

Experienced Involvement

Ein Projekt, um das Wissen von Menschen mit psychischen Krankheitserfahrungen für andere positiv zu nutzen

HEIDRUN LUNDIE, ANDREA KUCKERT & ANDREAS REXIN

Einleitung (ANDREA KUCKERT)

Mit Peergroups wie dem Trialogforum¹ wurden in der Psychiatrie bereits erste Schritte unternommen, in der Behandlung die Sicht von Betroffenen deutlich in den Fokus zu nehmen und als Ressource zu nutzen (BOCK & SIELAFF 2010). Damit verbunden ist der Versuch einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung der psychiatrischen Behandlung in einem Akutkrankenhaus. Mit dem EU-Programm Leonardo da Vinci² (EX-IN DEUTSCHLAND E.V. 2025) wurde das Ziel verfolgt, genau dieser Gruppe der Psychiatrieerfahrenen eine Qualifikation zu ermöglichen, mit der sie als Mitarbeitende in psychiatrischen Diensten tätig werden können. Aus diesem Projekt hat sich das Curriculum EX-IN entwickelt, das die Grundlage einer eigenständigen Ausbildung zur „Genesungsbegleitung“ bildet.

EX-IN ist die Abkürzung des englischen Ausdrucks „experienced involvement“ und bedeutet, dass Menschen, die eine psychische Erkrankung oder Krise erfahren haben, an der Behandlung von akut Erkrankten teilhaben. Durch ihr individuelles Erfahrungswissen sind sie die Expert*innen für ihren Krankheits- und Genesungsverlauf und können durch dieses Wissen die Patient*innen unterstützen. Gleichzeitig bringen sie durch ihr Expertenwissen auch eine neue Qualität in die multiprofessionellen Teams ein.

Anlass, sich im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss (AJK) mit der Thematik EX-IN näher auseinanderzusetzen, waren die positiven Erfahrungen eines Ehrenamtlers, der zuvor mehrmals in der Einrichtung stationär behandelt wurde. Dieser hatte 2014 einen EX-IN-Kurs zur Genesungsbegleitung bei der St. Augustinus Behindertenhilfe begonnen. Im Rahmen des Talent Campus³ wurde nach Gründung eines Arbeitskreises unter

der Leitung der Pflegedirektorin Heidrun Lundie das Projekt EX-IN bearbeitet und im AJK mit Konzept- und Stellenbeschreibung implementiert. Bereits Ende 2015 konnte der frühere Ehrenamtler nach Qualifizierung zur Genesungsbegleitung im Suchtbereich auf der Station Agatha eingesetzt werden. In den Folgejahren nahmen weitere Genesungsbegleiter auf weiteren suchttherapeutischen Stationen sowie in der Allgemeinpsychiatrie die Arbeit auf. Folgende Ziele werden mit dem Projekt EX-IN verfolgt:

- Genesungsbegleitung als qualitative Steigerung der pflegerischen Arbeit und innovative Behandlungsmethode in der ganzheitlichen Behandlung;
- Verbesserung der Kommunikation mit den Patient*innen. Dies wird u.a. durch die Funktion als Stütze in der Erprobung alltagspraktischer und tagesstrukturierender Maßnahmen gefördert;
- Verbesserung der Kommunikation zwischen dem multiprofessionellen Team und den Patient*innen durch die vermittelnde Rolle des Genesungsbegleiters;
- Genesungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten als Vorbild für die Patient*innen;
- Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen.

Genesungsbegleiter*innen und notwendige Rahmenbedingungen in einem akuten psychiatrischen Krankenhaus

Als Voraussetzungen des Einsatzes als Genesungsbegleiter*in gilt einerseits die eigene Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung, andererseits aber auch eine psychische Stabilität, die unter

anderem dadurch angezeigt wird, dass mindestens ein Jahr keine stationäre Behandlung nötig gewesen ist. Der Abschluss der zertifizierten Ausbildung zur Genesungsbeleiter*in ist die Einstellungs Voraussetzung. Die einjährige theoretische und praktische Ausbildung, die u.a. ein Praktikum mit insgesamt 120 Stunden beinhaltet, folgt in seiner Konzeption der Idee vom Wert individueller Erfahrungen. Durch kontinuierlichen Austausch und Reflexion in der Gruppe entsteht aus persönlichem Wissen, dem „Ich-Wissen“, eine gemeinsame Sicht, das „Wir-Wissen“, die durch Vielfalt einerseits und Konsens andererseits geprägt ist. Die Kursteilnehmenden werden so zu Expert*innen ihrer Erfahrung und zu kompetenten Akteur*innen, die sich gestaltend in die Psychiatrie einbringen können (ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025).

