

Erfahrung wertschätzen – Chancen von Peer-Begleitung



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



Ute Maria Krämer, MSc Student Mental Health Services Research, Institute of Psychiatry, King's College London

Wenn wir nicht aufhören, immer engere Krankheitskonzepte auf immer mehr Menschen anzuwenden, gerät die Psychiatrie in eine Glaubwürdigkeitskrise (1). Dass wir besonders bedürftige Patientengruppen zu wenig erreichen, zu einseitig behandeln und zu oft in Zwangssituationen landen, hat darüber hinaus sicher mit Struktur-mängeln zu tun (2). In der Fachwelt wächst die Überzeugung, dass wir beides brauchen, neue Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen, die mehr Kontinuität und Flexibilität erlauben (3), und eine neue Beziehungskultur, die auf Augenhöhe um Entscheidungen ringt und Verantwortung von Anfang an gleichmäßiger verteilt. Mit beidem zusammen können wir die besonders bedürftigen Patienten besser erreichen, die Drehtür verlangsamen und die Wahrscheinlichkeit von Zwang im Vorfeld reduzieren.

Peer-Arbeit ist kein Allheilmittel; doch die Beteiligung von geschulten Psychose-, Depressions- und Borderline-Erfahrenen kann Brücken bauen – von der Ablehnung zur Annahme von Hilfe, zwischen Behandlungsstrukturen und vor allem von der Ohnmacht wieder hin zu Selbstvertrauen. Darüber berichten **Candelaria Mahlke** und Kollegen in ihrem Beitrag. Eine gewisse Ermutigung wird fast von selbst vermittelt, das Dolmetschen zwischen fremden Begriffen und eigenem Verstehen erheblich erleichtert. Wie Selbstverantwortung und Stigmaresistenz gestärkt werden, diskutieren **Gwen Schulz** und **Stefanie Stopat**. In die Klinik integrierte Genesungsbegleiter verbessern die Stationsatmosphäre und milieuthérapeutische Ansätze, wie aus dem Referat von **Luciana Degano-Kieser** und Koautoren sowie **Lieselotte Mahler** und Mitarbeiter hervorgeht. Peer-Begleitung an der Schnittstelle von ambulanten und stationären Angeboten dient der Entlassungsvorbereitung und hilft, Wartezeiten zu überbrücken. Wie das funktioniert, erklären **Friederike Ruppelt** und Kollegen. Beides zusammen wirkt dem Risiko der Stigmatisierung in und durch Psychiatrie entgegen.

Nicht nur aus der Perspektive der Antistigmaforschung brauchen wir statt medizinischem Reduktionismus offene Konzepte, die von einem Kontinuum zwischen gesund und krank ausgehen. Auch im klinischen Kontext kann die anthropologische Sicht die Aneignung der Erfahrung fördern und ihrer Abspaltung entgegenwirken (4, 5). Peer-Berater können zwischen den Sprachwelten dolmetschen und verhindern, dass Lebens- und Krankheitserfahrung auseinanderdriften.

Unser Verständnis von psychischen und mentalen Verstörungen befindet sich im Umbruch. Reviews epidemiologischer Studien in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass im Mittel 7,2% der Befragten psychotische Erfahrungen (Halluzinationen und extreme Überzeugungen) über die Lebensspanne berichten (6). Studien zu dieser Spannbreite von Ausprägungen psychotischer Erlebensformen liefern Anhaltspunkte zu Wirkfaktoren, welche eher integriertes oder doch mehr kränkliches Leben mit Psychoseerfahrungen ermöglichen (7). Akzeptanz und Kontrolle der extremen Wahrnehmungen oder Überzeugungen sowie sozial tolerante Netzwerke scheinen Resilienz und Lebensqualität positiv zu beeinflussen (8, 9).

