



Fachhochschule der Diakonie

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

Arbeiten mit Peers im forensischen Setting –
Wie wirkt sich die Mitarbeit von Betroffenen auf die
Patienten aus?

Studiengang: Pflege berufsbegleitend
Kurs: PB12
Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Michael Schulz
Zweitprüfer: Herr Harald Joachim Kolbe BScN, MScN
Matrikelnummer: Christel Nolan (12PB013)
Abgabetermin: 13.02.2015

Abstract

Thema und Zielsetzung: In der vorliegenden Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten in der forensischen Psychiatrie bestehen, Peers in gesicherten Kliniken zu nutzen. Das Recovery-Konzept, das in den angloamerikanischen Ländern seit Anfang dieses Jahrtausends auch in forensischen Einrichtungen die Pflege und die Psychiatrie insgesamt veränderte, beinhaltet eine Partizipation der Betroffenen. In Deutschland ist es in der Allgemeinpsychiatrie bekannt, doch der Maßregelvollzug ist ein sehr spezieller Bereich, der durch den zusätzlichen Sicherheitsaspekt eine andere Qualität bekommt.

Fragestellung: Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen: Ist das Recovery-Konzept in einer gesicherten forensischen Klinik einsetzbar und welche Auswirkung hat die Mitarbeit von Betroffenen auf die Patienten?

Theorie: Die theoretische Hypothese der Autorin entwickelte sich aus den praktischen Erfahrungen des Hospitationseinsatzes in Kanada und lautet: Die Recovery-orientierte Pflege verändert das Miteinander und hat einen merklichen Einfluss auf die stationären Aufenthalte und das gesamte Setting.

Methode: Anhand einer systematischen Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed und CINAHL und einer Handsuche in den Bibliotheken der Universität Bielefeld und der Fachhochschule der Diakonie wurden die Daten ermittelt und analysiert.

Ergebnis: In forensischen Kliniken ist die Peer-Arbeit kaum vorhanden, daher konnten nur zwei Studien berücksichtigt werden. Diese zeigen ähnliche Ergebnisse wie Studien in der Allgemeinpsychiatrie, die positive Auswirkungen auf den Patienten und auf das System angeben.

Fazit: Die forensischen Patienten werden aufgrund ihres Status als Täter in der Psychiatrie anders behandelt, als allgemeinpsychiatrische Patienten. Diese doppelte Belastung erschwert die Umsetzungen des Recovery-Ansatzes für alle Beteiligten. Für die Betrof-

fenen und für das Gesundheitssystem würde die Hinwendung zur Recovery-orientierten Haltung aus persönlicher, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Sicht Sinn machen.

„Wir brauchen nicht so fortzuleben, wie wir gestern gelebt haben.

Macht euch nur von dieser Anschauung los, und tausend

Möglichkeiten laden uns zu neuem Leben ein.“

Christian Morgenstern

Abkürzungen

ASJ	Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen
CHANGE	Choice Alternative for Growth Experience
ENSUP	Europäisches Netzwerk für Psychiatriebetroffene
i.e.S.	im engeren Sinne
ImROC	Implementing Recovery through Organisational Change
o.a.	oben angegeben
MRVG	Maßregelvollzugsgesetz
NHS	National Health Service
NRW	Nordrhein-Westfalen
PAC	Patient Advisory Committee
PSW	Peer Support Worker
SRN	Scottish Recovery Network
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
WNUSP	World Network of Users and Survivors of PsychiatryCha
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Definition Forensik und Maßregelvollzug	5
2.2 Forensisch psychiatrische Pflege.....	6
3 Forschungsfrage und methodisches Vorgehen.....	8
3.1 Methodisches Vorgehen	8
3.2 Forschungsfrage	9
4 Das Recovery-Konzept.....	10
4.1 Geschichte und Entwicklung.....	10
4.2 Recovery in der Praxis	11
4.3 Secure Recovery	13
4.4 Definition Peer	15
4.5 Peers und ihre Professionalisierung	15
4.5.1 Peerarbeit und ihre Unterstützung.....	16
4.5.2 Erfahrungen mit Peers	17
5 Ergebnisse	20
5.1 Vorstellung der Studie.....	20
5.2 Weitere Erkenntnisse.....	27
6 Diskussion	29
7 Fazit und Ausblick	31
Literaturverzeichnis	
Erklärung des Eides Statt	

1 Einleitung

Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, verbringen viele Jahre in forensischen Fachkliniken, die durch ihre technischen und baulichen Ausstattungen hoch gesichert sind. Danach schließen sich häufig weitere Jahre in den Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie an, der sogenannte „integrierte Maßregelvollzug“. Da die Patienten aufgrund eines Krankheitsbildes zur Tatzeit schuldunfähig (§20 StGB) oder vermindert schuldunfähig (§21StGB) waren, sind sie in den Maßregelvollzug gekommen und nicht in den Strafvollzug. Sie sind zur Sicherung und Besserung in eine psychiatrische Fachklinik eingewiesen worden und sollen therapiert werden, damit von ihnen keine weitere Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht (Maßregelvollzugsgesetz NRW 1999). Sie sind hinter hohen Mauern untergebracht, ohne eine zeitliche Befristung. In den letzten Jahrzehnten ist die Verweildauer erheblich angestiegen und liegt in Nordrhein-Westfalen bei 8 Jahren. Ebenso ist die Zahl derjenigen, die in den Maßregelvollzug kommen, von 4000 im Jahr 1991 auf über 10700 in 2012 gestiegen (Statistisches Bundesamt 2014). So wurden mehrere neue Hochsicherheitskliniken vom Landschaftsverband Westfalen Lippe in Nordrhein Westfalen gebaut und aktuell werden weitere Standorte gesucht, um den stetig wachsenden Bedarf zu begegnen. Gleichzeitig wurde in der Allgemeinpsychiatrie die Verweildauer und die Bettenzahl in den vergangenen Jahrzehnten reduziert (Schmidt-Quernheim, Hax-Schappenhorst 2008, S.83).