Im ersten Teil des Kurses ordnen die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in gesundheitsförderliche Konzepte ein. Dabei nehmen sie verschiedene Perspektiven ein und lernen unterschiedliche Arbeitsmethoden wie Gruppenarbeit oder Moderation kennen. Im zweiten Kursteil vertiefen die Teilnehmenden das Erlernte und bereiten sich unter professioneller Leitung auf ihre Tätigkeit als Genesungsbeleiter*in vor. Folgende Themen finden dabei Berücksichtigung:

- gesundheitsfördernde Haltungen (Salutogenese);
- Empowerment;
- Erfahrung und Teilhabe;
- Genesung/Wiedererstarke (Recovery), Dialog;
- Selbsterforschung;
- ganzheitliche Bestandsaufnahme (Assessment);
- Beraten und Begleiten;
- Fürsprache;
- Krisenintervention;
- Lernen, Lehren und Forschen;
- Portfolio, professionelles Profil (ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025).

Genesungsbeleiter*innen stellen eine eigene Berufsgruppe innerhalb des Pflegedienstes dar und haben einen eigenen Arbeitsvertrag. Als direkte*r Vorgesetzte*r gilt die jeweilige Stationsleitung oder stellvertretende Stationsleitung des

Einsatzortes. Übergeordnete Vorgesetzte sind die pflegerische Departmentleitung und die Pflegedirektion. Die Stationsleitung ist sowohl für die Einarbeitung als auch für die Begleitung und Integration der Genesungsbegleitenden in das bestehende Team verantwortlich. Zudem führt sie jährlich mit den Genesungsbegleitenden das Mitarbeiterjahresgespräch. Den Genesungsbegleitenden wird auf der Station ein*e Ansprechpartner*in zur Verfügung gestellt, welche*r ein Bindeglied zu den übergeordneten Koordinator*innen und Mentor*innen ist. Im Idealfall ist diese*r Mentor*in die Stationsleitung oder ein anderes designiertes Teammitglied. Das Team und die Vorgesetzten müssen durch die übergeordneten Mentor*innen auf die Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten von Genesungsbegleitenden vorbereitet werden (UTSCHAKOWSKI 2010). Die zwölfwöchige Einarbeitungsphase findet gemäß dem spezifischen Einarbeitungsleitfaden durch die Stationsleitung oder ein anderes benanntes Teammitglied statt. Während der Einarbeitung sind vor allem folgende Risiken zu beachten, auf die in verschiedenen Studien hingewiesen wird: Ein Mangel an Rollenklarheit, fehlendes Wissen über die Auftragsstruktur und unzureichende Arbeitsplatzstrategien zur Integration von Genesungsbegleitenden führen zu erheblichen Hindernissen. Dadurch können die spezifischen Fähigkeiten der Genesungsbegleitenden untergraben werden (HOCHSCHULE MÜNCHEN 2015). Die Führungskraft muss sich dessen bewusst sein und der Einarbeitung eine dementsprechende Wertigkeit beimessen. Sinnvoll scheint auch, den Austausch zwischen dem bestehenden Team und dem neuen Teammitglied zu fördern. Sowohl von den Leitungskräften als auch vom multiprofessionellen Team ist gefordert, dass sie Genesungsbegleitende nicht als Erkrankte, sondern als Mitarbeitende mit Erfahrung ansehen.

Prinzipiell ist eine Einstellung in allen Fachgebieten des AJK und in den Tageskliniken möglich. Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein*e Genesungsbeleiter*in Mitarbeiter*in auf einer Station wird, auf der er*sie selbst bereits einmal Patient*in gewesen ist. Zudem ist nicht bindend, dass das Erfahrungsgebiet der Bewerber*innen mit dem Fachbereich der Zielstation überein-

stimmt. Das wird in den jeweiligen Supervisionen entsprechend reflektiert. Um den Erfahrungsaustausch zu fördern, finden regelmäßige Treffen mit und ohne Mentor*innen statt. Die Besprechungen mit Mentor*innen dienen als zusätzliche Anlaufstelle, um bei Problemen oder Krisen hilfreich zur Seite stehen zu können. In den Treffen ohne Mentor*innen findet eine kollegiale Beratung unter den Genesungsbegleitenden statt.

Das Konzept EX-IN Genesungsbegleitung im AJK wird regelmäßig überprüft und an neue Gegebenheiten angepasst. Im Rahmen der jährlichen Fokusgruppeninterviews mit den Patient*innen zur Qualitätsüberwachung wird die Zufriedenheit der Patient*innen mit den Genesungsbegleiter*innen erfragt; die Ergebnisse werden jährlich bewertet und fließen ggf. in die Anpassung der Strukturen ein.

Im folgenden Kapitel schildert ANDREAS REXIN seine Erfahrungen als Genesungsbegleiter auf einer Akutstation im AJK. Wichtig ist es an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass es ein persönlicher Bericht eines Menschen ist, der in seinem Leben an einer Schizophrenie erkrankt ist und gerade durch das Teilen seiner Erfahrungen mit dieser Erkrankung mit Betroffenen eine Annäherung an eine symmetrischere Beziehung zu Patient*innen realisieren kann.