Diese Erkenntnisse korrespondieren mit der zunehmenden Recovery-Orientierung in der Psychiatrie: Fähigkeits- und genesungsorientierte Therapien gehen über Symptomreduktion deutlich hinaus (10). Die Leitlinien für psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (2011) und S3 für Bipolare Störungen (2013) empfehlen den Dialog zwischen Krisenerfahrenen, Angehörigen und Behandelnden, mehr Vernetzung mit Selbsthilfe sowie Genesungsbegleitung als den Einsatz geschulter Psychiatrieerfahrener. In den meisten angelsächsischen Ländern wurden Kernkompetenzen, Schulungen und Einsatz von Peer-Arbeitern durch qualifizierte Ex-Patienten, teils in Zusammenarbeit mit Forschern, entwickelt und evaluiert, sowie in nationalen Gesundheitspolitiken verankert (11–13).

Peer-Begleitung kann sehr vielfältig sein: In diesem Heft kommen vor allem klinisch relevante Modelle zur Sprache; doch seit einigen Jahren arbeiten auch in der Eingliederungshilfe (SGB 12), im betreuten Wohnen und geschützter Arbeit viele Genesungsbegleiter. Auch in der Jugendhilfe (SGB 8) und im Reha-Bereich (SGB 6) gibt es hoffnungsvolle Ansätze. Die Berichte schildern den Vorteil für Psychose-, Bipolar- und Borderline-Erfahrene. Im Suchtbereich ist die Geschichte des Einsatzes von Ex-Usern mehr als 50 Jahre alt. Zu Sprache kommen vor allem Modelle bezahlter Peer-Arbeit, auch weil deren Durchsetzung in Deutschland eine sozialpolitische Herausforderung darstellt. Doch selbstverständlich gibt es viele Selbsthilfe-Netzwerke, die in Krisen weit mehr leisten, als üblicherweise Selbsthilfegruppen zugetraut wird. Die Übergänge sind fließend; Peer-Beratung und Selbsthilfe bestärken sich gegenseitig, wie im Beitrag von **Gwen Schulz** und **Stefanie Stopat** deutlich wird.

Der Trialog hat die Idee befördert: Schon im Psychoseseminar (14) und in anderen Trialogforen geht es um die Begegnung als Experten – durch Erfahrung, Miterleben und Berufsausbildung. In trialogischen Antistigma- und Präventionsprojekten übernehmen Erfahrene und Angehörige neue Rollen, so **Friederike Ruppelt** und Kollegen – als „Lebenslehrer“ und Coreferenten (15). Nun kehrt der Trialog an den Ausgangsort zurück – in den psychiatrischen Alltag. Im Hamburger Psychnet-Modell wurde erstmals flächendeckend in allen Kliniken, unterstützt von allen Trägern, „doppelte Peer-Begleitung“ erprobt und evaluiert und nun in Regelversorgung übernommen. Geschulte Betroffene begleiten Betroffene, geschulte Angehörige unterstützen Angehörige. Denn auch Angehörige sind in Not, wenn ein Familienmitglied akut psychisch erkrankt; sie fühlen sich oft von der Akutpsychiatrie im Stich gelassen. Der Angehörigenverband spricht

hier von einem zunehmenden Problem. Die Belastung der Angehörigen in Grenzen zu halten und sie in der eigenen Balance zu stärken, hat eine doppelte präventive Wirkung – für den Angehörigen und den Patienten. Darüber referieren **Marita Lamparter** und **Suzan Bolkan** in ihrem Artikel. Wie die EX-IN-Schulung für Angehörige neu entwickelt und erprobt wurde, lesen Sie im Beitrag von **Gyöngyver Sielaff** und Mitarbeitern. Dass der Trialog auch hilfreich ist, um Peer-Arbeit politisch zu befördern und selbstkritisch zu begleiten, zeigt das Bayrische Modell, das **Manfred Cramer** und **Simone Hiller** beschreiben.