Auch international ist eine Zunahme von forensisch untergebrachten Menschen zu beobachten, doch geht zum Beispiel Kanada seit Anfang dieses Jahrtausends einen anderen Weg. In Kanada wird versucht, so früh wie möglich den Patienten zu rehabilitieren. So ist die Recovery-orientierte Pflege die Basis der Arbeit in der Allgemeinpsychiatrie und in der Forensik. Alle Mitarbeiter werden fortlaufend geschult und weiter qualifiziert, um eine möglichst kurze Verweildauer der Patienten im stationären Setting zu erreichen und um eine Stigmatisierung und Hospitalisierung zu vermeiden. Die Annahme ist, durch professionelle und qualifizierte Arbeit einen hohen Effizienzgrad zu erreichen und den Patienten die bestmögliche Pflege zukommen zu lassen. So wird auf eine Entlassung zum frühestmöglichen Zeitpunkt von Anfang an hingearbeitet. Auf der anderen Seite wurde die ambulante Nachsorgearbeit ausgebaut. Gleichzeitig versuchen die Mitarbeiter der forensischen Ambulanz durch frühe Kontaktaufnahme und einem passenden Helfernetzwerk die Menschen, die mit dem Gesetz im Rahmen einer psychischen Erkrankung in Konflikt gekommen sind, gar nicht erst in die forensische Psychi-

atrie aufzunehmen (Higgins, Weisberg, Gug 2013). Dieses hat die Autorin während einer Hospitation im Rahmen des Studiums im Royal Mental Health Centre Ottawa in Ontario, Kanada erlebt.

In dem Arbeitsfeld der Autorin, in der LWL-Klinik Paderborn, wird seit 2014 mit dem Recovery-Konzept die Arbeit mit den Patienten verändert. Die forensischen Patienten, die auf einer geschlossenen Station zusammen mit allgemeinspsychiatrischen Patienten untergebracht sind, im sogenannten „integrierten Maßregelvollzug“, erfahren eine Veränderung im alltäglichen Miteinander. Damit hat ein Prozess eingesetzt, der für beide Seiten, die Patienten und die Mitarbeiter, nicht immer einfach ist. Das Anliegen der Autorin ist, den Patienten trotz der vorgegebenen Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug, wie zum Beispiel den eingeschränkten Ausgang, eine angenehme und für ihn so kurze Zeit wie möglich im stationärem Rahmen zu ermöglichen. Um eine erfolgreiche Therapie zu erreichen soll die Eigenmotivation gefördert werden, sodass daraufhin eine problemlose Integration in die Gesellschaft gewährleistet werden kann. Allerdings werden durch die vielen Jahre in einer Institution häufig die eigenen erworbenen Defizite, die daraus entstanden sind, dass das Personal 24 Stunden für den Patienten gesorgt hat, von den Betroffenen nicht gesehen und der Weg zurück in ein selbständiges Leben außerhalb der Klinik schwerer ist, als es zunächst erwartet wird (Nieuwenhuizen, Nijam 2009).

In der Literatur finden sich zahlreiche Studien zu dem Erleben und den damit einhergehenden Veränderungen, die die Menschen mit dem Recovery-Konzept in der Alltagspsychiatrie gemacht und erfahren haben. In England und Wales wurde Anfang dieses Jahrtausends politisch die Recovery-orientierte Umgangsweise für die Alltagspsychiatrie gefördert (Drennan, Alred 2012). Auch die World Health Organization (WHO) hat sich zusammen mit der European Commission Health and Consumers Directorate-General mit dem Thema der psychischen Gesundheit und der Einbeziehung der Betroffenen und ihren Angehörigen auseinandergesetzt (WHO 2010). In den Jahren 2005-2007 wurden in Europa Fördermittel zur Verfügung gestellt, um das Projekt „Experienced-Involvement“ zu ermöglichen, in denen Psychiatrieerfahrene geschult werden, um in diesem Bereich als Genesungsbegleiter mit ihren Erfahrungen zu arbeiten (Utschakowski, Sielaff, Bock 2009). Die tägliche Arbeit durch Peers zu bereichern, da sie einen anderen Zugang zu den Patienten durch ihren gemeinsamen Erfahrungshintergrund haben und sie anders erreichen können, ist eine neue Option für die forensisch-psychiatrische Pflege (ebenda, S.14).

