gruppe leiten und würde auch nicht sagen, er muss jetzt in die Gruppen rein. Das führt auch zu, wo ich mir denke, nee manchmal nicht. B1\_3

Sehe ich jetzt auch nicht so, dass er da allein für sich eine Gruppe abhält oder so. B1\_3

Ja, aber man kann nicht alles in Gruppen machen. Manche sagen: Nee, in der Gruppe nicht. [...] B1\_6

Nicht so kann ich mir das in der Ergo vorstellen. B1\_9

Und insofern, ich glaube nicht, dass es ohne Therapeut geht. [Piepen im Hintergrund] Ohne eine therapeutische Leitung. B1\_9

Wenn du dann so einen hast, der sagt: Leute, ich hab es geschafft, bin fast 10 Jahre clean! Ist doch eine duftige Geschichte und trotzdem gibt es Gruppen, wo ich sage, das passt nicht. [Zustimmung der anderen] B1\_9

Wenn wir nur das Sprechstundensystem nutzen würden, ähm, dann glaube ich, nutzen wir nicht das volle Potenzial, was er bringt, von seiner Erfahrung heraus. B1\_9

Das ist nicht einfach. Also ich sag mal so, er war ja bei uns auch und wenn man einen Patienten hat, der dann an einem Medium arbeitet und wirklich Gesprächsbereitschaft hat und sich auf ein Gespräch mit ihm einlässt... Er ist ja nicht wie wir ausgebildet in dem Sinne, dass er das Medium erklärt oder irgendwie sagen kann: So und so ist der weitere Ablauf. B1\_10

Man muss sie da abholen, wo sie sind und was ist das, was wäre es auch für ihn für eine schwierige Aufgabe, es so allgemein für eine Gruppe zu machen. Ich glaube, da profitieren die Patienten nicht stark von. Klar, in so Motivationsgruppen und so finde ich das auch total sinnvoll, aber es immer alles so allgemein zu halten, finde ich immer schwierig und auch so eine Gruppe allgemein zu gestalten ist für ihn selbst auch schwierig, sodass es für irgendwie für alle einen Zweck hat. [...] Ja, oder begleiten. Eine begleitende Funktion und unterstützende Funktion. B1\_11

[...] und dann macht er auch das wofür er eigentlich gedacht ist und nicht essen holen oder Patienten von A nach B bringen. B2\_2

## 4.2 Vorbildfunktion

### Erfahrungen teilen

Und die standen nicht im Bereich der Pflege, sondern die haben wirklich sich angeboten mit den Betroffenen über den Tagesablauf zu reden, haben mit ihnen gesprochen darüber wie man sein Berufsleben bewältigt, damit... das konnten wir gar nicht als Pflege, das kann nur jemand, der betroffen ist. Und so stelle ich mir das bei dem Genesungsbegleiter auch vor. Dass der sich eher darum kümmern könnte, wenn Patienten quasi schon auf der Station 6 sind oder eine hohe Lockerung haben. Mit ihnen darüber spricht. Wie ist mir das gegangen, so aus den eigenen Erfahrungen heraus. B1\_1

Ich sehe ihn wirklich auch bei Patienten mit hohen Lockerungen ganz doll gefordert.[...] Weil er hat die Erfahrung. [B6: Auch die Ängste. [...]] B1\_1

// ist ja, also die Funktion als solches, dass er da mit seinen Erfahrungen dem Ganzen helfen kann, glaub ich, das funktioniert, das funktioniert auch in anderen Bereichen. B1\_3

Auch die Freizeitgestaltung. Was mach ich jetzt? Wo gehe ich hin? B1\_6

Nee, das ist schon richtig. Ich glaube, das ist auch super, weil wir können denen ja immer alles theoretisch erzählen, ne. Wie es draußen aussieht und was für Fallstricke überall liegen und die sagen: Ja. Aber das geht hier rein und da wieder raus. Wenn jetzt aber jemand neben dem sitzt und sagt: Ja, ich hab selber erlebt und ich hab genauso gedacht wie du, das schaffe ich alles und ich bin der Einzige, der keine Nachsorge braucht usw... Hab ich nicht geschafft! So ne, das ist vielleicht mal eine ganz andere Geschichte. B1\_7

Wenn man das mal so betrachtet, unsere Patienten haben ja auch so ein, wie so ein, es ist ja wie so ein langer Prozess, wenn

sie hier sind und ich sehe diesen Genesungsbegleiter halt auch eher am Ende dieses Prozesses. Dass er wirklich, wenn die Patienten stehen vor einer Entlassung, ist irgendwann angedacht. Wie bewältige ich meinen Alltag danach? Dass er genau da ansetzt und Tipps gibt, unterstützt. Wie gestalte ich die Freizeit, die ich dann habe sinnvoll und fange nicht wieder an, da irgendwo hineinzurutschen. Das finde ich sinnvoller, dass er die Patienten d a n n stärkt. B1\_11

Na beispielsweise Skills, gibt ja auch Suchtdruck, wenn der draußen so bewegt, ne. Was hilft ihm, da kann er die Patienten bestimmt gut unterstützen. B2\_1

Und dann wär ja auch wichtig, dass er vielleicht dann auch auf Station 6, weil das sind ja dann die Leute, die so kurz vor der Entlassung stehen. [...] Und draußen sind. Da wär's vielleicht glaube auch gar nicht.. so verkehrt, wenn er da seine.. weil da haben wir ja auch oft genug Rückfälle und... B2\_4

Ich könnte mir auch vorstellen im Bereich grade der 1... Motivation oder... nennen wir's vielleicht gar nicht Motivation sondern Klärung der Absicht: Möchte ich Therapie machen: Ja oder Nein? Ne. Dass er einfach von seinen Erfahrungen berichtet, so wie ich's verstanden habe, hat er ja auch mehrere Anläufe gebraucht? B2\_5

Und ich glaube, das können auch ganz profane Themen sein, wie z.B. äh... wenn man jetzt, ich meine, das wissen wir ja alle, ist ja nicht ganz ausgeschlossen, wenn man z.B. mit... einem Behandler nicht zurechtkommt. Oder eine Frau chic findet ausm Behandler team ne. So... da haben wir ja eher die Erfahrung gemacht, da ist die Hürde groß, das den Behandlern zu sagen, wem auch immer ne. Manche sagen's dann irgendwie, aber manche dann auch nicht also. B2\_5

Was kann man denn da ausschließen. Eigentlich keins also. Wenn ein Patient jetzt sagt: Ich hab ein Problem mit meiner Frau, aber ich möchte vielleicht mal. Hat er vielleicht Erfahrung mit.. Beziehungsgestaltung oder keine Ahnung oder: Meine Tochter, die spinnt, vielleicht kann er mir helfen, weil er auch Kinder hat. Also ich würde da kein Thema groß auslassen... außer es geht um, was weiß ich jetzt, psychologische Sachen, das irgendwie, keine Ahnung. B2\_6

Ich glaub, das wird vielleicht alles auch ein bisschen zu hoch angesetzt. Ich glaub, dass der... der auch einfach nur dazu da sein soll... mit dem ein oder anderen Patienten zu reden. Ne, die Redebedarf haben auf ihrem Niveau und nicht unbedingt mit der Pflege reden wollen, auch nicht mit den Psychologen. B2\_6

### Patient:innen motivieren und stärken

Er war ja da wie gesagt und unsere Patienten waren s e h r interessiert, aber waren danach auch sehr auffällig. B1\_1

Manche haben auch Angst, wenn sie rausgehen. Oh Gott, schaffe ich das? [...] Und dann kommen viele Fragen. Ich hab schon im Vorfeld, wir haben auch schon mal welche aus der // geholt, weil sie da gar nichts mit sich anfangen konnten. Aufgestanden, so was mach ich jetzt eigentlich? Mache ich jetzt das und das? Konnte sich nicht entscheiden. Hin- und hergerissen. Kam nicht zurecht. B1\_6

Individuell einfach. Ist am besten, weil man muss ja die Patienten individuell sehen. [...] Man kann sie nicht über einen Kamm scheren. Man kann auch nicht sagen, für alle, weil es gibt unterschiedliche Intelligenzen, sag ich mal. Wo man manchmal merkt, ja ja, kein Thema, wo nichts mehr läuft. Wo manche auch rückfällig werden, weil sie überfordert sind. [...] Die manchmal sagen: Ich bin der Beste, ich bin super. Ich habe so einen kleinen Ring auf dem Kopf, alles in Ordnung. Und dann kommen die gar nicht, was sie auch nicht zugeben wollen, wo sie sagen: Nee, ich möchte mir nicht die Blöße geben. So und er kann aufgrund seiner Erfahrung besser auf die zugehen und er kennt auch die kleinen Fallstricke. B1\_6

Er hat auch so seine Erfahrung, wo wir nicht so weit sind. Er kennt vielleicht so ein Verhalten oder wie auch immer. So und wenn er mit denen arbeitet und sich so Bestimmte herausucht, die Bedarf haben oder wo er vielleicht auch selbst sieht, wenn er die Patienten kennt: Na, der gefällt mir nicht so. Dass er auch von sich aus für ihn auch eine Motivation hat. Er ist ja nicht so eine Hilfskraft, sag ich mal so: Du machst jetzt das und das und das. Mach ich, mach ich. Dass er selbst auch motiviert wird und sagt: Hier kann ich auch was selbst bewerkstelligen, wenn das so seine Einstellung ist. Er macht das ja, um anderen zu helfen, weil er selbst auch schon gestrandet ist. Wenn er jetzt so sagt: So, ich sehe das, ich kann euch diese Erfahrungen mitteilen. Ich würde das so und so sehen, dass er manchmal mitgeht, zum Beispiel // weil wir das eben auch haben. Wohnungssituation ist momentan sehr schlecht und manche haben auch schon //. Wird sowieso nichts, dann geh ins Heim, gehe ich ins Obdachlosenasyl, unter die Brücke und manche haben ja solche Phasen. Wenn er sagt: Nee, die Chance siehst du noch! Das ist immer so ein kritischer Punkt oder wenn es mit der Arbeit nicht geht. B1\_6

Wir haben mal einen gehabt: Ja, wenn du fleißig bist, dann wirst du übernommen. Zack geht los, ich bin da. Gerackert wie

zehn Leute und dann: Tschüss Jungs, war ein Scherz. Boing. Da fallen die runter, richtig brachial, 90 Grad, zack, bumm. Dass er sagt: Ja, kenne ich. Und holt die irgendwie ab und kann sie dann wieder aufbauen ebendrum mit seiner Erfahrung oder motivieren auf seine Art. Er hat ja eine andere Ebene als wir. Für mich ist das teilweise, sag ich mal, weil ich das auch miterlebt hab, aber andererseits hat er vielleicht eine andere Basis als wir Theoretiker, sag ich mal. Uns gelingt es ja teilweise sehr gut. Da würde ich das wirklich individualisieren und nicht festsetzen so, dass er sich auch strukturieren kann. B1\_6

Auch offen und korrekt und in einer Patientengruppe. Da hatten wir zu dem Zeitpunkt mindestens die Hälfte unruhige Patienten, aufmüpfig, um es mal nett auszudrücken. Die hat er in den Bann gezogen und das hat der einfach, das hat der richtig cool gemacht, das kann ich nicht anders sagen. Das hätten wir so als Professionelle gar nicht geschafft, so sie da so abzuholen. Und aus der Gruppenstunde kann ich nur sagen, das ist super gelaufen in der Gruppe, wo ich daran teilgenommen habe und Patienten, die sonst relativ wenig oder gar nichts gesagt haben, kamen tatsächlich Äußerungen. B1\_9

### 4.3 Perspektive-vermittelnde Funktion

Also wenn ich bemerke, mein Patient so und so, der schwebt da auf irgendwelchen Wolken, die komplett unrealistisch sind, die für mich auch nicht mehr nachvollziehbar sind, dann würde ich doch sagen: Der kann doch gut kommen und mit dem Patienten mal sprechen. Und der erreicht ihn vielleicht eher als ich mit meinem, ja, nur angelesenen Wissen oder mit meinem Wissen, das ich aus Gesprächen mit anderen habe und nicht das am eigenen Leibe erfahren habe. B1\_1