Die Erkrankung als Ressource – Ein phänomenologischer Versuch über Genesungsbegleitung auf einer Akut-Station (ANDREAS REXIN)

Versuchen Sie sich in die folgende Situation zu versetzen: Seit einiger Zeit bemerken Sie an Ihrem Arbeitsplatz beunruhigende Veränderungen. Strukturelle und personelle Kursänderungen scheinen für Sie auf den ersten Blick keinen Sinn zu machen. Im Versuch, der Sache auf den Grund zu gehen, stellen Sie Recherchen an. Obwohl Sie dabei sehr diskret vorgehen, scheint dies Ihren Kolleg*innen nicht verborgen geblieben zu sein. Offenbar wird in Ihrer Anwesenheit über sie getuschelt. Sie sind sich sicher, dass Ihre Zukunft hier bedroht ist, und Sie versuchen, in die Offensive zu gehen. Sie konfrontieren die neue Leitung mit dem Ergebnis Ihrer Recherchen, die

in der Tat Ungeheuerliches offenbaren. Die Situation eskaliert. Es wird laut. Sogar so laut, dass jemand im Nachbarzimmer die Polizei ruft. Die Polizei erteilt Ihnen ein Annäherungsverbot in Bezug auf Ihren Arbeitsplatz und nimmt Sie zwecks Klärung erst einmal mit aufs Revier, wo Sie auch von einem Psychologen kurz begutachtet werden. Schließlich bringt man Sie in eine psychiatrische Klinik.

Der Arzt dort hört Ihnen aufmerksam zu. Anschließend nimmt er Sie auf den geschützten Teil einer Akut-Station auf. Geschützt heißt: Die Tür ist verschlossen, und Sie können die Station erst einmal nicht verlassen. Es vergeht eine sonderbare Nacht. Dann haben Sie Gelegenheit, außer mit dem Arzt noch mit einer Richterin zu sprechen. Diese legt fest, dass Sie die nächsten sechs Wochen hierbleiben müssen. Und sie legt Ihnen nahe, sich auf die Behandlung einzulassen, sprich: die verordneten Psychopharmaka einzunehmen. Entweder man hält Sie tatsächlich für ernsthaft krank oder aber, und das macht für Sie mehr Sinn, Sie sind Opfer einer Intrige geworden. Ihr neuer Chef, der Arzt und die Richterin – alle stecken unter einer Decke und wollen Sie fertig machen. Ihr*e Partner*in, mit der Sie in einer ernsthaften Krise stecken, lehnt es ab, Sie zu besuchen, um Ihnen die nötigsten Dinge zu bringen.

Die Medikamente lehnen Sie natürlich ab. In Ihrer Verzweiflung versuchen Sie, sich abends mit einer Scherbe die Pulsader zu öffnen, was von einem Mitpatienten bemerkt wird. Dieser alarmiert das Pflegepersonal. Bei Ihrem Versuch, sich die Scherbe tiefer in die Ader zu drücken, kommt es zu Handgreiflichkeiten. Zu Ihrer Sicherheit werden Sie fixiert, das heißt: Ihre Handgelenke und Ihre Füße werden an Ihrem Bett festgeschnallt, ein weiterer Gurt fixiert Ihren Rumpf. Dies geschieht unter massiver Gegenwehr Ihrerseits. Auch diese Maßnahme wird von einem Richter nachträglich abgesegnet. Eine Pflegefachkraft bleibt während der Fixierung an Ihrer Seite.

Diese bewusst sehr allgemein gehaltene Geschichte steht exemplarisch für die Verfassung vieler Patient*innen bei der Aufnahme auf eine akut-psychiatrische Station. Wenn ich der Erzählung an der einen oder anderen Stelle die

schlimmstmögliche Wendung gegeben habe, dann nur, um zu verdeutlichen, was alles passieren kann und worin die Asymmetrie zwischen Patient*innen und Personal in der Akut-Psychiatrie in letzter Konsequenz besteht.

Gehen wir einmal davon aus, dass die Situation auf der Arbeit von der geschilderten Person tatsächlich krankheitsbedingt und in paranoider Weise komplett falsch bewertet wurde und ihre Interpretation in der Realität keinerlei Entsprechung hat, dann addiert sich dennoch zu der ohnehin vorhandenen „strukturellen“ die daraus folgende „wahrgenommene“ Asymmetrie. Denn das seelische Erleben, auch einer psychotischen Person, stellt ja trotzdem eine, wenn auch subjektive, „seelische Realität“ dar.

Wenn ich mich den realen Patient*innen im Erstkontakt auf unserer Station vorstelle, beginne ich die Beschreibung meiner Tätigkeit stets damit zu sagen: „Ein Genesungsbegleiter ist immer auch ein Mensch, der selber eine psychische Erkrankung hat.“ Meine erste Psychose hatte ich nach dem Abitur, als ich vom Land nach Berlin zog, um dort meinen Zivildienst zu leisten. Ich stand in Verbindung mit einer geheimen Priesterkaste, die die Geschicke der Menschheit von Anbeginn der Zeiten gelenkt hatte. Ihre Kontrolle reichte so weit, dass meine gesamte Umgebung gespickt war mit verschlüsselten Botschaften, die sich mir, wie von selbst, offenbarten. Ich konnte „sehen“ und war nun in ihre Pläne eingeweiht. Allerdings war es aufgrund meiner Impulsivität schwer, zu prognostizieren, wo ich abends ankommen würde, wenn ich morgens das Haus verließ. Meine Mission war es, eine KI, die die gesamte Medienlandschaft in Rekord-Geschwindigkeit erstellte, mit Inhalten zu füllen, die die Allgemeinheit davon ablenken sollten, was tatsächlich geschah.