Problemdarstellung

Die Menschen, die nach §63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind, leben im Ungewissen, da es keine zeitliche Begrenzung für ihre Sicherung und Besserung gibt (MRVG NRW, 1999). Viele wirken wenig motiviert, was darauf zurückgeführt werden kann, dass sie keine Akzeptanz und Anerkennung erleben, welches nach neuen Erkenntnissen der Wissenschaft grundsätzlich zur Motivation beiträgt (Scherer 2007, S.27). Die Pflegenden sind in der forensischen Einrichtung die Personen, die 24 Stunden dem Patienten gegenüber stehen, sie haben dadurch eine besondere Aufgabe und schaffen das neue soziale Umfeld (Kasel 2014, S.5)

Die Pflegenden haben zu ihrer traditionellen Rolle noch eine andere, als in der Allgemeinpsychiatrie. bedeutet Nach dem Ethikkodex für Pflegende bedeutet die Pflege, „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (International Council of Nurses 2005). Zu diesen angegebenen Aufgaben kommen weitere hinzu, wie die Gefährlichkeitseinschätzung und die Sicherung und Besserung (MRVG NRW, 1999). Sie arbeiten mit Menschen, die nicht nur krank sind, sondern auch eine Straftat begangen und gegen das Gesetz verstoßen haben. Sie führen kontrollierende Aufgaben durch und tragen dafür Sorge, dass kein kriminelles Milieu auf der Station entsteht, sie achten auf eine sinnvolle Tagesstrukturierung und gegebenenfalls auf die Körperhygiene und versorgen pflegebedürftige Patienten (Schmidt-Quernheim, Hax-Schappenhorst 2008, S.209)

Die Pflegepersonen sind für die Beziehungsgestaltung und die soziotherapeutischen Aufgaben wichtige Mitarbeiter in der Forensik. Sie sind die ersten Ansprechpartner für alles, was im Stationsalltag anfällt, wie Probleme mit Mitpatienten oder anderen Mitarbeitern. Sie sind diejenigen, die den Patienten die Regeln und Einschränkungen verständlich machen sollen. Sie müssen weit mehr als sonst in der Psychiatrie auf Gefährdungen achten und Sicherheitsvorkehrungen überwachen (Schmidt-Quernheim, Hax-Schappenhorst 2008, S.225).

Diese besondere Situation wird auch durch die Wahrnehmung und die Würdigung ihres Berufes durch die Gesellschaft geprägt. Da die Krankenhäuser des Maßregelvollzugs einen sehr geringen Status im Vergleich zu anderen Krankenhäuser haben, wird den Pflegenden ein anderes Ansehen als den Kollegen in den somatischen Krankenhäusern entgegengebracht. Jenen wird Respekt und Anerkennung gezollt, dagegen wird bei den in den Psychiatrien arbeitenden Pflegenden oft Unverständnis und Abwehr entgegengebracht, die aus Unkenntnis und der eigenen großen Angst vor seelischer Krankheit

hervorgeht. Treten dann Krankheit und Kriminalität zugleich in Erscheinung, wird mit Kopfschütteln und „wie man mit solchen Typen Geld verdienen kann“ reagiert (ebenda, S.226). Dieses trägt viel zu der Haltung gegenüber den Patienten bei, die auch durch den Sicherungsauftrag mehr Distanz denn Nähe hervorbringt.

Mit dem Recovery-Konzept, das weiter unten beschrieben wird, ist in der psychiatrischen Pflege zunächst im angloamerikanischen Raum eine neue Umgangsweise mit den Menschen, die psychiatrische Hilfe benötigen, entstanden. In dem „Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen um Recovery im Alltag zu unterstützen“ wird im Vorwort benannt:

„Recovery bietet die Chance eines Paradigmenwechsels im Hinblick auf Konzepte von psychischen Erkrankungen und infolgedessen auch auf die Frage nach entsprechenden Behandlungsangeboten und Versorgungssettings. Ein wesentliches Merkmal von Recovery ist die stärkere Einbeziehung der Nutzenden in allen Aspekten der Versorgung. Dies betrifft z.B. die Arbeit von Peers oder Genesungsbegleitenden in den Institutionen, in die Gestaltung von Versorgung und auch in der Forschung.“ (Slade, 2013)

Für die Zukunft der Psychiatrie ist dieser Gedanke von großer Bedeutung (ebenda) und daraus lässt sich folgern, dass es auch in der forensischen Psychiatrie mit weiterer Zeitverzögerung zu Veränderungen führen kann. Gesellschaftlich, politisch und wirtschaftlich muss sich etwas im Maßregelvollzug ändern. Basal für eine grundlegende Veränderung ist ein Perspektivwechsel: So sollte der Mensch als soziales und vor allem individuelles Subjekt in den Fokus gestellt werden und nicht der anonyme Fall und das bestehende Risiko. Nur so kann der Straffällige selber die Chance bekommen, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Drennan und Alred stellen diese Forderung ebenfalls und fragen, inwieweit die Sicherheit des Umfeldes davon beeinträchtigt würde. Sie weisen darauf hin, dass es eine fundamentale Veränderung bedeutet, von einem Rehabilitationsprogramm das vorgegeben wird, hin zu einer Form zu wechseln, die nur die Person in ihrer eigenen Recovery unterstützt (Drennan, Alred 2012, S.IX, Übersetzung d. Verf.)

Ein Umdenken im Maßregelvollzug wurde auch von der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen (ASJ) im Beschlussbuch der ASJ-Bundeskongress 2012 gefordert, die darauf hinweisen, dass ein Teil der untergebrachten Personen sehr viel früher als bisher in teilstationäre und ambulante Betreuungs-, Versorgungs- und Sicherungsformen wechseln könnten, ohne dass die Sicherheit der Bevölkerung gefährdet würde. Das würde den betroffenen Menschen weniger belasten und auch zu einer erheblichen Reduzierung der gesellschaftlich-fiskalisch bereitzustellenden Fi-

nanzmittel führen (ASJ 2012, S.6). Sie fordern in diesem Zusammenhang auch eine Änderung im Strafgesetzbuch (StGB) und in der Strafprozessordnung (StPO), um den psychiatrischen Maßregelvollzug zu reformieren. Es wird von der Fachwelt und der Wissenschaft seit mehreren Jahren eine Reform angestrebt.