Das ist ja nicht seine primäre Aufgabe diese Aufgaben zu machen, sondern eigentlich ist doch seine Aufgabe Vermittlung. B1\_3

Nur eben halt dieses Bindeglied zwischen Patient und // sozusagen, dass er das da so irgendwie, diese Lücke schließt, sag ich mal so. B1\_7

Das machen äh.. Es gibt ja auch andere Häuser, die machen auch mit diesen Genesungsbegleitern einzeln mal so infomäßig für die Mitarbeiter ne. Also dass z.B. der Genesungsbegleiter einmal so Art, so'n Workshop, Weiterbildung für uns macht, um einfach mal zu spiegeln, wie einige Maßnahmen von uns auf den Patienten wirken. Ne, wenn wir so für, ich sag jetzt mal, für Kleinigkeiten, vielleicht gibt's denn das und das Verbot, wo wir schon wieder abgehakt haben, das den Patienten aber noch weiter beschäftigt, ne. Also.. gibt's auch. Das ist zwar auch nicht ganz das, aber wenn man da jemand hat. Der kann einem das ja ruhig mal... ein, zwei Sachen bewusst machen ne, das ist ja manchmal so bisschen sensibilisierend. B2\_2

Aber es gibt ja viele Themen, die die Patienten vielleicht nicht in erster Linie den Therapeuten und der Pflege sagen, sondern da wirklich so als Pufferbrücke fungiert so. B2\_2

Ja, so könnte ich mir das auch vorstellen. Weil das ja oftmals doch bei uns sehr lange dauert in der Bezugspflege, bevor du da Zugang zu den Patienten kriegst, bevor der Vertrauen hat. Die sind wie gesagt alle knastgeschädigt und auf Distanz und was kann ich erzählen. Und da kann der ja auf jeden Fall hilfreich sein, wenn der dabei ist. So kann ich mir das vorstellen. B2\_3

So als Mittler ne. So ein bisschen. B2\_3

Das fände ich, glaube ich, dann nochmal gut und ich könnte mir auch vorstellen, wie Sie sagen... in Bezugspflegegesprächen oder auch in Einzelgesprächen von den Psychologen... manchmal hat man ja irgendwie keinen Zugang zu dem Patienten. Da gibt's verschiedene Gründe.. ne. Dass man, wenn man jetzt als Behandler, wer auch immer das ist oder auch in der Ergotherapie sagt: Mir fehlt da so der Zugang irgendwie. Ich brauch da noch so'n so'n Mittler, Vermittler. Dass man ihn dann dazu ruft sozusagen oder anmeldet oder wie auch immer das dann organisatorisch laufen soll. B2\_5

Und ich glaub, er könnte auch, also er kann ja.. auf der einen Seite aus Patientensicht oder halt ja.. Patientensicht oder als Betroffener berichten, aber ich könnte mir auch gut vorstellen, dass er vielleicht auch den.. Patienten nahebringen kann, wie wir denken. Ja weil das ja, da gibt's ja häufig ne Diskrepanz [lacht]. Ne also grad was so Konsequenzen äh angeht und so weiter und ich könnte mir auch vorstellen, muss man gucken, ob es passt wie gesagt. Ich würde das nicht routinemäßig machen Aufarbeitung von Suchtmittelrückfällen. [...] Oder überhaupt Aufarbeitung von Vorkommnissen könnte ich mir auch vorstellen, dass das hilfreich wäre. B2\_5

Das hat man oft, wir haben hier oder meine Beobachtung in den... Reflexionsrunden, die wir denn einmal in der Woche machen. Wie die Patienten da sich noch ein bisschen empathisch zurückhalten, weil sie entweder mit Scham besetzt sind,

über Dinge zu sprechen und das... hat man oft... Es soll ja keine Reflektion der... der, der Tage, wo ich wie was gemacht habe, sondern es sollen ja Tage beschrieben werden, wo ging es mir gut, was hat mich gefreut, wo war ich verärgert, was hat mich traurig gemacht? Da versperren sich manche Patienten und da kann, könnt ich mir gut vorstellen, dass er dann 'nen Zugang kriegt, wo doch der ein oder andere Patient sich doch vielleicht doch noch mehr öffnen würde oder könnte. B2\_7

## **5 Wünsche und weitere Ideen der Mitarbeiter:innen**

### 5.1 Organisatorisches

Aber das, was du sagst und was hier vorher schon gesagt wurde, Punkte, die man noch nach dem Praktikum klären muss. Zum Beispiel, welche Rechtsstellung hat er denn? Er wird nicht den Status Mitarbeiter kriegen, da brauch ich nämlich eine Personalstelle zu, um den hinzukriegen [lacht]. Also wird er eher einen Dienstleistungsvertrag wahrscheinlich kriegen oder mit der Firma, muss man sehen, weiß man nicht, wie man das macht. [I: Also er wäre nicht der erste Genesungsbegleiter mit einer Mitarbeiterstelle an der Klinik.] B4: Ja, aber im Moment ist noch keine da. Das muss man ja auch wirklich langfristig vorbereiten, ne. [...] Ja, also ist eine Frage der Budgetverhandlung letztendlich. [lacht] B1\_4

Ja, geht ja digital, genau. Aber ich sag mal für mich jetzt als Pfleger auf der Station... ne. Was bei uns in der Gruppe passiert, das krieg ich ja live mit. Weil ich hab jetzt nicht unbedingt den Druck, dass ich jetzt wissen muss, was extra vielleicht in ner anderen Gruppe passiert, wenn's nicht sicherheitsrelevant oder irgendwas wär ne. B2\_2

[...] und dann läuft das über Anmeldung, wie der Sozialarbeiter angemeldet wird. Was weiß ich, dienstags oder mittwochs, das ist ja immer ein guter Tag. [...] Ja, die Idee finde ich gar nicht so schlecht. B2\_4

[...] dann müsste er natürlich irgendwo extern einem Sitz haben, ein Büro oder sowas. B2\_5

Wobei wenn er Gruppen macht.. muss es auch so dokumentiert werden, dass dann äh... wie jetzt auch in der Patientenakte dann quasi... zumindest die fallführenden Therapeuten Zugriff drauf haben ne. B2\_5

Ich glaube, es müssen ganz viele organisatorische Sachen geklärt werden. Schlüssel ja nein? Also jetzt im Praktikum auch... Diese Datenschutzerklärung, diese, also alles, was Praktikanten generell immer müssen. Auch ärztliche Untersuchung? Muss er haben bei Patientenkontakt, müssen unsere Praktikanten auch haben. Also... ne... so ne organisatorischen Sachen. Mir fällt jetzt nichts weiter ein außer Schlüssel.. Alarmgerät. Läuft er, also soll er mitlaufen bei Alarm, ja, nein? Ich würde eher sagen nein. [...] Aber das muss festgelegt werden. Falls mal der Alarm losgeht und er weiß nicht, was er machen soll. Kriegt er nen Schlüssel, welche Schlüssel kriegt er? Sowas. Was halt so organisatorischer Kram ist. B2\_5

[...] aber wenn er sein eigenes Büro bekommt und sich punktuell sich Patienten nimmt mit denen er Einzelgespräche führt, dann fällt das ja komplett weg. Dann wärs ideal, dann brauchen wir uns auch keine Gedanken darüber machen um Sicherheit, was wir auf Station besprechen, er ist dann raus und trotzdem macht er seine Arbeit, also das wofür er da sein soll. B2\_6

### 5.2 Wunsch nach klaren Aufgaben

Bevor er anfängt, sollte es wirklich dazu kommen, dann werden Sie ihn ja auch mit einer genauen Funktions- oder Stellenbeschreibung bekannt machen hier im Haus. B1\_1

Ja, ich glaube, es muss einen klar definierten Rahmen geben und klar definierte Absprachen, wo allen Mitarbeitern klar ist, was sind seine Aufgaben, was darf er, was darf er nicht, ne. Was er auch wissen muss, ne. Und dass, und gerade dass dieser Kontakt zu Mitarbeitern und Kontakt auch zu Patienten, was da Befugnisse und Aufgaben sind. Das muss einfach klar definiert sein und ich glaube, das ist das Problem, dass das momentan, Praktikum ist das eine, aber nachher die Anstellung oder wie auch immer, da ist das noch sozusagen nicht allen klar. Wo steht er dann und mit welchen Aufgaben? B1\_3

Das ist aber auch so gedacht. So hab ich es jedenfalls das letzte Mal verstanden. Das war jetzt nur die Probezeit in diesem Jahr, dass es jetzt die 1, die 7 und die Ergo war und aber gedacht ist es aber schon, dass es auf allen Stationen stattfindet und sich dann damit involviert. Wichtig find ich eigentlich, dass so ein Genesungsbegleiter irgendwo, dass da klar definiert ist,

was macht er, was macht er nicht, wo wir alle irgendwie wissen // B1\_3

Ich frage mich dann auch für den späteren Einsatz: Ist das denn jemand, der, ne.. Ich meine, wir haben sieben Stationen oder, ne? Ist er dann einfach da im Tagesraum und sitzt da und guckt und spielt dann da mit denen und ist einfach da präsent oder ist er jeden Tag auf einer anderen Station oder jede Woche auf einer anderen Station oder schlendert er einfach so durchs Haus und guckt mal, wo er hängen bleibt? Oder hat der irgendwie, ne, ganz definiert so eine Art Sprechstunde, wo Patienten sich für ihn anmelden können? B1\_3

Genau, das muss...ne. [*B(alle): Und für ihn auch.*] B3: Ja, ich bin da und da...Weiß ich nicht...Und mit welchem Ziel sitzt er dann da im Tagesraum? B1\_3

Man muss ja auch sagen, wir müssen ja auch erstmal voraus schätzen. Bis jetzt haben wir ja auch noch sehr unpräzise Vorstellungen von dem, was mir machen wollen, ja. Deswegen müssen wir dann mal sehen in dem anderen Praktikum. Wir müssen ihn ja auch mal ranholen: Ok, Was hat er hier erlebt? Wie könnte er sich das weiter vorstellen? Dass man doch eine präzise Aufgabenstellung kriegt und präzise sagen kann, das ist seine Rechtsstellung und dann kann man auch sagen, welche Vertragsform wir letztendlich anstreben. B1\_4

Einhalten von Absprachen [...] Zum Beispiel. B1\_4

Ich denke auch, das muss planbar werden für die Stationen. B1\_4

Das ist ja die Frage. Welche Aufgaben soll er denn erfüllen? Welchen Bereich deckt das ab, das ist ja wichtig und die ganze Skepsis resultiert, denke ich mal, auch daraus, dass keiner weiß... weil es keiner so kennt. Was für Aufgaben hat er? In wie weit kann er reingehen? Welche Bereiche? Geht auch mal in die Ergo oder sowas oder sieht das mal an, um über den Patienten Überblick zu haben. Oder vielleicht auch bisschen was einzuschätzen, aber von den Erfahrungen her schon besser als wir. Dass er besser weiß, wovon er spricht, auch praktisch. Also er kann schon eine Hilfe sein, ne. B1\_6

Ja wer hat ihn denn gebrieft? Wurde er überhaupt irgendwie auf seine Arbeit eingestellt, die er macht? Ich meine der ist hier ja gekommen, es muss ja irgendwie ein Gespräch stattgefunden haben, was seine Aufgaben sind und es muss ja irgendeiner von der Leitung oder irgendjemand muss ihm ja gesagt haben: Da gehen Sie hin und das machen Sie und das ist Ihre Aufgabe. Und ich meine bei meinem Vorstellungsgespräch, gut das ist eine Weile her, aber da wurde mir auch gesagt, was meine Aufgaben sind und was ich zu lassen habe und auf was der Fokus liegt bei meiner Tätigkeit. Und wurde das mit ihm auch...sicherlich ne? B2\_3