Jetzt lebe ich seit 27 Jahren mit der Diagnose „Schizophrenie“. Nach diesem ersten Schub habe ich der Krankheit einiges abgetrotzt. Mit einiger Mühe entsagte ich dem Cannabis und machte in einem Berufsförderungswerk eine Ausbildung zum Werbekaufmann. Anschließend wurde ich an einer renommierten Hamburger Werbetexter-Schule angenommen und machte dort meinen Abschluss. Dieses Arbeitsumfeld erwies sich über die Jahre jedoch als für mich und meine

Krankheit nicht ideal. Und so begann ich im Alter von 30 Jahren noch einmal eine Ausbildung zum Buchhändler.

2011 dann noch einmal ein Schub mit fatalen Konsequenzen. Ich bekam so viele Medikamente, dass ein Verbleib auf dem ersten Arbeitsmarkt sich als nicht möglich erwies. Die folgenden sieben Jahre würde ich unter bestimmten Gesichtspunkten als „verloren“ bezeichnen. Im Kontext einer „triologischen“ Gesprächsreihe lernte ich die ersten Genesungsbegleiter kennen. Aber es dauerte noch ein paar Jahre, bis ich mir diese Ausbildung selbst zutraute. Die Idee, die ich von Anfang an bestechend daran fand, wird beispielhaft am Lebenslauf deutlich, den man bei der Bewerbung erstellen sollte. Dieser sollte explizit auch die eigenen Krisenerfahrungen dokumentieren. Ich nahm also einen Lebenslauf aus einer früheren, konventionell erstellten Bewerbung und überall, wo ich früher versucht hatte, eine Lücke zu kaschieren, füllte sich diese mit Erfahrungen, die, früher schamhaft verschwiegen, plötzlich einen Wert gewannen. So verwandelten sich scheinbare Defizite in Ressourcen.

Der Berufsbezeichnung „Genesungsbegleiter“ wird meistens ein „EX-IN“ vorangestellt – die Abkürzung für „experienced involvement“, frei übersetzt: Experte aus Erfahrung. Diese Erfahrung ist jedoch etwas komplett Anderes als eine auf Objektivität zielende wissenschaftliche Empirie, denn sie zeichnet sich im Stadium vor der Ausbildung zum Genesungsbegleiter vor allem durch radikale Subjektivität aus. Ergo hat auch jeder Mensch, der diese Ausbildung absolviert, sein ganz eigenes Profil. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und der der anderen Teilnehmer*innen eines solchen Kurses wird systematisch darauf hingearbeitet, die Dinge zu identifizieren, die jenseits dieser subjektiven Erfahrung, d.h. ganz allgemein hilfreich sind in der Auseinandersetzung mit psychiatrischen Krisen. Und mindestens genauso wichtig: die Dinge, die *nicht* hilfreich sind. Diese Arbeit wird mit der Formulierung „Vom Ich-zum-Wir-Wissen“ umschrieben. Insofern hat auch jeder Genesungsbegleiter Kenntnisse im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern als dem eigenen. Denn der Kurs ist so zusammengesetzt, dass er ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen

abzubilden vermag. Letztendlich ist aber jede*r Genesungsbegleiter*in dort am besten, wo sie*er auf die eigene Erfahrung bauen kann.

Im Folgenden möchte ich das Krankheitsbild der Schizophrenie in seinen wesentlichen Zügen und damit aufs Allgemeine reduziert umreißen: Eine Psychose ist eine seelische Erschütterung, die sich durch eine stark übersteigerte Wahrnehmung bemerkbar macht, bei der es nicht mehr möglich ist, die Sinneseindrücke zu filtern. Das dadurch überforderte Bewusstsein versucht trotzdem noch, eine Ordnung zu etablieren. Mit einer Ordnung meine ich: ein System. Für Außenstehende erscheint das als der Wahn. Es treten also etwa folgende Phänomene auf: Das gesamte Geschehen in der Außenwelt wird als auf die eigene Person bezogen wahrgenommen. Gedanken werden einem eingegeben. Oder aber im Gegenteil: Die eigenen Gedanken werden von anderen gelesen oder breiten sich (in der Außenwelt) aus. Die Grenzen zwischen Ich und Außenwelt sind immer schwerer zu ziehen. Und es kommt nicht selten zu optischen und/oder akustischen Halluzinationen.