2 Theoretischer Hintergrund

Zunächst sollen die Begriffe Forensik, Maßregelvollzug und forensisch psychiatrische Pflege definiert werden. Anschließend wird ein Überblick zur Literaturrecherche gegeben. Darauf folgen die Beschreibungen des Recovery-Konzeptes und der Peerarbeit. Anschließend sollen die Ergebnisse aus der Literatur dargestellt und in der Diskussion aufgegriffen werden. Im Fazit werden das Resümee und der Ausblick erfolgen.

Zur besseren Lesbarkeit des Textes werden in der Regel die männlichen Formen der Personenbezeichnungen gewählt, die alle weiblichen Formen mit einbeziehen.

2.1 Definition Forensik und Maßregelvollzug

„Der Begriff Forensik kommt aus dem lat. *forum*: Marktplatz, Forum. Im antiken Rom wurden Gerichtsverfahren, Untersuchungen, Urteilsverkündigen sowie der Strafvollzug öffentlich auf dem Marktplatz durchgeführt. Die forensische Psychiatrie, ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Behandlung, der Begutachtung und der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst. I.e.S. befasst sich die forensische Psychiatrie mit Fragen der Psychiatrie, die von Gerichten und Behörden gestellt werden. Der Begutachtung kommt dabei eine große Bedeutung zu. Die gutachterliche Beurteilung umfasst z.B. die Beurteilung der Schuldfähigkeit von Straftätern“ (www.Gabler Wirtschaftslexikon)

„Maßregelvollzug ist nicht Strafvollzug und ist nicht Sicherungsverwahrung. Maßregelvollzug leistet die fachgerechte Behandlung und sichere Unterbringung von Straftätern, die aufgrund ihrer psychischen oder Suchterkrankung das Unrecht ihrer Straftat nicht einsehen können. Diese Täter werden von Gerichten als nicht oder vermindert schuldfähig in forensisch-psychiatrische Kliniken eingewiesen – im Unterschied zu schuldfähigen, für ihre Tat voll verantwortlichen Rechtsbrechern, die in Justizvollzugsanstalten kommen.“ (www.lwl.org)

Die forensischen Fachkliniken sind speziell für dieses Klientel durch ihre baulichen und elektronischen Sicherheitsvorkehrungen ausgestattet. Dazu kommen die räumliche und personelle Ausstattung und das gut ausgebildete Fachpersonal, die die Basis für eine qualifizierte Behandlung und Betreuung bilden (ebenda).

Die „forensische Psychiatrie ist die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Strafvollzug: Denn neben der psychiatrischen Behandlung hat sie zugleich die Aufgabe der Sicherung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Straftaten begangen haben und bei denen Erkrankung und daraus resultierende Gefährlichkeit fortbestehen.“ (Schmidt-Quernheim, Hax-Schoppenhorst 2008, S.21)

2.2 Forensisch psychiatrische Pflege

Die psychiatrische Pflege hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert. Grenzte sie sich früher durch psychiatrisch-therapeutische Terminologie ab, so verwendet sie heute allgemein pflegerische Begriffe. „Sie beschäftigt sich mit den menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen im Zusammenhang mit dem Lebensprozessen, Lebensereignissen und den aktuellen oder potenziellen Gesundheitsproblemen“ (Sauter, Abterhalden, Needham 2006).

Die Pflegedefinition des US-amerikanischen Pflege- und Berufsverbandes ANA (American Nurses Association 1980, 1995) ist die am häufigsten verwendete: „Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ (ebenda). In der Literatur wird immer wieder auf den speziellen Charakter der forensischen Pflege hingewiesen und im englischsprachigen Raum verweisen Studien auf die besonderen Tätigkeiten. Anfang der 1990er Jahre wurden in Amerika deshalb gesonderte Ausbildungslehrgänge für Pflegende in der Forensik geschaffen. Forensische Krankenpflege wurde als ein Spezialgebiet innerhalb der Krankenpflege durch die American Nurse Association im Jahr 1995 anerkannt. Als Reaktion darauf wurden an den Universitäten für Krankenpflege forensisch-psychiatrische Lehrpläne entwickelt und implementiert, als ein Spezialgebiet in Mental Health Curricula. Die Studenten in forensisch-psychiatrischer Pflege gewinnen Kenntnisse zur psychischen Gesundheit gepaart mit Wissen über das Strafrecht (Brown 2012, Übersetzung d. Verf.). Hieraus ergeben sich deutlich die besonderen Kompetenzen, die ein Bestandteil der forensisch-psychiatrischen Pflege sind.