[...] da fällt mir Folgendes ein, da wo ich hergekommen bin, da haben wir uns ja auch auf Station darüber unterhalten, was wir ja vielleicht gut finden würden: wir haben ja alle eine Stellenbeschreibung und da stehen meine Aufgaben drin, die ich zu erfüllen habe, Tabletten ausgeben und so weiter und so weiter. Dass da von Ihnen auch eine Aufgabenstellung erfolgt, dass er auch beschäftigt ist, also ich meine, unser Hauptaufgabengebiet ist ja unsere Beobachtung und unsere Einschätzung, kann er Ausgang haben oder nicht und wie ist er drauf oder was weiß ich und dann machen wir auch eine kurz Notiz in unsere Akten, aber dass er auch beschäftigt ist, also dass er jetzt nicht bei uns mit... also er braucht ja zum Beispiel keine Beobachtung machen, das ist Tagesablauf, ne, dass er guckt wie die Patienten drauf sind, er muss sich ja auch nicht mit allen Patienten irgendwie gleichzeitig unterhalten, dass er irgendso eine Aufgabe kriegt. Zum Beispiel heute ist er auf Stationsgruppe mit Station 2, da kann er dann teilnehmen oder ich lade ihn ein zum Bezugsgespräch, dass er eben da dabei ist oder auch die Patienten eine Liste kriegen wo die sich eintragen: Ich hab Bedarf, ich möchte mal mit ihm Austausch machen, was er für Erfahrungen hat. Dass er auch gewisse Aufgaben hat, dass er auch beschäftigt ist und nicht im Stationszimmer sitzt und dass er genau weiß: heute hab ich Gespräch mit Herrn [3 Namen], die haben sich ja angemeldet, dass er auch beschäftigt ist und dass er auch so eine gewisse Aufgabenstellung bekommt, dass er auch weiß was seine Aufgaben im Prinzip sind. Dann würde schon viel wegfallen dass wir sagen: Also was mache ich mit ihm jetzt. Ja, also dass er bei uns sitzt und ja das wäre vielleicht hilfreich. B2\_3

Nee, er ist ja vom Haus eingestellt, das heißt die Entscheidung ist gefallen, er kommt. Das heißt er ist theoretisch geeignet; weil er hat ja mit der Chefin geredet und die hat entschieden, er kommt also hat sie ja entschieden, er ist geeignet, sonst würde sie ihn nicht einstellen. So und dann kommt er auf Station und er ist dann im Haus und er sagt er kommt auf die 4. So was mache ich mit ihm jetzt? B2\_3

Aber wie gesagt, das müsste... so ein bisschen so'n... genauer Plan erstellt werden, was seine Aufgaben sind ne. Wo wir auch wissen, was seine Aufgaben sind. B2\_3

Ich meine, was halt wichtig ist, ist, dass er vernünftig gebrieft wird, also dass er eben von vornherein weiß.. was auf ihn zukommt und was seine, was er lassen muss und... was seine Aufgaben sind. Dann ergibt sich vieles von selbst. B2\_3

Deshalb ist das ja auch so wichtig. Ihm dann die speziellen Aufgaben zu geben. Und das macht auch das Personal etwas unsicher und bleibt auch im Gespräch. Wir diskutieren ja auch schon darüber: was ist der Sinn dieses Genesungsbegleiters und überhaupt die Begrifflichkeit „Genesungshelfer“, das war ja auch schon ein großes Aufbäumen da: Genesungshelfer auf Station, wozu? Der nimmt uns nachher nur unsere Arbeit weg. Also ganz allgemeine Gedanken ausgesprochen, wo man da noch nicht so klar war. Was hat diese Person für Aufgaben letzten Endes? Wenn die klar würden sein, dann würden auch einige Diskussionspunkte wegfallen, ne, wenn man von vornerein wüsste: aha, das und das und das hat er in seinem Aufgabenbereich und ja. B2\_7

### 5.3 Wunsch nach besserem Informationsfluss

Ich glaube, das ist gar nicht gut. Das ist schon besser, wenn Sie immer andere, also so sehe ich das, wenn immer wieder andere hier sitzen, weil wenn dann, so wie wir hier sitzen und miteinander gesprochen haben... Man sieht es ja schon mit anderen Augen durch das Gespräch und ich kann mir vorstellen, dass dann wieder andere Mitarbeiter nochmal andere Probleme sehen und das ist viel besser, so darauf zu schauen. So unvoreingenommen. B1\_1

Momentan ist es so ein Orakeln, was darf er? Passt das? Das muss erstmal stehen, dass wir wissen, wie sieht es aus, was macht der? Und dann müssen wir gucken, wie setzen wir das Stück für Stück um irgendwo. B1\_3

Und alle Berufsgruppen vielleicht auch, ne? *[I: Alle Berufsgruppen?]* B3: Naja, Psychologen wären, gerade was Gruppen usw. angeht, gar nicht so verkehrt und ich weiß nicht, ob du die Ambulanz drüben gefragt hast? Allgemein mal? Ob davon jemand? B1\_3

Aber wenn das losgeht, ist es, finde ich, ganz ganz g a n z wichtig, dass das alles abgeklärt wird. Wo darf er sich aufhalten? Was darf er machen? Und dass das alles vernünftig ist. Wer ist sein Ansprechpartner? Dass das klar ist, kein Ärger entsteht dadurch. B1\_5

Das sagte ich ja auch vorhin, dass jeder seine Erfahrungen macht, dass jede Station die Chance kriegt, ihn zu erleben oder wie er seine Aufgaben erledigt. B1\_5

Gibt es denn auch Infos, wie weit das voranschreitet, so die Forschung, wie sich das alles so entwickelt oder so oder gibt es da keine Information? Ist das alles geheim? B1\_6

Falls sich der eine oder andere dafür interessiert. Was macht ihr oder wie weit seid ihr? Oder was wurde... Seid ihr dagegen oder dafür? B1\_6

Das ist das eine und das andere, wenn wir den Anspruch haben oder Frau Professor, ähm, dass hier eine Leitlinie zusammengefasst werden soll, dann müssen meines Erachtens alle Stationen miteinbezogen werden. Alle Stationen, was das Forschungsmäßige angeht, dass letztendlich gesagt werden kann: Die Klinik für. Und nicht Station 1 und Station 7, sondern dass das ein rundes Ding ist. [...] Das ist das, was ich mir wünschen würde. B1\_9

Ich kann dann noch ergänzen, was ich hinzufügen möchte, dass ich das total wichtig finde, ein Team auf solch einen Einsatz vorzubereiten. Das finde ich ganz wichtig, damit eben nicht diese und jenen Unsicherheiten sind, so wie sie hier benannt wurden. B1\_9

Vor allem, wenn wir den Anspruch, oder die Professorin hat, hier eine Leitlinie ableiten zu wollen, dann können hier nicht nur 15 Leute dazu arbeiten, das ist einfach zu wenig. B1\_9

Darum geht es ja gar nicht. Es geht ja erstmal, so hab ich es verstanden, zu erfassen, was ist der Ist-Stand, was für Defizite, was für Wissenslücken sind noch da. Was wollen wir für die Zukunft? Darum geht es doch erstmal, oder? B1\_9

B10: Vielleicht wäre es auch gut, wenn er dann eingeteilt wird auf einer Station dann zugeteilt wird, dass er sich auch wirklich im Beisein eines großen Teils des Teams vorstellt. Auch eigene, auch Ängste anspricht. Vielleicht... *[B9: Das ist ja gelaufen. B1: Das hat er gemacht. B9: Ist alles gelaufen. B1: Das hat er wirklich gemacht. Ja, ja. Du konntest auch fragen, was du wolltest. Also, er war sehr offen.]* B10: Ok. B1\_10

Das wäre vielleicht noch ein wichtiger Punkt, ist mal auch für die Akzeptanz im ganzen Haus, dass da viel mehr

Kommunikation läuft... was genau wie geplant ist, Stand der Dinge so, kleine Mail. Viel kommt, viel Unruhe kommt ja immer auf durch Mangel an Information. [B6: Du kannst ja jetzt schon bisschen was erzählen.] B2: Du kriegst ja nicht alle auf Station. B2\_2

Ich glaube, die meiste Unruhe hier im Haus entsteht einfach nur, weil gar keiner weiß, wir wissen jetzt ein bisschen mehr weil wir drüber reden und es sind ja total sinnvolle Vorschläge rausgekommen, aber alle anderen reden ja nur: Oh, der läuft ja hier durch die Gegend und mh. Und dadurch weiß ja keiner und das ist einfach nur, was verunsichert. B2\_4

Aber ich finde es schon wichtig, nur ne kurze Mail irgendwie. Zweite Fokusgruppe hat stattgefunden. Ideen wurden gesammelt, unter anderem zum Einsatzgebiet.. oder so was. Also das ist ja das, was die Leute interessiert. Nur so nen Zwei-, Dreizeiler. B2\_5

#### 5.4 Feste:r Ansprechpartner:in

[...] und was haben Sie sich vorgestellt? Was sollte so sein fester Ansprechpartner sein? Wer könnte das sein? B1\_1

Ich meine, mein Einstieg in diese Klinik ist ja noch nicht so lange her, ne. Ich komme aus der Somatik und bin 2012 hier angefangen und dadurch, es ist ja komplett was anderes hier zu arbeiten als in der Somatik und für mich war das wirklich wohltuend, dass ich jemanden hatte, der mich eingearbeitet hat, der wirklich an meiner Seite stand und immer, wenn ich Fragen hatte, dann konnte ich fragen und ich hab immer Antworten bekommen, die für mich nachvollziehbar waren und die sich auf, das kommt ja auch noch dazu... Wir müssen uns ja im Rahmen des Gesetzes bewegen, dass wir das einhalten und ich war da immer sicher, wenn ich gefragt hab oder mir gesagt wurde: Du kannst da und da nachlesen. Wenn du Fragen hast, kannst du nochmal fragen. Also, ich habe mich immer sicher gefühlt und das hat mich dann ja auch stark gemacht wieder auch gegenüber den Patienten. B1\_1

Darum weiß ich, dass das ganz wichtig ist, dass er jemanden hat, den er fragen kann. Also, der muss auch wirklich für ihn da sein und nicht, dass der dann gerade im Urlaub ist oder falls derjenige krank ist, dass man dann schon jemanden hat, der ein Vertreter ist. B1\_1

Aber ich denke, das könnte auch jemand von der Pflege sein... [...] wenn jemand über den Dingen steht und realistisch ist. [...] Dann wird er nicht sagen aus falsch verstandener Loyalität, nee.... Nee, das glaube ich nicht. Mir geht es darum, dass er sich in einem rechtlich sicheren Rahmen bewegt und dass er weiß, was er hier tun kann und dass er mit Fragen zu demjenigen gehen kann, der einfach für ihn da ist. [...] Und das an jedem Tag, wo er hier ist, gerade nur diese erste Zeit. Nachher ist das nicht mehr so schlimm, man kann sich ja auch an andere wenden, aber es macht einen einfach sicherer, wenn ich weiß, ja, der ist da. B1\_1

Vor allem auch welche Berufsgruppe, finde ich auch wichtig. Ist es jetzt ein Psychologe, der vielleicht ja auch andere Sachen sagt, wenn der Genesungsbegleiter jetzt ein Problem mit der Pflege hat, als jemand von der Pflege. B1\_3

Das muss man ja auch noch bisschen bedenken, wen man da reinholt.[...] Genau, gerade am Anfang so regelmäßige Reflexionsgespräche dann so einmal die Woche mit der Ansprechperson. Dann setzt man sich eine Stunde zusammen, er schreibt die Fragen auf, die er in der Woche so hatte. B1\_3

Und er braucht einen konkreten Ansprechpartner, ne. Dass man genau sagt, wenn du ein Problem hast, wende dich bitte an den. Der ist für dich zuständig.[...] Dass er sich nicht allein gelassen fühlt, auf weiter Flur. B1\_4

Also ich würd, glaub ich, auch übergeordnet jemanden grade aus der therapeutischen Seite... ich mein, wie gesagt, man muss das schon trennen, bei ihm ist Austausch unter Gleichgesinnten und das andere ist natürlich professionell. Ne, das muss man trennen, aber ich glaub, wenn da jemand wirklich fit ist... noch die Hand drauf hat, ist klar wichtig. B2\_2

Wo er genau weiß, da kann er immer hin bei heiklen Sachen. B2\_2

Ja, wenn er auch wirklich wichtige Informationen oder irgendwas kriegt oder keine Ahnung, muss er ja irgendwo hingehen können und sagen: Pass mal auf, ich hab eben gehört, der will sich erhängen. B2\_3