Dies alles geschieht mehr oder weniger gleichzeitig. Um dem ganzen Sinn zu geben, gibt es verschiedene Erklärungsmuster: Nicht selten begreifen sich Menschen in einem solchen Zustand als religiös erleuchtet. Aber auch Verschwörungserzählungen können eine gewisse Ordnung stiften. In diesem Zusammenhang muss auch der mit dem Krankheitsbegriff der Schizophrenie assoziierte Begriff der Paranoia genannt werden. Etwas plastischer: Menschen in einer Psychose begreifen sich oft als beobachtet, bespitzelt, gegängelt und nicht selten auch als verfolgt und bedroht. In meinem Fall haben gewisse Größenideen mich vor den meisten negativen Implikationen dieser Wahrnehmungen geschützt. (So nahm ich beispielsweise an, als Eingeweihter in eine allumfassende Verschwörung auch deren Schutz zu genießen.) Aber in der Regel wird das Beschriebene als verängstigend und quälend erlebt. Nicht selten reagiert der oder die Betroffene auch mit (durchaus verständlichen) Aggressionen.

Um es ganz klar zu sagen: Das hier nur kurz und allgemein geschilderte Erleben von Menschen in einer Psychose ist nicht Gegenstand der

Behandlung in einer Psychiatrie. Es gilt unter Fachpersonal auch nicht als förderlich, dieses überhaupt zu thematisieren (was im Zusammenhang mit Aggressionen auch plausibel erscheint). Wichtig festzuhalten bleibt: Was der*die Erkrankte im Wesentlichen erlebt, ist meist nach außen hin nicht ersichtlich und nachvollziehbar. Und wenn er*sie es thematisiert, wird es von anderen vor allem als eines erlebt: verstörend.

Für das Auftreten von Psychosen werden verschiedene Ursachen gefunden: Es kann körperliche Ursachen geben, meistens findet sich die Ursache jedoch im Krankheitsbild der Schizophrenie. Und die Ursache für diese Erkrankung bleibt unbekannt. Immerhin kann man akute Phasen mit Präparaten aus der Klasse der Neuroleptika bedeutend abmildern, und das psychotische Erleben verschwindet möglicherweise ganz. Wobei die Fortführung der Medikation über diesen Zeitraum hinaus als Prophylaxe vor weiteren Schüben wichtig ist. Diese Medikation greift in den Dopamin-Stoffwechsel der Patient*innen ein, was sehr zuverlässig zu mannigfaltigen Nebenwirkungen führt, die die Lebensqualität der Patient*innen stark beeinträchtigen können – bis zu dem Punkt, dass diese sich beispielsweise durch illegalen Substanzgebrauch Abhilfe zu verschaffen suchen, was die Prognose natürlich nicht positiv beeinflusst (in diesem Fall spricht man von Komorbidität). Ohnehin hat der schizophrene Patient, auch wenn er gerade nicht psychotisch ist, eine Reihe von unangenehmen Symptomen, die eher in die Richtung einer depressiven Antriebslosigkeit gehen und von den Nebenwirkungen der Neuroleptika subjektiv kaum unterschieden werden können (objektiv übrigens auch nicht!).

Die Schizophrenie ist also eine tückische Erkrankung, die früh im Leben auftritt; bei Männern zumeist in der Adoleszenz, bei Frauen oft später, manchmal erst um das 30. Lebensjahr. Erst nach einem psychotischen Schub kann den Betroffenen der damit einhergehende Kontrollverlust bewusst werden (was aber nicht zwangsläufig geschieht). Während eines Schubes besteht in der Regel keine Krankheitseinsicht. Aber auch bei vollem Verstand ist man in seiner Lebensführung stark beeinträchtigt, was zu weiteren Kränkungen und

Zurücksetzungen führt. So kann ein Großteil der Erkrankten früher oder später beispielsweise kein geregeltes Erwerbsleben mehr führen. Die wenigsten der Patient*innen, mit denen ich im geschützten (oder auch: geschlossenen) Kontext arbeite, haben die Psychiatrie von sich aus, also freiwillig, aufgesucht. Im Kontext eines Schubes werden sie früher oder später auf die eine oder andere Weise auffällig und nicht selten erst durch das Eingreifen der Polizei auf unsere Station gebracht. Die Behandlung bei uns wird dann in der Regel über einen Gerichtsbeschluss verfügt.

Wir behandeln also oft Menschen, die sich selbst nicht als krank empfinden, gegen ihren eigenen Willen. Und dies in einem psychischen Ausnahmezustand, der sie ohnehin schon an ihre Grenzen bringt, was es ihnen noch schwerer macht, sich auf eine Behandlung einzulassen. Ich glaube, ich muss nicht weiter ausführen, dass diese Konstellation zu einer Vielzahl von Konflikten führen kann, die auch die Behandelnden teilweise vor scheinbar unlösbare Probleme stellen.