Die doppelte Rolle der Pflegenden im Hinblick auf die Sicherheit und die Pflege ist ein wichtiger Aspekt, der darauf hinweist, dass die Patienten in den forensischen Kliniken zwar psychisch krank sind, aber auch erhebliche Straftaten begangen haben und von ihnen weitere gefährliche Straftaten erwartet werden. Diese hohe Verantwortung ist eine Herausforderung an alle Berufsgruppen, die bei der Behandlung und Betreuung von forensischen Patienten mitwirken (Voss 2010). Zudem kommt die zeitlich unbefristete Unterbringung, die eine langjährige Begleitung des Patienten bedeutet. Die Pflegenden sind die ersten Ansprechpartner der Patienten, sind deren Helfer und Vertraute, sie sind die Vermittler zwischen den Patienten und anderen Mitarbeitern. Sie haben die oft mühsame Aufgabe, die Regeln und Forderungen in der Praxis den Patienten gegenüber zu vertreten und ihnen verständlich zu machen. Darüber hinaus müssen sie, weit mehr als sonst in der Psychiatrie notwendig, auf die Gefährdungen achten und Sicherheitsvorkeh-

rungen überwachen (Schmidt-Quernheim, Hax-Schappenhorst 2008, S. 225). Zu den Kernaufgaben der Pflege gehört die Soziomilieugestaltung, das bedeutet den Alltag entsprechend den physischen, emotionalen, intellektuellen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen zu gestalten und den Patienten zu unterstützen (Schröck, 1996, in Schmidt-Quernheim, Hax-Schappenhorst, 2008, S. 253). In den Kliniken wird im Bezugspflegesystem gearbeitet, das zu einer tragfähigen professionellen Beziehung führen soll und damit einen Beitrag zur allgemeinen Sicherheit leistet (Kammeier, 2013). Diese Arbeit beinhaltet eine besondere Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die zu betreuende Person.

„Die Kunst der forensisch-psychiatrischen Pflege besteht darin, sich auf einen pflegebedürftigen Patienten einzulassen und das eigene Handeln so zu bestimmen, dass er oder sie sich angenommen fühlt, die Pflege sich an seinen Vorstellungen und Wünschen orientiert, aber gleichzeitig auch der übergeordneten Zielsetzung von Sicherheit, Therapie und Gefährlichkeitsreduktion entspricht.“ (Kolbe, 2013)

Dieser zweitgeteilte Auftrag, den die Pflegenden jeden Tag 24 Stunden verrichten, indem sie den gerichtlich verhängten Freiheitsentzug realisieren, die Gesellschaft schützen und auf der anderen Seite den Patienten begleiten und versuchen sein Sozialverhalten so zu beeinflussen, dass er ein nicht-kriminelles Mitglied der Gesellschaft wird, bestimmt den Alltag der forensisch-psychiatrischen Pflege. Konkret bedeutet das, dass die Pflegenden auf der Station entsprechend dafür Sorge tragen, dass alles diesen zweigeteilten Auftrag entsprechend ausgerichtet wird und funktioniert. Dazu gehören die Grundaufgaben, wie die Geschlossenheit der Einrichtung zu garantieren und weitere gerichtliche Anordnungen auszuführen sowie für das Wohlergehen der Patienten zu sorgen, indem die täglichen Aktivitäten des Lebens unterstützt und Begleitungen zur somatischen Krankenversorgung oder Aufenthalte an der frischen Luft durchgeführt werden (Kummetz, 2014, S.97). Eine Besonderheit der Pflegearbeit ist die Verwobenheit der konkreten Aufgaben mit der Beziehungsarbeit, die einen zentralen Raum einnimmt. Die Beziehungsgestaltung wird im täglichen Miteinander, in den kurzen oder langen Gesprächen und Kontakten, die der Pflegende mit den Patienten hat, praktiziert und entwickelt (Scherm 2007, S.55). Die Pflegenden haben eine zentrale Rolle im Stationsalltag, der durch das Recovery-orientierte Arbeiten eine Veränderung erfährt, indem der Patient selber Entscheidungen treffen und Verantwortung übernehmen soll. Ein grundsätzlicher Aspekt von Recovery ist die Einbeziehung von Peers, die aktuell in den forensischen Einrichtungen bisher wenig berücksichtigt wurden. Menschen einzubeziehen, die Erfahrungen in der Forensik gemacht haben, da sie es selber erlebt und

durchlitten haben, wäre eine weitere Option den Verlauf eines Menschen während seiner Unterbringung zu verändern. In der Literatur finden sich zu der Peer-Arbeit viele Studien und Schriften, die in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen und Gesundheitssystemen in den letzten zwei Jahrzehnten Erfahrungen damit gemacht haben. Um die Verweildauer zu verkürzen und den Patienten ein positiveres Lebensgefühl zu geben ist die Autorin, die persönliche Erfahrungen in Kanada bei einer Hospitation im „The Royal Mental Health Centre Ottawa“ gemacht hat, zu dieser Arbeit inspiriert worden.

3 Forschungsfrage und methodisches Vorgehen

In dieser Qualifikationsarbeit soll anhand einer Literaturrecherche herausgearbeitet werden, ob das Einbeziehen von Peers in forensischen Einrichtungen möglich ist und welche Auswirkungen dieses auf die Patienten haben könnte. In der Fachwelt wird nach dem heutigen Verständnis von psychischer Gesundheit ein Umdenken auch für den Maßregelvollzug gefordert, der zur Verkürzung der Verweildauer und Reduzierung der Patienten beiträgt und einer Stigmatisierung entgegenwirkt (ASJ 2012, S.6.) Wäre dieses durch den Einsatz von Peers in forensischen Fachkliniken möglich? Der Fachausschuss Forensik der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) zeigt auf, dass mit Sorge die Tendenz zur stetigen Eskalation an Sicherheitsanforderungen beobachtet wird. So sieht sie es als ihre Aufgabe an, die Menschenrechts- und Freiheitsorientierung im Vollzug der psychiatrischen Maßregel stärker als bisher zur Geltung zu bringen (www.forensik.de). Die Arbeit mit dem Recovery-Konzept und Peers könnte ein Ansatz in diese Richtung sein.