Da wär jetzt auch die Frage: Hat der denn eigentlich 'nen Ansprechpartner? Weil wenn er jetzt durchs Haus läuft und in der ersten Stunde ist er bei Frau Müller, in der nächsten Stunde ist er bei Herrn Meier. Da weiß der nachher gar nicht mehr, dann geht er nachher, weil jeder von uns arbeitet ja anders auf seine Weise und irgendwie dass er da vielleicht so einen Ansprechpartner hat, der ihn da zu Anfang so bisschen begleitet. B2\_4

B5: Ich glaube, also um nochmal auf das Organisatorische zu kommen, wäre es gut, wenn er bei den Übergaben dabei wäre... auf Station. Wo er an dem Tag grad war... und dann finde ich es aber trotzdem wichtig, dass er 'nen Ansprechpartner hat. [B6: *Ja zumindest auf jeder Station, da muss man ihm dann jemanden sagen, mit dem er...*] B5: Das sowieso und ich, und ich würd sagen noch vielleicht doch nochmal nen Übergeordneten. B2\_5

## 5.5 Supervision

Ich denke auch, dass das ungünstig wäre. Wenn der bei den normalen Teambesprechung, Übergaben etc. dabei ist, ok, aber bei Supervisionen, wo es um ja auch Befindlichkeiten, Befindlichkeiten ist ein blödes Wort, ne? [unverständliches Gemurmel] B3: Aber Befindlichkeiten, auch im Team, wo es mitunter nicht nur um Patienten geht, sondern auch um andere, ich sag mal durchaus Konflikte zwischen Mitarbeitern oder wie auch immer. Es gibt ja auch Teamsupervisionen. Und wenn dann jemand da ist, wo man ja ohnehin sagt, ne, so ein Grundmisstrauen ist ja bei vielen Mitarbeitern vorhanden und der dann auch noch in so einen relativ intimen Bereich, was es ja ist, reinkommt, halte ich das für ungünstig, weil wahrscheinlich dann die Bereitschaft, Supervisionen mitzumachen von den Mitarbeitern, wo es ja mitunter teilweise auch Schwierigkeiten gibt. Das halte ich, wäre ein Punkt, wo ich sage, nee. B1\_3

Für mich ist auch der Punkt Supervision. Ich mag nicht mal die Supervision, wenn die nächste Hierarchieebene, also Ärzte, Psychologen... Die besten Supervisionen sind die, wenn wir Mitarbeiter unter uns sind, wo sich das Team, was dann dort ist, öffnet sich dann wirklich am besten. Das ist so die Erfahrung und ja, würde ich auch sagen, dass er da nicht dabei sein müsste, aber werden wir ja sehen. B1\_3

Das ist im Prinzip genau das Gleiche, was man hat mit dem Abstandsgebot. Dass man zu..., dass der Supervisor Abstand hat zu der supervisitierenden Einrichtung. // dann öffnet sich das Personal nicht, wenn die jetzt merken, dass der Abstand nicht hinhaut, dann funktioniert die ganze Supervision an sich nicht. B1\_4

Deshalb können wir ja nicht selber unsere eigene Einrichtung supervidieren. Das geht nicht. Und genauso hatten wir die Diskussion, die UMR an sich oder stellt Psychologen ein als Supervisor und die werden eingesetzt. Die haben aber einen Vertrag mit dem Vorstand dann. Da ist dann schon wieder, ja erzähl ich ihm was? Was kommt beim Vorstand an? Da baut sich sofort Misstrauen auf. Deshalb muss dieses Abstandsgebot auch eingehalten werden. Und hier wird man sicherlich erstmal Angst haben, dass das nicht funktioniert mit ihm, ja. B1\_4

Das kann man im Weiteren vielleicht mal rechtlich prüfen, aber jetzt müsste ich mich da schwer täuschen, ob das hier an der UMR überhaupt geht, den Genesungsbegleiter in die Supervision miteinzubinden. Das muss ich erstmal prüfen. B1\_4

Das wäre noch mal die Frage, die ich hatte. Bei denen, wo die im Anstellungsverhältnis sind bei den Supervisionen. Wie sind die eingegliedert? Haben die eine Stabsstelle gekriegt oder irgendwie sowas? Weil man muss ja wissen von dem, wo gehört er nun wirklich auch hin? Und das wird dann auch abhängig sein, was die Fragen hier so mitbetrifft. Wenn ich natürlich sage, ich schaffe mir eine Stabsstelle oben unterhalb der Klinikleitung und da ist der Supervisor mit integriert und wird dann eingesetzt in den verschiedenen einzelnen Bereichen punktuell zu verschiedenen Aufgaben, dann ist es schon schwierig mit der Supervision [lacht]. Das schließt sich eigentlich schon aus. B1\_4

Auch seine Absicherung. Wie öfter Thema gewesen ist, psychisch. Auf jeden Fall muss er ja auch irgendwelchen Rückhalt haben letzten Endes. B1\_6

Ok, wenn er da aber nicht mitmachen kann, wo bleibt er dann mit seinen Sorgen, Ängsten, Nöten, Erfahrungen, die er hier eben macht? Er steht ja dann allein da. Ich finde das für den Menschen schwierig. B1\_7

Also, was ich kritisch sehe, ähm und das hab ich auch schon mehrfach gesagt. Also ich kann mit allem mitgehen, ne. Jeder hat eine Chance verdient und wir reden immer davon, dass unsere Patienten draußen eine Chance kriegen sollen, und, und, und. Brauch ich nicht wiederholen. Ähm, wo ich wirklich dagegen bin, ist dass er in Supervisionen mit drin sitzt. [...] Das ist etwas, wo ich sage, das geht für mich gar nicht. [B4: *Ich glaube, das geht auch rechtlich nicht.*] B9: also ähm, ich hab das gelesen, dass Einrichtungen das machen, dass die ähm EX-IN-Begleiter da mit reinnehmen in die Supervision und das ist etwas, wo ich sage, das geht nicht. B1\_9

Da hab ich eine Hemmschwelle. Aber das ist mein Persönliches... B1\_9

Sie haben es doch gut eben ausgedrückt mit den Befindlichkeiten, ne. Er soll vieles wissen über die Patienten, mit den Patienten, aber ob da jetzt irgendwelche Befindlichkeiten untereinander sind, die bestenfalls in der Supervision geklärt werden, ob er das jetzt wissen muss... Nee, das geht aus meiner Sicht am Ziel vorbei. B1\_9

Also in der Literatur wird beschrieben, entweder also das was ich jetzt dazu gelesen habe, entweder bei Supervisionen oder solche Coaches-Runden, ne und ähm ich sehe das auch so, dass der irgendwo aufgefangen werden muss, klar, aber nicht da.[...] Also zumindest nicht am Anfang. Erst recht, wenn der eine oder andere noch Unsicherheiten hat bezüglich des Einsatzes. B1\_9

Und der muss ja auch, was mit der Supervision gemeint ist auch, äh.. er muss ja auch irgendwo sich reflektieren können... im Team. Also wenn ich jetzt an unser Büro denke, wir sind da nur.., acht Leute und haben zu ein und demselben Patienten ganz oft unterschiedliche Meinungen. Was aber auch wichtig ist, weil wir's wirklich täglich besprechen, dass man ja selber auch wieder so ein bisschen aufwacht. Ne, dass man da nicht so auf seiner Schiene bleibt und durch die Reflektion von meinen Kollegen sehe ich ja dann: Ah ja, hast vielleicht recht. Vielleicht seh ich das anders. Also das finde ich super wichtig. B2\_4

Ich glaub, der muss auch supervidiert werden. Also... im Sinne von Umgang mit Patienten. Jetzt nicht er als Person, weiß ich jetzt nicht, ob er da irgendwie extern vielleicht irgendjemanden hat. Aber eben im Umgang mit Patienten, weil Fehler werden passieren, also wie uns allen. Die Frage ist halt nur, wie man dann zukünftig damit umgeht. B2\_5

## Codebuch Genesungsbegleiter intern

Themenbezeichnung	Beschreibung	Erklärung/Textbeispiel	Gegenerklärung
<b>1 Werdegang</b>	Gemeint sind sowohl Inhalte der EX-IN-Ausbildung, als auch Ansporn des Genesungsbegleiters sowie Impulsgebung von außen, die EX-IN-Ausbildung zu beginnen sowie die Motivation des Genesungsbegleiters.	Oberthema, welches Informationen beinhaltet, wie der Genesungsbegleiter dazu kam, die Ausbildung bei EX-IN zu absolvieren, was ihn motiviert und was ihn zur Arbeit mit forensisch-psychiatrischen Patient:innen qualifiziert	Gemeint ist nicht die Biographie oder Krankheitsgeschichte des Genesungsbegleiters
1.1 EX-IN-Ausbildung	Gemeint sind jene Textstellen, welche sich mit Inhalten und Erlebnissen im Rahmen der EX-IN Ausbildung und dem Zugang des Genesungsbegleiters zur Ausbildung befassen.	Gemeint ist, wie der Genesungsbegleiter dazu kam, die Ausbildung zu machen, sowie sein persönliches Erleben	Nicht gemeint sind zum Beispiel Inhalte der EX-IN Ausbildungsmodule
<i>Anregung zur Ausbildung</i>	Gemeint ist die Impulsgebung von außen, die Ausbildung zu beginnen bzw. wie dieser Genesungsbegleiter von der Möglichkeit der Ausbildung erfahren hat	Ich war in [Ort]. [...] Das ist „Haus Zuflucht“ aufgrund meiner Alkohol-Trinkgewohnheiten. Habe da mein Leben neu aufgearbeitet. [...] Und da ist meine Therapeutin, mit der ich immer noch Kontakt habe, mit ihren Freundinnen in Verbindung getreten und da war eine der Meinungen, dass EX-IN was für mich ist.	Hier nicht gemeint ist die intrinsische Motivation des Genesungsbegleiters, welche ein eigenes Thema darstellt.
<i>Erfahrungen in der EX-IN Ausbildung</i>	Erlebnisse und Eindrücke, die der Genesungsbegleiter im Rahmen der EX-IN-Modulausbildung gemacht hat	Zum, zum Glück, sage ich mal, in meiner Ausbildung sind unheimlich viele verschiedene Krankheitsbilder vertreten. Wir sprechen sehr viel untereinander, miteinander und machen auch sehr viel Gruppenarbeit und dadurch lerne ich andere Krankheitsbilder kennen, wodurch ich eben Empathie entwickeln kann für diese	nicht gemeint sind etwa Erfahrungen anderer Teilnehmenden an der EX-IN Ausbildung

		Krankheitsbilder, ja mich informieren kann.	
1.2 Motivation	Ansporn, hauptberuflich als Genesungsbegleiter zu arbeiten, Freude an der Arbeit als Genesungsbegleiter und dem EX IN-Konzept	Das reizt mich alles. Das ist im Grunde genommen, ist diese wenn ich eine Stellenbeschreibung für mich dafür finden sollte genau das, was ich mein Leben lang versucht habe, anderen Menschen zu helfen. Nicht alleine, sondern mit anderen Leuten zusammen, weil alleine funktioniert das nicht immer, ist die Belastung zu groß. Ich sichere einen guten Wirkungsgrad. Das ist für mich einfach alles nur schön. Ich sehe da auch wenig Negatives, weil Leute, die hier sind, ja tatsächlich was ändern wollen. So und da ist ein ganz anderer Ansatz, als bei Leuten wo man eben nicht weiß, ob sie es wollen. Das macht es leichter für mich. Ja und ich sehe da eine schöne Herausforderung. Eine sehr schöne.	Gemeint ist die intrinsische Motivation des Genesungsbegleiters, in seinem Beruf zu arbeiten, nicht die Motivation in anderen Lebensbereichen oder extrinsische Motivationsfaktoren
<b>2 Aufgaben und Rollenbild</b>	Tätigkeiten und Funktionen, Selbstbild und eigenes Arbeitsverständnis	Oberthema unter welchem das Rollenbild des Genesungsbegleiters, die Tätigkeiten sowie weitere Vorstellungen zum Arbeitsalltag des Genesungsbegleiters beschrieben werden.	Nicht gemeint sind explizite Aufgaben, die der Genesungsbegleiter sich vornimmt oder bereits ausgeführt hat.
2.1 Perspektive-Vermittlung	Vermittelnde Position zwischen Mitarbeiter:innen und Patient:innen; berufliche Funktion als jemand, der sowohl die Patient:innen, als auch die Mitarbeiter:innen versteht	Und ich kann auch, jetzt mal auf Klinikpersonal bezogen, so ein bisschen übersetzen, was, was die Patienten wirklich sagen, weil die Sprache manchmal ein unterschiedliche ist. Ich kenne beide Seiten.	Hier nicht gemeint ist Perspektive-Vermittlung im Sinne von bspw. beruflicher Perspektiven für Patient:innen nach Ende des Maßregelvollzugs
2.2 Hoffnung, Vorbild-Funktion	Befähigung der Patient:innen zur Genesung, Lebenserfahrungen weitergeben, Eigenschaft des	Und wenn ich das irgendwie weitergeben kann. Nicht, nicht so'n, so ein Ding an sich, sondern so diese Grundeinstellung, dass man halt eine Entscheidung treffen muss für sein Leben	Nicht gemeint sind die persönlichen Hoffnungen oder Vorbilder des Genesungsbegleiters selbst.