Peer-Arbeit ist nicht voraussetzungslos; wir können von den reichhaltigen Erfahrungen insbesondere aus den angelsächsischen Ländern lernen: Genesungsbegleiter brauchen Ausbildung, wie **Jörg Utschkowski** und Kollegen beschreiben, und Supervision; sie sollten nicht einzeln und isoliert arbeiten, brauchen einen Arbeitsauftrag, der an ihren spezifischen Ressourcen anknüpft und tragfähige Rahmenbedingungen – darüber diskutieren **Kolja Heumann** und Kollegen. Erkenntnisse aus der internationalen Forschung unterstreichen die zentrale Rolle erfahrungsbasierter Kompetenzen der Peer-Begleiter sowie von Behandlungskulturen, die konsequent Lebensqualität und Genesung fördern, beschreiben **Candelaria Mahlke** et al.

Wir stehen in Deutschland erst am Anfang – doch eine Aufbruchstimmung ist unverkennbar. Das neue Angebot der Peer-Begleitung unterstützt die Orientierung auf individuelle Lebenskonzepte, also was parallel zur Symptomreduktion der Lebensqualität zuträglich ist. Peer-Arbeit passt auch gut zur strukturellen Neuausrichtung an systemübergreifenden Angeboten in psychiatrischen Kliniken. Sie ist hilfreich bei der Versöhnung von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Der Fantasie zu weiteren Perspektiven sind keine Grenzen gesetzt, auch wenn politisch noch einiges zu

tun ist – in Richtung Anerkennung des Berufs, auch als Pflichtleistung in SGB 5 und 12 – mit entsprechenden Konsequenzen für die Kostenträger für Ausbildung und Versorgung. Genaueres dazu lesen Sie im Beitrag von **Thomas Bock** und Kollegen.

Geschulte Genesungserfahrene einzubeziehen, hilft uns auch, nicht Diagnosen zu behandeln und Standardprogramme durchzuziehen, sondern die individuelle Erfahrung wertzuschätzen. Ein wichtiger Schritt in Richtung personalisierter Medizin. Die Psychiatrie will empirische Wissenschaft sein, auf Deutsch „Erfahrungswissenschaft“; ohne (mehr) Wertschätzung der „Erfahrungsexperten“ wird das nicht gehen.

T. Bock, Hamburg
U. M. Krämer, London

Literatur

1. Priebe S, Burns T, Craig T. British Journal of Psychiatry 2013; 202: 319–320.
2. Melchinger H. Neurotransmitter 2008; Sonderheft 2.
3. Bock T, Lambert M. Nervenheilkunde 2013; 5: 1–5.
4. Schomerus G et al. Acta Psychiatr Scand 2012; 1–13.
5. Bock T, Klapheck K, Ruppelt F. Sinnsuche und Genesung – Erfahrung und Forschung zum Subjektiven Sinn bei Psychosen. Köln: Psychiatrieverlag 2014.
6. Linscott RJ, van Os J. Psychological Medicine 2013; 43: 1133–1149.
7. Johns LC et al. Schizophrenia Bulletin 2014; 40: 255–264.
8. Romme M et al. Living with voices: Fifty stories of recovery. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books 2009.
9. Lim MH, Gleeson JF. Frontiers in Psychiatry 2014; 5: 154.
10. Priebe S et al. British Journal of Psychiatry 2014; 204: 256–261.
11. Daniels AS et al. Journal of Mental Health Training, Education and Practice 2012; 7: 60–69.
12. Pitt V et al. Cochrane Database Syst Rev 2013; 3.
13. Chinmann M et al. Psychiatric Services 2014.
14. Bock T, Priebe S. Psychiatric Services 2005; 56: 1441–1443.
15. Bock T. Partizipation in Klinischer und Sozialpsychiatrie – Impulse aus dem Trialog. In: Rosenbrock R, Hartung S. Handbuch Partizipation im Gesundheitswesen. Berlin: Vincentz-Verlag 2012.