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Recherche erfolgte in einem Zeitraum von 2000 bis in die heutige Zeit in deutscher und englischer Sprache, da sich in dieser Zeit das Recovery-Konzept in den europäischen Ländern verbreitete und ein neues Bewusstsein für psychische Erkrankungen in den Gesundheitssystemen auch von der WHO gefordert wurde (WHO 2005). So wird der ganzheitliche Aspekt hervorgehoben und dass es „keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt“ (ebenda). Die für die Gesundheit zuständigen Minister der Länder verpflichten sich in der europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit, den Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen das psychische Wohlbefinden zu ermöglichen, indem entsprechende Maßnahmen zur Integration geschaffen werden sollen. Es soll gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit vorgegangen werden, in-

dem die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen gestärkt und unterstützt werden. Weiterhin sollen umfassende integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zur Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung entworfen und implementiert werden. Die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden soll als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anerkannt werden (ebenda). Mit diesem Hintergrund wurde in den Datenbanken CINAHL, Pubmed, Medpilot, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Google Scholar und BASE, sowie in den Bibliotheken der Universität Bielefeld und der Fachhochschule der Diakonie mittels Handsuche die Recherche durchgeführt.

Die Suchbegriffe lauteten wie folgt: Maßregelvollzug, Patient Teilhabe, Recovery, Peers und in Englisch: high secure services/ forensic services, patient participation, recovery, peers. Die Bool'sche Operation AND fand Anwendung.

Des Weiteren wurde nach dem Schneeballsystem verfahren, sodass mehrere internationale Internetseiten, wie die der ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change NHS), SRN (Scottish Recovery Network) und MHCC (Mental Health Commission Canada), Berücksichtigung fanden.

In der Recherche wurde die graue Literatur mit einbezogen.

3.2 Forschungsfrage

Aus der vorhandenen Literatur entwickelte sich die Hypothese, dass der Einsatz und die Mitarbeit von Peers einen positiven Einfluss auf Patienten haben. Diese Erkenntnisse fanden sich in Studien, die in der Allgemeinpsychiatrie durchgeführt wurden. Lassen sich daraus Rückschlüsse auf das Verhalten der Patienten im Maßregelvollzug ziehen?

Die forensischen Patienten, die im „integrierten Maßregelvollzug“ in der Allgemeinpsychiatrie untergebracht sind, profitieren teilweise von den Anfängen der Umsetzung des Recovery-Konzeptes. Doch wie sieht es in den hochgesicherten Fachkliniken aus: Ist es möglich in jenem Umfeld den Patienten mehr persönliche Freiheiten zu geben, indem er selber bei seinem Gesundungsprozess mehr mitentscheiden darf, was für ihn gut ist, und was nicht und kann dieses auf Augenhöhe kommuniziert werden? Wird der Mensch und seine Persönlichkeit gesehen und nicht nur der Fall oder das Delikt? Ist es vorstellbar, dass ehemalige forensische Patienten zurück in die gesicherten Kliniken kommen, um mitzuarbeiten? Und was bedeutet das für die Patienten, die seit vielen Jahren im Maßregelvollzug untergebracht sind? Diese Fragen führten die Autorin zu der Forschungsfrage: **Arbeiten mit Peers im forensischen Setting - Wie wirkt sich die Mitarbeit von Betroffenen auf die Patienten aus?**

4 Das Recovery-Konzept

Recovery ist kein Service, der von den Beschäftigten im Gesundheitssystem geleistet werden kann. Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es keinen einheitlichen Begriff oder einen gemeinsamen Konsens im psychiatrischen Alltag und doch ist es die führende Richtlinie in den vergangenen Jahrzehnten im angloamerikanischen Raum wie Kanada, Neuseeland, den Vereinigten Staaten von Amerika und Großbritannien geworden (Farkas, 2007). Im deutschsprachigen Raum gibt es keine wörtliche Übersetzung und der Begriff wird mit Bergung, Besserung, Erholung, Genesung, Rettung oder Wiederfindung definiert (Amering, Schmolke, 2007). So geht es um das Wiederfinden von mehr Lebensqualität trotz psychischer Erkrankungen, um Hoffnung, Freundschaft und darum, ein zufriedenstellendes Leben führen zu können. Recovern ist als ein fortlaufender Prozess zu verstehen, der den Betroffenen ermöglichen soll den Sinn ihrer Krise zu erklären und die persönliche Bedeutung darin zu finden.

4.1 Geschichte und Entwicklung

Das heutige Recovery-Verständnis entwickelte sich in den 1980er-Jahren aus der Betroffenenbewegung heraus, in der sich die Betroffenen nicht mit ihren negativen Prognosen abfanden und wider Erwarten gesundeten. Sie schlossen sich zusammen und machten auf den demoralisierenden Pessimismus der professionellen Mitarbeiter, die sie als „chronisch-psychisch krank“ bezeichnet hatten, aufmerksam. Sie suchten nach den Bedingungen, die darüber entscheiden, ob es einem langzeitkranken Menschen gelingt, wieder ein zufriedenes Leben zu führen, oder nicht (Knuf 2013, S.33). In den angloamerikanischen Ländern wurde die Idee zu einem zentralen Anliegen. Anhand einer Langzeitstudie, die Harding und seine Kollegen 1987 mit Patienten, die mit der Diagnose Schizophrenie lebten, durchführten, konnte aufgezeigt werden, dass diese Menschen in der Gesellschaft integriert waren und entgegen der Prognose ein positives, kompetentes und zufriedenes Leben führten (Harding et al. 1987) Zu dieser Zeit erschienen die ersten Bücher von ehemaligen Patienten, die ihre Geschichten mit ihrer Erkrankung und Erfahrungen mit den psychiatrischen Einrichtungen öffentlich machten. Ein Beispiel ist Patricia Deegan, eine Psychologin die in jungen Jahren mit der Diagnose Schizophrenie konfrontiert wurde, oder Julie Leibrich, Mental Health Commissioner, auch mit einer Psychose aus dem Schizophrenen Formenkreis diagnostiziert, die zu dem Recovery-Verständnis beitrugen (Nijdam-Jones 2012, S.10).