	<p>Genesungsbegleiters Hoffnung zu vermitteln</p>	<p>und dann nach dieser Entscheidung auch lebt, mit allen Konsequenzen, so und ja, da sehe ich auch so eine Aufgabe von mir. Und die gefällt mir auch sehr gut. Nicht so Schulmeistermäßig, sondern, (...) so auf die Mut machende Art. Siehst du irgendwie, so geht es, so kann es gehen, so funktionierte es bei mir. Ist ja nicht jeder Mensch gleich zum Glück, aber die Methoden sind ja die gleichen. So und ja, ich würde mir wünschen, dass ich das irgendwie rüberbringen kann. Das es halt nicht (...) nur entweder oder gibt, sondern auch einen steinigen Weg dazwischen, ja. Den bin ich ja auch gegangen, hat ja auch lange gedauert bis ich so weit gekommen bin wie jetzt, also mein Weg geht über Jahrzehnte. So, ja.</p>	
<p>2.3 Null-Toleranz</p>	<p>Prinzip der Abgrenzung gegen Patient:innen: Kein Entgegenkommen oder Dulden von Geheimnissen/ Drogengeschäften (im Sinne von: nicht zulassen, von Patient:innen manipuliert zu werden)</p>	<p>Kriege ich mit, dass Geschäfte stattfinden, erzähle ich das. Fragt mich jemand nach Geschäften, erzähle ich das. Also für mich ist klar, gilt dasselbe wie in meinen Therapien, es geht nur ohne Drogen. Ich weiß, dass es nicht möglich ist Null zu schaffen, aber die Leute, die wirklich wollen, nehmen es einfach noch nicht. So, oder sie werden mit reingezogen wie auch immer und deswegen ist es für mich wichtig. Erst mal um nicht erpressbar zu sein und nicht angreifbar zu sein, solche Sachen halt von vorn herein im Keim zu ersticken, weil Null-Toleranz hat mir auch in Therapien geholfen. War von vornherein klar, dass ich es eben nicht akzeptiere, weil es für mich nicht okay ist. So und so habe ich das auch weitergegeben. Das heißt ich</p>	<p>Nicht gemeint ist eine abgrenzende Haltung oder Null-Toleranz den Patient:innen oder deren Konsum-Vergangenheit gegenüber</p>

		<p>habe gesagt, wenn ihr kommunizieren wollt, macht es so, dass ich es nicht mitkriege, dann geht das. Kriege ich das mit, rede ich darüber.</p>	
<p>2.4 Offene Kommunikation über Vergangenheit</p>	<p>Mitteilen (vor allem Kolleg:innen gegenüber) von Erlebtem/ Vergangenheit, sowohl in Bezug auf Sucht als auch persönliche Lebensumstände</p>	<p>So, und naja nachdem ich dann mit einigen Leuten gesprochen habe, so, die dann viel von mir wissen wollten, warum ich das mache, was mit mir los ist, was bei mir passiert ist, so ein bisschen aus meinem Leben wollten sie wissen, einige auch ein bisschen mehr. Ich habe da keine Geheimnisse. Das kann gerne alles wissen. Meine Beweggründe mache ich kein Geheimnis draus. Und über mein Leben auch nicht.</p>	<p>Nicht gemeint ist Kommunikation über solche Details aus der privaten Vergangenheit des Genesungsbegleiters, welche für die Arbeit keine Relevanz haben, wie zum Beispiel Wohnort des Sohnes etc</p>
<p>3 Selbstfürsorge</p>	<p>Maßnahmen zum Schutz und der Bewahrung der mentalen Gesundheit des Genesungsbegleiters</p>	<p>Oberthema unter welchem die Selbstfürsorge des Genesungsbegleiters und seine Bedürfnisse im Arbeitsalltag beschrieben werden.</p>	<p>Nicht gemeint ist die Selbstfürsorge der Mitarbeiter:innen oder Patient:innen.</p>
<p>3.1 Abgrenzung</p>	<p>Schutz vor (emotionaler) Überforderung im Arbeitskontext, Umgang der Genesungsbegleiter:innen mit Gefühlen gegenüber Patient:innen, auch: Meiden von Gewaltsituationen in der Klinik</p>	<p>Vor den Patienten musste ich es nicht sagen, ich habe es aber vorher dem Klinikpersonal erzählt, dass ich das mache, damit sie wissen woran sie sind. Weil schließlich bin ich straffällig gewesen, bin drogensüchtig gewesen, das heißt ich habe mich in demselben Abgrund bewegt wie viele von den Patienten, oder alle von den Patienten bewegt haben. Um mich da klar abzugrenzen, habe ich da gesagt, wie ich das handhabe. War mir sehr wichtig und fanden die auch sehr wichtig, die Beteiligten. Ja. Und eine andere Art von Abgrenzung fällt mir nicht ein. Na doch, dass ich mich aus Gewalt-Sachen heraushalte, da sind andere für zuständig, das sind nicht meine Aufgaben. Wenn jetzt irgendjemand wie auch</p>	<p>Nicht gemeint ist die emotionale Abgrenzung von Patient:innen.</p>

		immer, dann ziehe ich mich zurück, entziehe mich der Situation. Das ist auch eine Art Abgrenzung, ja.	
3.2 Abstinenz	Absolute Enthaltbarkeit von Alkohol und Drogen, Reduzierung der eigenen Rückfallgefahr durch die Überzeugtheit von vollständiger Abstinenz	Also das ist mein eigenes Ding so. So habe ich das für mich umschrieben. Ich habe da auch lange drüber nachgedacht was ich da so sage zu mir oder wie ich das anderen erkläre, was ich lebe. Das ist mir auch wichtig, dass ich glücklich abstinent bin, so weil (...) in der Vergangenheit, wo ich noch nicht so weit war wie jetzt und ich Sachen vermisst habe und eben halt noch nicht glücklich abstinent war hatte ich immer irgendwelche Hintertüren, ach man kann ja mal, ist ja nicht so schlimm, einmal geht ja. So und das ist ein Irrglaube, es geht nicht. Habe ich oftmals feststellen müssen, habe es mehrfach ausprobiert in allen möglichen Variationen und es hat nie funktioniert. Na gut, irgendwann wird man mal schlau. Hat bei mir ein bisschen gedauert, aber ich habe es halt kapiert, dass es nur dann geht, wenn ich auch zufrieden bin. Anders funktioniert Abstinenz nicht. Sobald ich anfangen irgendwas zu vermissen, habe ich in der Vergangenheit versucht es durch Drogen zu kompensieren. So und das mache ich jetzt nicht mehr, dann mache ich es anders. So und ja das meine ich. Ich habe da für mich Möglichkeiten gefunden.	Nicht gemeint ist z.B. sexuelle Abstinenz.
3.3 Feedback	Rückmeldungen/Spiegelungen zum Verhalten des Genesungsbegleiters durch Kolleg:innen, Nachfragen zur Arbeitsweise bei	<i>I: Kann die Klinik oder können die Kollegen sie in ihrer glücklichen Abstinenz irgendwie unterstützen?</i> Ja. Ganz einfach. Haben sie auch schon gemacht. Einfach mit mir reden, und zwar auf Augenhöhe und wenn	Nicht gemeint ist das Feedback von Patient:innen zur Arbeit des Genesungsbegleiters.

	Kolleg:innen	irgendwelche Unklarheiten sind, Fragen stellen, was sie auch gemacht haben. Kommunikation ist für mich in jeglicher Beziehung, egal ob sie professionell, partnerschaftlich oder arbeitsmäßig oder zwischen Kollegen ist, super wichtig. Kommunikation macht meiner Meinung nach 85% einer Beziehung aus. Ich betitele das jetzt mal als Beziehung jetzt.	
3.4 Selbstreflexion	Vorausagenhalten des eigenen Verhaltens, das Nachdenken und Bewerten des Genesungsbegleiters über sich/ seiner selbst	Ich habe auch so ein kleines Notizheft gekauft gehabt und habe täglich mitgeschrieben was ich erlebt habe inklusive meiner Gefühle, meiner Eindrücke. Das, die Essenz daraus ist mein Praktikumsbericht. Ich habe das noch mal explizit im Buch stehen für jeden Tag, damit ich es auch nachlesen kann, später noch mal. Habe ich auch schon gemacht. Ja, das war gut.	Nicht gemeint ist beispielsweise die Reflexion im Spiegel
3.5 Supervision	Wunsch nach regelmäßigem Zusammenkommen im Team, Beschreiben der Supervision im Rahmen der EX-IN-Ausbildung	Und die Supervision über EX-IN findet ja auch statt. Da tauschen sich die Leute, die es schon machen und solche die es machen wollen untereinander aus. Ist für mich auch wichtig, mache ich auch mit. Also ich nehme jetzt im Moment, werden hier in Rostock Module wiederholt, von Genesungsbegleitern, die ihre Ausbildung hinter sich haben. Die machen im unregelmäßigen Turnus (...) Wiederholungen der Module, um halt auch noch mal Eindrücke von uns Frischen mit reinzubekommen und zu vermitteln und aufzufrischen, was sie erlebt haben und gelernt haben und auch schon aktiv lehren oder anwenden. Das ist für mich auch schön und wichtig. Also wo ich Wissen rausziehen kann oder Informationen rausziehen	Nicht gemeint sind explizit gewünschte Inhalte in hausinternen Supervisionen.

		kann, da bin ich immer gerne vor Ort. Weil es für mich wichtig ist. Weiterbildung generell wichtig. Und je umfassender mein Wissen ist, desto besser kann ich agieren. So empfinde ich das. Wenn ich eine Lehre zu einem Beruf mache, die drei Jahre dauert, bin ich nach drei Jahren auch noch kein Fachmann.	
<b>4 Erleben des ersten Praktikums</b>	Erfahrungen, Empfindungen	Oberthema unter welchem die Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen des Genesungsbegleiters vor und während des ersten Praktikums in der KFP beschrieben sind.	Nicht gemeint ist das Erleben des ersten Praktikums aus Perspektive der Mitarbeiter:innen oder Patient:innen.
4.1 Im Vorfeld des Praktikums	Gefühle und Erwartungen vor dem Praktikum	Weil, ich habe ein ziemlich hohes Anspruchsdenken an mich, wollte meine Sache gut machen und ich wusste nicht, was mich erwartet. Ich wusste nicht, wie auf mich reagiert wird. Ich wusste nicht, wie damit umgegangen wird, dass da plötzlich jemand ist, der was anderes macht. Mir war im Vorwege schon klar, dass nicht alle Beteiligten positiv auf mich reagieren würden. Das war halt alles so, so viele unbeantwortete Fragen, die sich erst klären konnten, wenn ich da bin. Und das war auch nicht so jetzt, dass ich, dass ich unangenehm erregt war, sondern das war so 'ne, so 'ne, so 'ne Anspannung vor der Herausforderung.	Nicht gemeint sind etwa Erlebnisse im Rahmen der vorherigen Modulausbildung durch EX-IN MV.
4.2 Während des Praktikums	Eindrücke und Gefühle während des Praktikums, Kennenlernen der Mitarbeiter:innen	Und dann, naja klar habe ich eine schöne Führung gekriegt, hat mir erst mal jemand alles gezeigt, einer von den Mitarbeitern. Was so von, so, so passiert, wo das passiert, na und dann habe ich mir einen ersten Eindruck gemacht. Und mein erster Eindruck war auch super positiv. Keine Gitter vor den	Nicht gemeint sind etwa fachliche Erkenntnisse, die der Genesungsbegleiter während des Praktikums gewonnen hat

		Fenstern, große Fenster, viel Licht. Es wurde immer von Patienten gesprochen, es wurde von Zimmern gesprochen, das war für mich alles positiv, so, und wie auch mit den Patienten umgegangen wird, das habe ich vorher noch nie so erlebt. Das war neu für mich und angenehm.	
--	--	---	--

## 1 Werdegang

### 1.1 EX IN-Ausbildung

#### Anregung zur Ausbildung

Ich war in [Ort]. [...] Das ist „Haus Zuflucht“ aufgrund meiner Alkohol-Trinkgewohnheiten. Habe da mein Leben neu aufgearbeitet. [...] Und da ist meine Therapeutin, mit der ich immer noch Kontakt habe, mit ihren Freundinnen in Verbindung getreten und da war eine der Meinung, dass EX-IN was für mich ist.