Man kann die Psychiatrie insofern mit einem Gefängnis vergleichen. Nicht so sehr, weil beide Institutionen mit Freiheitsentzug arbeiten, sondern vielmehr, weil sie der Struktur nach eine gewisse Überforderung der Gesellschaft dokumentieren, sowohl mit Menschen, die kriminell geworden sind, als auch mit solchen, die eine Psychose erleben, umzugehen. Aus dem 19. Jahrhundert stammt die Idee, Kriminelle mögen in Zellen zur Besinnung und Läuterung kommen. Fortschrittlicher wirkt da die Idee, man möge Häftlinge resozialisieren. Dann gibt es noch den Aspekt, die Gesellschaft vor den Häftlingen zu schützen. Im Ergebnis behindern diese Zielsetzungen sich gegenseitig. Und in der Realität verlässt kaum ein Häftling eine solche Anstalt als ein besserer Mensch.

Obgleich wir es bei Menschen, die von Psychosen betroffen sind, anders als bei Kriminellen, ja eindeutig mit erkrankten Menschen zu tun haben, die eigentlich unsere Solidarität verdienen, reagiert ein beträchtlicher Teil unserer Gesellschaft nach wie vor geradezu reflexartig mit Abwertung und Ausgrenzung. Diesen Aspekt illustriert der Begriff der „Stigmatisierung“. Ich denke, aus dem bisher Geschilderten wird plas-

tisch, was wir meinen, wenn wir im Zusammenhang mit der Akut-Psychiatrie von Asymmetrie sprechen. Aber welchen Beitrag kann ein*e Genesungsbegleiter*in leisten, um diese zu verringern? Als Teil der Institution wird sie*er die Asymmetrie nicht komplett auflösen können.

Ärzt*innen, Pflegende oder Therapeut*innen versuchen sich den Patient*innen über das Fachwissen der eigenen Fachdisziplin zu nähern. Diese definiert auch das jeweilige Angebot an die Patient*innen, also die Behandlung. Aber wie es sich anfühlt, psychotisch zu sein, und in diesem Zustand zwangsweise auf eine geschlossene Station verbracht zu werden, können auch erfahrene Kolleg*innen aus einer der genannten Berufsgruppen auch unter Aufbringung des Maximums an Empathie und Rückgriff auf all ihre professionelle Erfahrung niemals wirklich nachvollziehen und begreifen. Selbst wenn ich versuche – und das habe ich schon mehrmals getan – retrospektiv mein Erleben während eines Schubes möglichst ungefiltert und authentisch zu schildern, bleibt für das Verständnis der psychotischen Erfahrung immer eine Lücke, die nicht zu füllen ist. Die Sprache hat eben ihre Grenzen. Und das ganz besonders, wenn es um menschliche Erfahrungen geht. Weshalb einem Menschen, auch in einer nicht-psychiatrischen Krise, meist mehr durch die Lektüre eines guten Romans denn durch die eines Ratgebers geholfen ist. Und auch in diesem Artikel steht der eigentliche Sinn ja zwischen den Zeilen.

Also: Wie arbeite ich mit den Patient*innen? Zunächst ist es mir wichtig, jeden Neuzugang mit einem etwas längeren Gespräch auf der Station zu begrüßen. Dabei ist mein vordringliches Anliegen, ein Gefühl für das Befinden der jeweiligen Person zu bekommen, wobei die damit verbundene explizite Nachfrage meist am Ende des Gespräches steht. Kann ich ausschließen, dass das Ganze explizit traumatische Erfahrungen einschließt, stelle ich, nachdem ich mich, wie weiter oben geschildert, als Genesungsbegleiter vorgestellt habe, am Anfang des Gespräches meist dumm und frage, ob es die Idee der Patient*innen war, unsere Einrichtung aufzusuchen. Was ein zuverlässiger Eisbrecher ist. Insgesamt versuche ich bei meiner Arbeit so gut es geht, so wenig wie

möglich zu bewerten. Was nicht ausschließt, dass ich nachfrage, wenn ich etwas nicht verstehe. Authentizität ist eben genauso wichtig.

Natürlich reagieren die Patient*innen sehr unterschiedlich, aber insgesamt fällt schon auf, dass gerade auch die Neuzugänge erhöhten Redebedarf haben und das Angebot für ein Gespräch dankbar annehmen. Um an einem Arbeitstag möglichst jede*n Patient*in einmal gesprochen zu haben, hat es sich als sinnvoll erwiesen, als Genesungsbegleiter kleine Einkäufe am Kiosk für die Menschen zu übernehmen, die die Station noch nicht ohne Weiteres verlassen dürfen. In diesem Kontext lässt sich zudem früh antizipieren, inwieweit die Patient*innen versorgt sind, beispielsweise Besuch erhalten, und auch wer, was nicht selten ist, über kein Bargeld verfügt. An diesen Dingen gemeinsam zu arbeiten, begreife ich ganz klar als präventive Deeskalation. Des Weiteren bin ich in der Regel der Erste, der einen Ausgang mit den Patient*innen begleitet. Dies sind durchaus längere Spaziergänge, die natürlich auch als Gelegenheit zum Gespräch dienen. Mindestens einmal pro Woche versuche ich auch Ausgänge in der Gruppe in die Stadt anzubieten. Nach einem längeren Aufenthalt auf Station ist dies als eine Art Exposition, also eine Trainingsmaßnahme, zu begreifen (der Umgang mit Situationen, die viele Sinneseindrücke beinhalten, war ja schon Thema).