Im deutschen Sprachraum entwickelte sich ebenfalls das Recovery-Verständnis durch Publikationen und vermehrte öffentliche Vorträge Psychiatriebetroffener bei

Kongressen und an Universitäten. 1991 wurde das Europäische Netzwerk von Psychatriebetroffenen (ENSUP) gegründet und zwei Jahre später der Weltverband (World Network of Users and Survivors of Psychiatry WNUSP), der den Betroffenen eine internationale Vernetzung ermöglicht (Lehmann 2013, S.49). In der Psychiatrie wurde zu diesem Zeitpunkt mit Empowerment, das auf die Rückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben zielt und die Emanzipation der Betroffenen unterstützen soll, gearbeitet. Die Patienten sollten wieder mehr Einfluss über ihr eigenes Leben gewinnen und das Gefühl von Machtlosigkeit und nicht zuletzt die Erkrankung überwinden. Zum Empowerment gehören Selbstbestimmung, Selbsthilfe und gesellschaftliche Teilhabe (Knuf 2013, S.33). Auch international wurde Empowerment durch die Weltgesundheitsorganisation WHO ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht, die sich mehr für die Betroffenen und ihre Angehörigen/ Bezugspersonen (carer) einsetzte. In ihrem Statement benennen sie, dass psychisch kranke Menschen keine Stimmen haben. Sie und ihre Familien würden zu wenig in Entscheidungsfindungen einbezogen und befänden sich am Rande der Diskriminierung und Ausschlusses aus der Gesellschaft. Empowerment müsse gefördert werden, dieses beziehe sich auf die einzelne Person, aber auch auf die Gesellschaft (WHO 2010). Es ist ein Teil, der zum Recovery-Prozess gehört.

4.2 Recovery in der Praxis

Durch wirksame Dienstleitungen und Unterstützung soll den betroffenen Menschen Hoffnung und mehr Selbstbestimmung zurückgegeben werden. Ein wesentliches Merkmal ist die stärkere Einbeziehung der Nutzenden in allen Aspekten der Versorgung und die Arbeit mit Peers oder Genesungsbegleitenden in den Institutionen, in der allgemeinen Gestaltung von Versorgung und auch in der Forschung. In dem Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen „100 Wege um Recovery zu unterstützen“ wird darauf hingewiesen, dass die Recovery-Philosophie die Psychiatrie verändert und die Chance eines Paradigmenwechsels im Hinblick auf Konzepte von psychischen Erkrankungen, deren entsprechenden Behandlungsangeboten und Versorgungssettings bietet. Es bedeutet für die Beschäftigten ein Umdenken, da der Fokus von der Behandlung einer Krankheit hin zur Förderung des Wohlbefindens gelenkt werden muss. Es wird in **klinische** und **persönliche** Recovery unterschieden.

„**Klinische Recovery** ist eine Idee, die aus der Erfahrung psychiatrischer Fachpersonen heraus entstanden ist. Dabei geht es um die Beseitigung von Symptomen, die Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und

ganz allgemein darum, *wieder zur Normalität zurückzukehren.*“ (Slade 2013)

Persönliche Recovery ist eine Idee, die auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen beruht. Sie unterscheidet sich in bestimmten Bereichen grundlegend von der klinischen Recovery. Die am häufigsten genutzte Definition stammt von William Anthony (1993):

„[...] ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.“ (Slade 2013)

Der Recovery-Bezugsrahmen basiert auf vier Dimensionen, die sich aus den Berichten von Betroffenen ergeben haben:

- Hoffnung als eine häufig berichtete Komponente der Recovery
- Selbstidentität, einschließlich des aktuellen und zukünftigen Selbstbildes
- Bedeutung im Leben, einschließlich Lebenszweck und Zielen
- Persönliche Verantwortung – die Fähigkeit, die persönliche Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen

Für die Mitarbeiter bedeutet das eine andere Haltung und einen veränderten Ansatz zu verinnerlichen, um mit dem Menschen zu arbeiten. Traditionelle Vorgehensweisen müssen verändert werden, da der Betroffene mit seiner Erfahrung und seiner Geschichte der Experte ist. Die Person steht im Fokus und nicht die Funktionsstörung. Die Ressourcen zu fördern und sie in ihrem Selbstmanagement zu stärken, anstelle von Problembe-
schreibung und Anpassung an das Programm. Ziel ist die Selbstkontrolle, Wahlfreiheit und damit auch die Förderung der Gesundheit der Betroffenen. Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Beziehungen zu Mitarbeitern, Angehörigen, Freunden und Peers. Der Pflegende sollte eine partnerschaftliche Beziehung gestalten, in der auf Gegenseitigkeit geachtet wird. Das bedeutet, häufig in den Kontakt zu gehen und Optionen zu präsentieren, anstatt Probleme zu lösen. Diese Angebote dürfen von dem Betroffenen auch in Frage gestellt, beeinflusst und geändert werden. Es ist ein Arbeiten auf Augenhöhe (ebenda).