#### Erfahrungen in der EX-IN Ausbildung

Zum, zum Glück, sage ich mal, in meiner Ausbildung sind unheimlich viele verschiedene Krankheitsbilder vertreten. Wir sprechen sehr viel untereinander, miteinander und machen auch sehr viel Gruppenarbeit und dadurch lerne ich andere Krankheitsbilder kennen, wodurch ich eben Empathie entwickeln kann für diese Krankheitsbilder, ja mich informieren kann.

Ja. (...) Es ist jetzt schon dabei sich zu entwickeln, dass so, ist klar, bestimmte Leute kommen gut miteinander klar. Und ich pflege die auch, die Kontakte, die ich da habe. Also ich kann das noch mal kurz sagen. (...) Wir haben das fünfte Modul hinter uns und drei Personen mit schwierigen Hintergründen haben sich mir anvertraut. [...] Nacheinander, nicht auf einmal, ohne Nachfrage, von sich aus, und haben sich, ich habe mich da auch komplett drauf eingelassen, haben sich komplett mit mir ausgetauscht. Was passiert ist, warum bestimmte Sachen so sind. Also sie haben es aufgearbeitet, deswegen haben sie es mitgeteilt. [...] Und das war für mich einfach schön, zu erfahren, dass Menschen mir vertrauen, die mich kaum kennen. Das war für mich auch neu. So und (...) ja das, das bestärkt mich immer wieder so. (...) Das gefällt mir. Ja.

### 1.2 Motivation

Dann habe ich eine Telefonnummer und die Adresse im Netz gekriegt, habe mich erkundigt und da vorgesprochen und fand das Prinzip und alles was da gemacht wird sehr gut. Und habe mich dann dafür entschieden, das zu machen. Erst mal zu versuchen, ob das etwas für mich ist und mittlerweile hat sich das für mich manifestiert, dass ich das hauptberuflich machen möchte. So. Ja. So bin ich zu der Ausbildung gekommen. Und mein Anspruch an mich ist, das halt gut zu machen und viel mitzunehmen, damit ich auch viel weitergeben kann. Das wäre es im Grunde.

Ist ein blödes Beispiel, ein Fabrikarbeiter, der jeden Tag das gleiche macht, da komme ich nicht drauf klar. Wenn ich unterfordert bin, dann geht gar nichts mehr. (...) Das wäre ein Fall von Unterforderung, also und das ist halt eben hier in dem Beruf nicht. Da wechselt sich das Aufgabengebiet ständig ab und immer neue Herausforderungen so und ich bin flexibel, ich bin teamfähig und ich denke mal diese Eigenschaften lassen sich da gut vereinbaren. Negatives, eher weniger. Ich weiß um meine Stärken, ich weiß aber auch um meine Schwächen, kenne meine Grenzen, so und (...) ich denke mal ich finde da einen guten Weg. Für alle Beteiligten inklusive für mich. Ja. Das war's.

Auch, dass es neu ist freut mich, dass es ein Pilotprojekt ist freut mich, weil, das ist so eine Art Herausforderung, die ich mag. Damit setze ich mich nicht unter Druck, sondern das ist nur positiv für mich, in jeglicher Hinsicht. So, und durch die vielen Erfahrungen die ich habe jahrzehntelang, daraus was Gutes zu machen, das gibt mir noch mal so 'n, so 'n, so eine

extra Sache. So, dass das ganze doch zu was Gutem nütze war, was ich da angestellt habe. War nicht immer positiv, was ich gemacht habe, aber jetzt kann ich da was positives draus machen und das ist für mich absolut schön. Sehr schön.

Das reizt mich alles. Das ist im Grunde genommen, ist diese wenn ich eine Stellenbeschreibung für mich dafür finden sollte genau das, was ich mein Leben lang versucht habe, anderen Menschen zu helfen. Nicht alleine, sondern mit anderen Leuten zusammen, weil alleine funktioniert das nicht immer, ist die Belastung zu groß. Ich sichere einen guten Wirkungsgrad. Das ist für mich einfach alles nur schön. Ich sehe da auch wenig Negatives, weil Leute, die hier sind, ja tatsächlich was ändern wollen. So und da ist ein ganz anderer Ansatz, als bei Leuten wo man eben nicht weiß, ob sie es wollen. Das macht es leichter für mich. Ja und ich sehe da eine schöne Herausforderung. Eine sehr schöne.

Ja und mir gefällt auch, dass ich Ansätze kennengelernt habe, von denen ich gar nichts wusste. So und die auch funktionieren. Also wo ich rausgefunden habe Mensch hättest du das vorher gewusst, hättest du das schon eher gemacht. Das finde ich einfach schön. Und da gibt es auch noch viel zu entdecken, das weiß ich. Ich habe auch noch zweites Semester vor mir, da bin ich echt gespannt. Und super interessiert. Ja. Das war's.

## **2 Aufgaben und Rollenbild**

### 2.1 Perspektive-Vermittlung

Ja. Also ich versuche, den Genesungsbegleiterberuf für mich so zu erklären, auch vor anderen, dass ich als eine Art Schwamm (...) zwischen allen Beteiligten sitze und aufsauge, [...] was um mich herum geschieht. Und das für mich durchdenke und das zu allen Seiten weiterkommuniziere, was ich da höre.

So und, naja sicherlich ist es auch wichtig, dass ich Empathie entwickeln kann für andere. Dadurch, dass ich Sachen selber erlebt habe, ist es für mich einfacher eine Ebene zu finden, mit Patienten beispielsweise, weil oftmals so dieses, vom Fachpersonal, die sind da oben und wir sind da unten, das fällt bei mir komplett weg. Ich habe einen anderen Zugang und dadurch, dass ich Therapieerfahrung habe, habe ich auch zu den Professionellen einen anderen Zugang, weil ich mittlerweile verinnerlicht habe, was mir damals die Therapeuten und alle möglichen Leute sagen wollten. Und dementsprechend heute auch lebe. So und, ja. Das war's.

Auf andere Mitarbeiter bezogen, dass ich vielleicht Sachen erklären kann, die nicht so ganz angekommen sind, auf meine Art und Weise. Also zur Verständigung beizutragen, so eine Art Dolmetscher, wenn man das so nennen will, nur halt nicht mit, mit Sprachen, sondern mit Worten, Gesten, Ausdrücken, was auch immer. So.

Und ich kann auch, jetzt mal auf Klinikpersonal bezogen, so ein bisschen übersetzen, was, was die Patienten wirklich sagen, weil die Sprache manchmal ein unterschiedliche ist. Ich kenne beide Seiten.

Ich maße mir jetzt nicht an irgendwie zu sagen ich bin mit Therapeuten auf einer Ebene, im Gegenteil, das bin ich nicht. Ich bin dazwischen. So, aber ich habe ein anderes Verständnis dafür, was Fachpersonal mitteilen will, oder näherbringen will. So und da kann ich auch gut mit agieren, positiv mit agieren.

Auch vor Klinikpersonal, oder erst recht vor Klinikpersonal. Weil es einfach unfair wäre, das nicht zu tun. Dadurch, dass ich in, auf beiden Seiten gestanden habe, einmal in der Patientenrolle, andererseits jetzt in einer halb-professionellen, wie sie es immer nennen wollen, Rolle als Genesungsbegleiter, ist ja auch eine Art Profi, kann ich beide Seiten verstehen, deswegen weiß ich, wie wichtig das ist, dass da halt Klarheit ist. Und ich biete weniger Angriffsfläche, wenn ich sage was ich denke. Null-Toleranz. [beide lachen] So und mit dem bin ich reingegangen.

### 2.2 Hoffnung, Vorbild-Funktion

Recovery-Arbeit, Empowerment-Arbeit (...) gute Beispiele geben, anhand meiner Lebensgeschichte, dass es halt geht und möglich ist. Und Hoffnung erwecken, (...) oder verinnerlichen und verstärken, die Hoffnung, dass es halt geht. Den Glauben an sich selbst wiederfinden, nicht aufzugeben, Mut machen. (...) Das war jetzt auf Patienten bezogen.

Und wenn ich das irgendwie weitergeben kann. Nicht, nicht so'n, so ein Ding an sich, sondern so diese Grundeinstellung, dass man halt eine Entscheidung treffen muss für sein Leben und dann nach dieser Entscheidung auch lebt, mit allen Konsequenzen, so und ja, da sehe ich auch so eine Aufgabe von mir. Und die gefällt mir auch sehr gut. Nicht so

Schulmeister-mäßig, sondern, (...) so auf die Mut machende Art. Siehst du irgendwie, so geht es, so kann es gehen, so funktionierte es bei mir. Ist ja nicht jeder Mensch gleich zum Glück, aber die Methoden sind ja die gleichen. So und ja, ich würde mir wünschen, dass ich das irgendwie rüberbringen kann. Dass es halt nicht (...) nur entweder oder gibt, sondern auch einen steinigen Weg dazwischen, ja. Den bin ich ja auch gegangen, hat ja auch lange gedauert bis ich so weit gekommen bin wie jetzt, also mein Weg geht über Jahrzehnte. So, ja.

Andere finden da andere Möglichkeiten, aber der Anreiz, den kann ich geben. So, wie es geht, oder wie ich das rausgekriegt habe was überhaupt für mich gut ist und so. Das wäre mir wichtig, das mitzuteilen. Ja.

## 2.3 Null-Toleranz

Und abgrenzen in eine andere Richtung war für mich auch wichtig, habe ich auch von vornherein kommuniziert. Für mich gibt es, solange ich, also generell Null-, Null-Toleranz gegenüber Drogen. Kriege ich mit, dass jemand konsumiert, erzähle ich das. [...] Kriege ich mit, dass Geschäfte stattfinden, erzähle ich das. Fragt mich jemand nach Geschäften, erzähle ich das. Also für mich ist klar, gilt dasselbe wie in meinen Therapien, es geht nur ohne Drogen. Ich weiß, dass es nicht möglich ist Null zu schaffen, aber die Leute, die wirklich wollen, nehmen es einfach noch nicht. So, oder sie werden mit reingezogen wie auch immer und deswegen ist es für mich wichtig. Erst mal um nicht erpressbar zu sein und nicht angreifbar zu sein, solche Sachen halt von vorn herein im Keim zu ersticken, weil Null-Toleranz hat mir auch in Therapien geholfen. War von vornherein klar, dass ich es eben nicht akzeptiere, weil es für mich nicht okay ist. So und so habe ich das auch weitergegeben. Das heißt ich habe gesagt, wenn ihr kommunizieren wollt, macht es so, dass ich es nicht mitkriege, dann geht das. Kriege ich das mit, rede ich darüber.

## 2.4 Offene Kommunikation über Vergangenheit

Ich habe da halt aufgeklärt. Ich habe auch kein Geheimnis aus meinem Leben gemacht. Was die wissen wollten habe ich ihnen erzählt, mache ich nach wie vor und weiterhin, ja. So war der erste Tag.

So, und naja nachdem ich dann mit einigen Leuten gesprochen habe, so, die dann viel von mir wissen wollten, warum ich das mache, was mit mir los ist, was bei mir passiert ist, so ein bisschen aus meinem Leben wollten sie wissen, einige auch ein bisschen mehr. Ich habe da keine Geheimnisse. Das kann gerne alles wissen. Meine Beweggründe mache ich kein Geheimnis draus. Und über mein Leben auch nicht.