Insgesamt würde ich meinen Arbeitsansatz als niederschwellig bis subtil beschreiben. Ich versuche, nichts zu erzwingen, habe keine Agenda. Stattdessen versuche ich, dem Raum zu geben, was durchaus im positiven Sinne passiert, wenn man sich selbst zurücknimmt (für alle, die damit Schwierigkeiten haben: Das sollten Sie unbedingt auch mal versuchen!). In erster Linie versuche ich, als Mensch für die Patient*innen präsent zu sein, ohne allzu große Anforderungen zu stellen. Wobei das Zusammenleben auf Station natürlich gewisse Anforderungen stellt, die auch nicht verhandelbar sind. Ich muss auch keine Belehrungen erteilen. Im Zweifel kann ich ja immer über die eigene Erfahrung berichten, was im Kern etwas ganz anderes ist (man sollte niemandem die eigene Erfahrung absprechen!). Ein Mensch, der geraume Zeit bei uns in der Klinik verbringt, oft

Wochen bis Monate, möchte eben nicht nur als Patient*in, sondern vor allem als Mensch wahrgenommen werden. Insofern kann ein ausgedehnter Smalltalk im Raucherbereich für die Beziehungsarbeit weit wertvoller sein als jedes krankheitsbezogene Agieren. Und spätestens gegen Ende des Aufenthaltes bei uns hat der*die Patient*in mit abklingender Psychose in der Regel ein großes Bedürfnis, ihre*seine Krisenerfahrung biographisch einzuordnen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass psychotische Krisen immer auch Lebenskrisen sind.

Viel Freude macht mir zudem die Gruppe „kreatives Schreiben“, welche ich den Patient*innen wöchentlich anbiete. Dabei versuche ich den Teilnehmenden durch die Bereitstellung von Kreativtechniken, das Schreiben als wertvolle Ressource an die Hand zu geben. Dabei verzichte ich explizit darauf, das erzielte Ergebnis in irgendeiner Weise „therapeutisch“ zu deuten. Vielmehr geht es darum, zu vermitteln, dass über eine möglichst natürliche Praxis des Schreibens verfügen zu können, der Genesung eigentlich immer förderlich ist.

Ich selbst habe nun seit über 27 Jahren mit der Psychiatrie zu tun. Wobei ich erst die letzten sechs davon Teil des behandelnden sozialpsychiatrischen Systems bin. Die Schizophrenie ist eine Erkrankung, die das Leben vordergründig betrachtet vor allem im negativen Sinne prägt. Nach dem ersten Schub ist nichts mehr, wie es einmal war. Viele Betroffene kämpfen ungeheuer engagiert und werden doch immer mehr an den Rand der Gesellschaft gedrängt. So eine Biographie nachzuvollziehen, bedarf mindestens genauso viel Empathie wie das Nachvollziehen der psychotischen Erfahrung selbst. Letztendlich soll der*die Genesungsbegleiter*in aber auch als positives Rollenbild fungieren, in dem Sinne, dass sie*er beispielhaft demonstriert, wie ein sinnerfülltes, gutes Leben trotz und mit der Erkrankung gelingen kann.

Die eigene Erfahrung mit der Psychiatrie mag einen zunächst auf Distanz zu dieser Institution bringen. Fakt ist aber, dass wir im Rahmen der hier geschilderten Akutbehandlung leider keine bessere Alternative haben. Insofern versuche ich bei allem, was ich tue, darauf hinzuwirken, dass

ein Aufenthalt auf unserer Station so positiv wie möglich für Patient*innen verläuft. Wobei ich natürlich auch Verständnis für Frustrationen habe. Und man sollte niemals versuchen, individuell erfahrenes Leid zu relativieren. Trotzdem ist es im Sinne eines authentischen Kontaktes zu den Patient*innen natürlich wichtig, auch zu äußern, wenn ich etwas nicht nachvollziehen kann. Sei es thematisiertes Wahnerleben oder sämtliches Verhalten, das geneigt ist, das eigene Leid zu vergrößern.

Ich möchte mit der Bemerkung schließen, dass ich mein eigenes Wahnerleben, wie bereits angedeutet, nicht als durchweg negative Erfahrung bewerte. Betrachtet man einige dieser durch die verzerrte Wahrnehmung hervorgerufenen Erlebnisse, fällt auf, dass sie erstaunliche Parallelen zur Mythologie und einer Vielzahl von philosophischen Konstrukten beinhalten. Auch der religiöse Charakter von Wahninhalten ganz allgemein fällt immer wieder ins Auge. Wenn der Verstand angesichts einer psychischen Krise unter Druck kommt, scheint das Bewusstsein oft intuitiv auf die Konzepte zurückzugreifen, mit denen die Menschen sich die Welt erklärten, bevor die Philosophie als erste Wissenschaft entstand: den Mythos und die Religion! Trotz allem geschilderten Leid sollten wir uns diesem Aspekt der psychotischen Erfahrung nicht verschließen, denke ich. Vor diesem Hintergrund ist die geschlossene Psychiatrie für mich beinahe ein magischer Ort.