Dann habe ich den Fall erlebt, dass jemand, mit dem ich zusammen 2009 auf Therapie war, der auch noch in meiner Gruppe war in der Therapie. [...] Ich den in der Forensik wieder getroffen habe, [...] mich mit dem auch ausgetauscht habe und da auch positiv überrascht war, wie er das sieht, was ich jetzt mache. Dass er das nämlich gut findet, so und meine anfänglichen Bedenken, so einen Fall betreffend, waren keine Bedenken mehr, weil der hat es so aufgenommen, wie ich es rüberbringen wollte, ohne dass ich mich gro-, ich, ich verstelle mich sowieso nicht, ich bin wie ich bin. Das wusste er damals ja, ich war ja, ich bin ja nicht anders als damals auch. So und das konnte man spüren. Also ich habe es gespürt. Ja und das wird, das war so eine Sache wo ich gedacht habe was passiert, wenn, wenn du Leute triffst so, ist auch nicht schlimm. Im Gegenteil. Wenn ich informiere, dann, dann, dann ist das einfach okay. So.

Ja, da ist wieder halt Kommunikation wichtig. So und indem ich selber darüber rede, die Sachen, die ich erzähle, das erzähle ich von mir aus. Wenn mir Fragen gestellt werden zu bestimmten Sachen, habe ich mit, mit Personal kein Problem, auch ins Detail in meinem Privatleben zu gehen.

Sie, Sie sehen das am eigenen Leib, ich habe da kein Problem. Ich gehe auf Menschen zu. Und mir ist das im Endeffekt auch egal, wer da vor mir steht. Wenn ich was zu sagen habe, dann sage ich das. Ich habe da keine Berührungsängste. Ja. (...) Ja.

# **3 Selbstfürsorge**

## 3.1 Abgrenzung

Ich weiß, dass ich mich abgrenzen muss, mache ich auch, ich habe bin mit dem, mit der Prämisse hier her gekommen, als ich die Forensik betreten habe, dein Privatleben lass draußen, bis zu einer gewissen Grenze. Also ich rede schon über mein Leben, nur nicht über mein aktuelles bis ins Detail. Muss keiner wissen. [...] Hat bei Patienten nichts zu suchen, kann auch gegen mich verwendet werden, weiß ich, deswegen mache ich es nicht. Sachen, die in der Klinik passiert sind, habe ich versucht, den Sack vor der Tür stehen zu lassen, als ich die Klinik wieder verlassen habe, damit ich nicht allzu viel mit nach Hause nehme. Klar, ist ein bisschen geblieben, wo ich auch drüber nachgedacht habe, das lässt sich nicht vermeiden, aber so, das ist meine Art Abgrenzung in dem Fall gewesen.

Vor den Patienten musste ich es nicht sagen, ich habe es aber vorher dem Klinikpersonal erzählt, dass ich das mache, damit sie wissen woran sie sind. Weil schließlich bin ich straffällig gewesen, bin drogen süchtig gewesen, das heißt ich habe mich in demselben Abgrund bewegt wie viele von den Patienten, oder alle von den Patienten bewegt haben. Um mich da klar abzugrenzen, habe ich da gesagt, wie ich das handhabe. War mir sehr wichtig und fanden die auch sehr wichtig, die Beteiligten. Ja. (...) Und eine andere Art von Abgrenzung fällt mir nicht ein. Na doch, dass ich mich aus Gewalt-Sachen heraushalte, da sind andere für zuständig, das sind nicht meine Aufgaben. Wenn jetzt irgendjemand wie auch immer, dann ziehe ich mich zurück, entziehe mich der Situation. Das ist auch eine Art Abgrenzung, ja.

Ich weiß aber auch auf der anderen Seite ganz genau, dass es einige wenige Patienten gibt, die eben genau so solche Sachen ableuchten, um daraus für sich einen Vorteil zu ziehen. Und ich wäre in Hinsicht auf manche Dinge aus meinem Privatleben vor Patienten nicht ganz so offen wie vor Personal. Aus dem Grund. Was meine Vergangenheit betrifft bin ich komplett offen. Zu allen Seiten, da habe ich kein Problem drüber zu reden. Nur halt das Aktuelle nicht so. Weil, wozu muss ein Patient wissen, dass ich einen Sohn habe, wie alt der ist, wo der wohnt? Unwichtig. Es reicht, wenn ich sage, ich habe einen Sohn und der ist soundso alt, fertig. Also da mache ich schon Unterschiede.

### 3.2 Abstinenz

Ich habe mich entschieden zu bestimmten Zeitpunkten mein Leben zu ändern. Und wusste genau, dass das nur unter bestimmten Voraussetzungen geht, das heißt ich muss mir Regeln auferlegen, die für mich in Ordnung sind. Ich nenne das für mich glückliche Abstinenz, das heißt ich führe ein Leben, was für mich in Ordnung ist, was mich glücklich macht, wo ich nichts vermissem aus alten Zeiten. Ja. Das ist so das. Und das lebe ich. Also ich verstelle mich nicht, sondern ich habe mich entschieden das so zu machen. Ich möchte das, oder wollte das zu dem Zeitpunkt und mache das bis zum jetzigen Zeitpunkt und auch weiterhin, weil es mir damit einfach besser geht. So, und ich vermissem in meinem Leben nichts aus früheren Zeiten, jedenfalls nicht, also was die Drogenzeit betrifft, oder was Alkohol trinken betrifft, da vermissem ich überhaupt nichts, weil alle Zustände die ich hatte als ich high war hatte ich auch, als ich nüchtern war. Oder eben halt nicht angeturnt war. Und die sind für mich genauso schön. Und ich führe mir immer vor Augen, so in Krisensituationen, was passiert, wenn ich rückfällig werde. So und dieser Rattenschwanz, der da dranhängt ist ja nicht nur so, dass man rückfällig ist. Dann ist die Frage wie man damit umgeht, was man daraus macht. Selbst da habe ich Wege für mich gefunden. Ich hatte in der Verga-, also seit zehn Jahren bin ich drogenfrei, rückfallfrei.

Vor dieser Zeit hatte ich gewisse Rückfälle, weil ich halt immer noch nicht konsequent genug meine Regeln für mich aufgestellt hatte, so. Mittlerweile weiß ich, dass bestimmte Sachen nicht gehen und ich die auch nicht will. Also ich sage nicht ich darf es nicht, sondern ich will es nicht. Weil, wenn ich es mache, führt es mich unweigerlich wieder dahin wo ich nicht sein will. Und deswegen mache ich es halt nicht. Ich weiß ganz genau, wenn ich rückfällig werde ist meine Familie weg, sind meine Kinder weg, ja alles was ich mir hier erarbeite ist ebenfalls weg. Also ich, für mich bricht komplett eine ganze Welt zusammen, so und das würde für mich (...) unweigerlich bedeuten, dass ich über kurz oder lang straffällig werde, rückfällig sowieso bleibe auch. Das ist es nicht, nein.

Also das ist mein eigenes Ding so. So habe ich das für mich umschrieben. Ich habe da auch lange drüber nachgedacht was ich da so sage zu mir oder wie ich das anderen erkläre, was ich lebe. Das ist mir auch wichtig, dass ich glücklich abstinent bin, so weil (...) in der Vergangenheit, wo ich noch nicht so weit war wie jetzt und ich Sachen vermissem habe und eben halt noch nicht glücklich abstinent war hatte ich immer irgendwelche Hintertüren, ach man kann ja mal, ist ja nicht so schlimm, einmal geht ja. So und das ist ein Irrglaube, es geht nicht. Habe ich oftmals feststellen müssen, habe es mehrfach ausprobiert in allen möglichen Variationen und es hat nie funktioniert. Na gut, irgendwann wird man mal schlau. Hat bei mir ein bisschen gedauert, aber ich habe es halt kapiert, dass es nur dann geht, wenn ich auch zufrieden bin. Anders funktioniert Abstinenz nicht. Sobald ich anfangen irgendwas zu vermissen, habe ich in der Vergangenheit versucht es durch Drogen zu

kompensieren. So und das mache ich jetzt nicht mehr, dann mache ich es anders. So und ja das meine ich. Ich habe da für mich Möglichkeiten gefunden.

Ich war in der Vergangenheit, ich bin ein Typ, der erst durch Fehler herausgefunden hat, was nicht gut für ihn ist. Sprich durch Rückfälle. Ich habe viel probiert. Ich habe Sachen ausprobiert, wo ich von vornherein wusste, dass sie wohl nicht funktionieren. Immer noch mit dem Hintergedanken vielleicht geht es ja doch. Weil ich noch nicht so ganz, ich hatte mich noch nicht so ganz entschieden tatsächlich wirklich abstinenz zu sein. So und (...) hatte auch unterschätzt in der Zeit, dass Alkohol tatsächlich ein Problem für mich ist. Ich habe nicht nur ein Problem mit Drogen, ich habe generell ein Problem mit Sucht, das musste ich auch erst mal für mich herausfinden, weil ich in der Vergangenheit halt immer mal getrunken habe auch mal ein bisschen mehr, aber das stand nie im Vordergrund. Wie auch, wenn Drogen präsent sind und primär sind, war Alkohol immer nur sekundär. So und dann habe ich eine Suchtverlagerung hingekriegt, klassisch, vorausgesagt von meinem damaligen Therapeuten in [Ort]. Der hat zu mir gesagt, du wirst auf Alkohol eine Suchtverlagerung machen, sieht er so, dass es so ist, weil er eben erkannt hat, wie ich mit den Problemen umgehe. Na gut, das ist passiert, daraus habe ich auch gelernt, dass eben alles nicht geht, was mit Sucht zu tun hat. Ja und als ich das für mich herausgefunden habe, seit dem klappt es.

Und dass da eben nicht nur Stoffe, die einen berauschen mit gemeint sind, sondern eben halt alles, was man im Überfluss und zu viel macht, kann zur Sucht werden. Und so habe ich halt versucht mein Leben so einzupegeln, dass ich so 'ne, so 'ne, so eine Linie in der Mitte, die verläuft mal nach oben, nach unten, bisschen ausreißt, aber schon ziemlich konstant ist. Das musste ich herausfinden. Durch, ja ausprobieren, Fehlschläge, aus den Fehlschlägen lernen. Also ich habe aus allen Sachen gelernt, die ich gemacht habe. (...) Ja (...) genau.

### 3.3 Feedback

Momentan ist es nicht so, aber für mich ist es wichtig, dass Menschen um mich rum mir ehrlich sagen, wie ich auf sie wirke, wie sie mich sehen, um eben halt für mich zu sehen, ob das mit meinen Vorstellungen, oder mit dem Gesehenen von mir übereinstimmt, so.

[I: Kann die Klinik oder können die Kollegen sie in ihrer glücklichen Abstinenz irgendwie unterstützen?] Ja. Ganz einfach. Haben sie auch schon gemacht. Einfach mit mir reden, und zwar auf Augenhöhe und wenn irgendwelche Unklarheiten sind, Fragen stellen, was sie auch gemacht haben. Kommunikation ist für mich in jeglicher Beziehung, egal ob sie professionell, partnerschaftlich oder arbeitsmäßig oder zwischen Kollegen ist, super wichtig. Kommunikation macht meiner Meinung nach 85% einer Beziehung aus. Ich betitele das jetzt mal als Beziehung jetzt.

Damit meine ich alles. So und kommunizieren kann ich, tue ich auch gerne. Ja und ich denke mal, dass es wichtig ist. Und indem mir andere Menschen sagen, wie sie mich sehen, die um mich herum sind und auch sehen, was ich mache und mir auch darüber Rückmeldung geben was ich mache, kann ich da sehen was ich ändern kann, was ich besser machen kann, was nicht so gut läuft, was gut war, so da wachse ich dran. Und das ist mir sehr wichtig. Und die Kommunikation hat meiner Meinung nach sehr gut geklappt, mit allen Beteiligten.

So um rauszufinden, wie würdest du das machen, oder einfach nur um rauszufinden, wie es gehen kann. So das war für mich interessant. Deshalb habe ich nachgefragt. Und das werde ich auch weiterhin tun, wenn mir irgendwas unklar ist. Ja natürlich.

Weil, Dialog ist wichtig, manchmal auch Trialog. Aber in dem Mo- in dem Fall den Dialog, einfach, um mich zu informieren und rauszufinden, ob ich das anders gemacht hätte, oder was ich gemacht hätte, oder wie auch immer. So Neugier war das.

### 3.4 Selbstreflexion

Ich habe auch so ein kleines Notizheft gekauft gehabt und habe täglich mitgeschrieben was ich erlebt habe inklusive meiner Gefühle, meiner Eindrücke. Das, die Essenz daraus ist mein Praktikumsbericht. Ich habe das noch mal explizit im Buch stehen für jeden Tag, damit ich es auch nachlesen kann, später noch mal. Habe ich auch schon gemacht. Ja, das war gut.

So, und der Weg, den ich jetzt gehe, der gefällt mir besser und, ja für mich ist es einfach okay so. Ich bin zufrieden abstinenz, das ist für mich ganz wichtig. Ich reflektiere mich regelmäßig in einer Selbsthilfegruppe in die ich gehe, bei meinen Kindern, bei meiner Partnerin, bei meiner Familie, bei meiner ehemaligen Therapeutin, also überall. Und auch mit

den Umstehenden in meinem Kreis, in meinem engeren. So und kritikfähig bin ich dann auch. Also (...) Tagebuch schreibe ich auch, um noch mal irgendwann später nachvollziehen zu können, was da überhaupt los war. Und meistens ist es dann so, dass ich denke, oh Gott, was hat dich da überhaupt aufgeregt. Ja, also ich reflektiere mich. Einfach nur, um von Außenstehenden noch mal, nicht bestätigt, aber mitzubekommen wie die mich sehen. Ob das, was ich an eigener Wahrnehmung habe tatsächlich mit dem übereinstimmt, wie es ist. Das ist mir wichtig. So und. Ich habe in der Vergangenheit oft eine verkehrte Selbsteinschätzung gehabt, also ich lag weit daneben.

Im Moment klappt es [lacht] kann ich dazu nur sagen. Also schon seit längerer Zeit klappt es. Aber erst seit ich wirklich ehrlich zu mir selbst bin. So und das funktioniert wunderbar.

### 3.5 Supervision

Ich habe nach Supervisionen gefragt, ob da eine stattfindet in der Zeit wo ich da bin, weil ich gern daran teilgenommen hätte, um auch noch mal da mitzubekommen, ja was eben da angesagt ist, um mein Wissen zu erweitern. Noch gar nicht mal um direkt dazu beizutragen sondern erst mal nur um die Kommunikation zu sehen, dass ich sehe, wo so die Ebene ist, um für mich rauszufinden, wie ich da einsteigen, oder einfach nur mitkriegen kann was passiert, so, ja. Das war's.

Ich würde gerne hier mit Supervision machen - [I: *In der Klinik.*], da ich ja auch hier eingesetzt bin. (...) Alles was darüber hinaus an Supervisionen stattfindet, wo ich dran teilnehmen kann, weil ich da was rausziehen oder beitragen kann, würde ich dann auch ganz gerne machen. Vorrangig habe ich gefragt, ob ich hier mal mit teilnehmen kann, weil ich hier mein Einsatzgebiet habe, hier mich darauf vorbereite, zu agieren und deshalb auch in die ganzen Abläufe gerne mit einbezogen wäre, um halt naja meinen Part zu erfüllen. Und das nach bestem Wissen und Gewissen. Deswegen wollte ich das gerne hier. [...] Weil, das entwickelt sich ja erst alles. So und, da ist zuerst erst mal viel Wissen erforderlich und Kennenlernen der Abläufe und wie auch immer. Um da reinzukommen fand ich es entsprechend gut halt an einem Tisch mit den Leuten zu sitzen, die auch komplett so zusammen sitzen, ist ja Supervision. Ja. Das ist es.

Und die Supervision über EX-IN findet ja auch statt. Da tauschen sich die Leute, die es schon machen und solche die es machen wollen untereinander aus. Ist für mich auch wichtig, mache ich auch mit. Also ich nehme jetzt im Moment, werden hier in Rostock Module wiederholt, von Genesungsbegleitern, die ihre Ausbildung hinter sich haben. Die machen im unregelmäßigen Turnus (...) Wiederholungen der Module, um halt auch noch mal Eindrücke von uns Frischen mit reinzubekommen und zu vermitteln und aufzufrischen, was sie erlebt haben und gelernt haben und auch schon aktiv lehren oder anwenden. Das ist für mich auch schön und wichtig. Also wo ich Wissen rausziehen kann oder Informationen rausziehen kann, da bin ich immer gerne vor Ort. Weil es für mich wichtig ist. Weiterbildung generell wichtig. Und je umfassender mein Wissen ist, desto besser kann ich agieren. So empfinde ich das. Wenn ich eine Lehre zu einem Beruf mache, die drei Jahre dauert, bin ich nach drei Jahren auch noch kein Fachmann.

## **4 Erleben des ersten Praktikums**

### 4.1 Im Vorfeld des Praktikums

Naja also insgesamt war ich mir so ein bisschen selbst im Weg. [...] Weil, ich habe ein ziemlich hohes Anspruchsdenken an mich, wollte meine Sache gut machen und ich wusste nicht, was mich erwartet. Ich wusste nicht, wie auf mich reagiert wird. Ich wusste nicht, wie damit umgegangen wird, dass da plötzlich jemand ist, der was anderes macht. Mir war im Vorweg schon klar, dass nicht alle Beteiligten positiv auf mich reagieren würden. Das war halt alles so, so viele unbeantwortete Fragen, die sich erst klären konnten, wenn ich da bin. Und das war auch nicht so jetzt, dass ich, dass ich unangenehm erregt war, sondern das war so 'ne, so 'ne, so 'ne Anspannung vor der Herausforderung.

Ja. Ich habe mich, ich war neugierig auf die Reaktionen auf meine Person, auf den Beruf, auf mein Tätigkeitsfeld. Und ich war auch neugierig Neues kennenzulernen. (...) Das war's.

### 4.2 Während des Praktikums

Am ersten Tag war ich nervös. [I lacht] Ungewissheit, ich wusste zum Beispiel nicht, dass alle auf einen

Genesungsbegleiter vorbereitet waren, die mit mir zu tun hatten. Das war schön für mich zu erfahren. Von der ersten Sekunde an, wo ich in dieses Büro kam habe ich sofort ein Gespür gekriegt für Wärme, Kompetenz. Alle Beteiligten sind mir auf Augenhöhe begegnet, ohne Ausnahmen. Frau [Name], die Psychologin, hat mich sofort mit eingebaut, hat mich auch vorher zum, zum Gespräch geholt und konnte mir nach wenigen Worten sagen, dass ich nervös bin, hat sie sofort, ja das hat die sofort geblickt.

Also die macht ihren Job gut, meiner Meinung nach. Und hat mich dann auch entspannt, so ein bisschen. Ja und für mich war das ein schönes Gefühl, (...) dass mir auf Augenhöhe begegnet wurde, nicht so von-oben-herab, oder so, na klar wollten einige Leute einiges Wissen und, und wussten im Endeffekt auch nicht genau so, so ein bisschen schwammig.

Und dann, naja klar habe ich eine schöne Führung gekriegt, hat mir erst mal jemand alles gezeigt, einer von den Mitarbeitern. Was so von, so, so passiert, wo das passiert, na und dann habe ich mir einen ersten Eindruck gemacht. Und mein erster Eindruck war auch super positiv. Keine Gitter vor den Fenstern, große Fenster, viel Licht. Es wurde immer von Patienten gesprochen, es wurde von Zimmern gesprochen, das war für mich alles positiv, so, und wie auch mit den Patienten umgegangen wird, das habe ich vorher noch nie so erlebt. Das war neu für mich und angenehm.

Das hat sich ziemlich schnell gelegt. Wie gesagt, als ich Augenhöhe, kann ich immer nur wieder sagen, mitgekriegt habe, da war das weg. Als ich mitgekriegt habe, wie mit mir umgegangen wird, wie überhaupt miteinander dort umgegangen wird, auch die Leute untereinander die da arbeiten, das war für mich Wahnsinn. Also, eine bessere Atmosphäre hätte ich mir nicht vorstellen können, das war durchweg schön. Ja. So war es für mich.

Ich hatte keine Angst, dass was Doofes kommt. Von vornherein nicht. (...) Ich hatte viele Gespräche mit der Professorin und die kennt das Prinzip von EX-IN und (...) ich hatte irgendwo unterschwellig das Gefühl willkommen zu sein, vorher schon. Also das ist jetzt nicht, dass ich noch Überzeugungsarbeit leisten muss, selbst für den Beruf, sondern dass schon darauf vorbereitet wurde. So und das Gefühl hatte ich vorher schon. [...] War nur so ein bisschen dieses Rumgewitzel, das hat mir so ein bisschen, aber das hat mir auch keine Sorgen gemacht. Das war unterschwellig dabei.

Kann ich auch nur so sagen wie es ist. Ich war scha-, ich war traurig, als der letzte Tag gekommen ist, weil ich mich hier echt wohl gefühlt hab. So und (...) das ist nicht nur in meinen Augen so gewesen, sondern, die Menschen mit denen ich zu tun hatte sahen das genau so, schade, dass dein Praktikum schon vorbei ist, so.

Und das war für mich richtig schön zu erleben, so dass, dass (...) ich anerkannt wurde, so dass, dass, wie soll ich das sagen, dass mir keiner blöd gekommen ist. Hört sich ein bisschen asi an finde ich, sondern, alle waren nett zu mir (...) meine Fragen wurden ebenfalls beantwortet. Also es hat ein reger Austausch stattgefunden, beidersei- also zu allen Seiten. Und das war für mich nur positiv. Hat mich nur noch bestärkt in dem was ich eh schon wusste, dass ich das weiterhin machen will. Ja. Also ich bin gespannt auf das nächste Praktikum, wirklich gespannt und freue mich da auch drauf. Weil es für mich eine Atmosphäre ist, in der ich gerne arbeiten würde, sehr gerne.

*[I: Okay, also gehe sie da jetzt irgendwie anders an das zweite ran als an das erste?]* Vorbereiteter. Also jetzt weiß ich schon so ein bisschen, na klar fehlt mir noch viel Hintergrundwissen, weiß ich auch. Bis, bis das nächste Praktikum ist habe ich wieder ein paar Module mehr, das heißt, ich habe auch ein bisschen mehr Hintergrundwissen, kann noch ein bisschen anders agieren, so und, ich freue mich auf die Herausforderung.

Spezielle, so im Umgang mit bestimmten Situationen, im Umgang mit bestimmten Personen, mit bestimmten Krankheitsbildern, wie damit umgegangen wird, worauf geachtet wird. Dann hatte ich Fragen zum Ablauf, zum Klinik-Alltag, wie so Sachen gehandhabt werden.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Beteiligten bedanken, die mich beim Anfertigen meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Völlm für die hervorragende Betreuung. Ihre gute Erreichbarkeit und die kontinuierliche Begleitung im Schreibprozess weiß ich sehr zu schätzen. Vielen Dank für alle fachlichen Hinweise, das fortwährende Interesse an meinem Vorankommen und die gewissenhafte Korrektur meiner Arbeit.

Des Weiteren möchte ich ganz herzlich Peggy Walde danken, die ich immer alles fragen konnte. Vielen Dank für jedes Paper, jedes Lehrbuch, jedes Meeting und jede Antwortmail am Wochenende.

Vielen lieben Dank an Dr. Julia Hadala für den stetigen Austausch. Außerdem bedanke ich mich bei allen studentischen Hilfskräften der KFP Rostock, die im Laufe der Jahre an Transkription oder Umfrage mitgearbeitet haben und eine großartige Unterstützung waren: Bijan Ashtiani, Rebekka Braatz, Thordis Okoro und Ariane Wilhelm.

Abschließend danke ich meiner Familie und meinen Freund:innen für ihre Unterstützung, ob in Form von Lehrbüchern, Ermutigungen zwischendurch oder der Durchsicht dieser Arbeit. Marianne, Johanna B., Helene, Konrad, Leonie, Katharina M., Katharina K., Alica, Lara, Johanna R. und Sophia – habt vielen Dank.