Anmerkungen

1 Das Trialogforum oder auch trialogisches Forum, „ist eine Plattform des offenen Dialogs und der Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und den Fachleuten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel ist es, einen Raum zu schaffen, in dem Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven ausgetauscht werden können, um gemeinsam an einer besseren psychischen Gesundheit für alle zu arbeiten.“ (DGPPN 2025)

2 Die Weiterbildung wurde im Rahmen eines Leonardo-Projekts (2005–2007) unter der Beteiligung von Fachexpert*innen aus der Psychiatrie und Wissenschaft sowie Psychiatriee erfahrenen entwickelt. Damit wurde dem Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Rechnung getragen, die psychische Gesundheit im Allgemeinen und die

Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Speziellen zu fördern.

3 Alle zukünftigen Führungskräfte in der St. Augustinus-Gruppe nehmen an einer einjährigen Weiterbildung teil, in der sie eigenständig an einem Projekt arbeiten und dieses in einem entsprechenden Rahmen vorstellen. Das Projekt wird benotet.

Literatur

- BOCK, THOMAS & SIELAFF, GYÖNGYVÉR 2016. Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog und Peerarbeit. In UTSCHAKOWSKI, JÖRG; SIELAFF, GYÖNGYVÉR; BOCK, THOMAS & WINTER, ANDRÉA (eds) *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrieverlag: 25–34.
- CRAMER, MANFRED; HILLER, SIMONE & NOLTKÄMPER, WIEBKE 2015. Fachtag Projekt EX-IN Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. https://ex-in-by.de/wp-content/uploads/2024/04/EX-IN-Praesentation-_Hiller_W_Notlkaemper.pdf [28.04.2025].
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V. (DGPPN) 2025 Trialogisches Forum. <https://www.dgppn.de/die-dgppn/trialog.html> [26.11.2025].
- EX-IN DEUTSCHLAND E.V. 2025. <https://ex-in.de/> [abgerufen am 04.05.2025].
- ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025. <https://www.st-augustinus-behindertenhilfe.de/ex-in> [28.04.2025].
- UTSCHAKOWSKI, JÖRG 2016. Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In UTSCHAKOWSKI, JÖRG; SIELAFF, GYÖNGYVÉR; BOCK, THOMAS & WINTER, ANDRÉA (eds) *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrieverlag: 72–81.



Heidrun Lundie begann nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester an der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau (1980–1983), einer psychiatrischen Einrichtung, eine berufliche Laufbahn auf der Akutaufnahmestation des LKH Bedburg-Hau. In verschiedenen Fachbereichen hat sie unterschiedliche Führungsaufgaben übernommen, unter anderem als stellvertretende Stationsleitung und kommissarische Abteilungsleitung. Besonders geprägt hat sie ihre Rolle beim Aufbau einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation. Nach erfolgreich abgeschlossenen Lehrgang „Leitung des Pflegedienstes“ übernahm sie die Abteilungsleitung in einer Rehabilitationsabteilung. Von 1994 bis 2000 leitete sie den Pflegedienst im St. Josef-Krankenhaus Neuss und übernahm dann die Gesamtleitung für die beiden psychiatrischen Akutkrankenhäuser St. Josef-Krankenhaus in Neuss und die Klinik Königshof in Krefeld. Seit 2004 verantwortet sie die Pflegeleitung für das Alexius/Josef Krankenhaus Neuss und begleitete den Fusionsprozess beider Häuser. 2025 wurde sie zur Pflegedirektorin und Prokuristin des Alexius/Josef Krankenhauses ernannt. Zusätzlich absolvierte sie 2021/22 eine Ausbildung zum Pflege- und Sozialcoach (CSMM).

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: h.lundie@ak-neuss.de



Andreas Rexin, geboren 1977 in Bremen, aufgewachsen in der Lüneburger Heide, 1998 Abitur, danach Erstdiagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie. 2004 Abschluss der Ausbildung zum Werbekaufmann (Berufsförderungswerk Eckert, Regenstauf), seit 2005 ausgebildeter Werbetexter (Texterschmiede, Hamburg e.V.). 2007 Umzug ins Rheinland, seit 2011 Buchhändler (Ausbildung im Stern-Verlag, Düsseldorf). Ausbildung zum Ex-In-Genesungsbegleiter 2019 in Neuss. Danach tätig in der Eingliederungshilfe in Düsseldorf, seit 2023 auf einer Akut-Station im Alexius/Josef Krankenhaus.

Alexius/Josef-Krankenhaus
Akut-Station
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: A.Rexin@ak-neuss.de



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aggreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de