„Recovery ist ein Prozess oder eine Reise der Veränderung und die Anpassung auf die Lebensumstände/ Erfahrungen des Lebens“ (Barker 2012, S.24) Das Ziel ist, mit dem Prozess der Veränderung ein zufriedenes, sinnvolles Leben zu erreichen, wel-

ches der Betroffene selber beurteilt, der diese Reise macht. Es ist ein fortwährender Prozess des Wachstums (ebenda).

4.3 Secure Recovery

In wenigen Ländern ist bis zum heutigen Zeitpunkt das Recovery-Konzept in forensischen Kliniken implementiert worden. Ein Grund dafür ist zum einen der o.a. Sicherheitsgedanke und zum anderen die Bearbeitung des Deliktes. Für den Betroffenen ist es schwer, seine Tat anzuerkennen, oftmals wird sie bagatellisiert, abgestritten oder gerechtfertigt. Dieses lässt sich mit psychologischen Mechanismen erklären, die einsetzen um sich selber zu schützen (Verdrängung). So sehen Drennan und Alred einen sehr langen Weg für eine „Täter-Recovery“, der nicht leicht zu gehen ist und Zeit und Vertrauen braucht. Die Menschen müssen ihre sozialen Kompetenzen wieder erlangen, zu denen unter anderem sich in die Rolle des Opfers oder in die der Angehörigen des Opfers einzufühlen, gehört. Ebenso brauchen sie Unterstützung, um sich in die soziale Gemeinschaft wieder integrieren zu können. Dieses sind wichtige Anteile, die im jetzigen rehabilitativen Ansatz zu wenig berücksichtigt werden. Die „Täter-Recovery“ wäre eine grundsätzliche und notwendige Voraussetzung, um in forensischen Kliniken mit dem Recovery-Konzept zu arbeiten. Bisher wurde viel Wert auf die Reduzierung der Symptome der Krankheit gelegt, denn es wird angenommen, dass die Symptomreduzierung gleichzeitig einen Einfluss auf die zukünftige Gefährlichkeit hat. So wurde bisher zu wenig auf die individuelle Geschichte der Betroffenen eingegangen (Drennan, Alred 2012, S.16f). Die Risikoeinschätzung ist ein weiterer Aspekt im forensischen Setting, der einen wesentlichen Einfluss auf die Unterbringungszeit und auf den Betroffenen und sein „recovern“ hat. Sicherheitsmaßnahmen und der Sicherheitsgedanke sind Hauptfaktoren im Maßregelvollzug, die den Fokus zu einer Recovery-orientierten Haltung erschweren. Dieses Sicherheitsdenken führte zu einer Kultur der Kontrolle und diese beeinträchtigt den Betroffenen auch später noch nach seinem Aufenthalt in der Forensik in seinem Leben (Barker 2012 S.28)

Die Gesellschaft reagiert sehr heftig auf Fehler und Versagen der Beschäftigten im Maßregelvollzug und sucht immer einen Schuldigen. Dieses beeinflusst wiederum die politischen und örtlichen Richtlinien und das Verhalten der Beschäftigten. Das führt wiederum, wenn es nicht reflektiert wird, zu mehr Kontrolle, anstelle der Frage: Wie kann dieser Fehler vermieden werden (ebenda S.29)? Hier wird deutlich, wie wichtig der Sicherheitsaspekt ist. Anschließend hieran kann in Frage gestellt werden, inwieweit das Risikomanagement den Patienten bei seiner Gesundung beeinflusst. Barker kommt

zu dem Schluss, dass Recovery-orientierter Service auch mit Risiken arbeiten kann. Denn der Umgang mit Risiko ist eine Art von Verhalten, das verändert werden kann, wie andere Verhaltensweisen auch. Hier sollte der Betroffene unterstützt und individuell begleitet werden, sodass er von dem schädlichen zu einem alternativen, positiven Verhalten finden kann (ebenda S.39)

Diese vorangestellten zusätzlichen Aspekte im forensischen Setting haben sowohl auf die persönliche Recovery als auch auf die Arbeit eine erhebliche Auswirkung. So sehen es auch Simpson und Penny in ihrem Artikel „The recovery paradigm in forensic mental health services“. Darüber hinaus sind sie der Auffassung, dass die forensischen Patienten durch die vorgeschriebenen Strukturen und den damit verbundenen Einschnitten in ihrer Freiheit eine zusätzliche Isolation von den sozialen nachbarschaftlichen Kontakten erleben und andere wichtige Schlüsselemente, die für ein autonomes Leben stehen, vermissen. Indem es möglich wird, wieder selber Entscheidungen zu treffen, wie zum Beispiel sein Geld selber zu verwalten oder bei der Behandlung mit zu entscheiden, ist das Recovery-orientierte Konzept in einem forensischen Setting zu unterstützen. Es steht zur Diskussion, ob der Auftrag von Recovery dadurch komplexer wird. Die zusätzlichen sozialen Hürden, die forensische Patienten erleben, sind Diskriminierung, Furcht vor der Öffentlichkeit und dem sozialen Ausschluss und die Stigmatisierung durch ihre kriminelle und psychiatrische Vergangenheit. Diese Faktoren mögen eine signifikante Barriere für Recovery und Reintegration sein, doch die vier Dimensionen des Recovery-Bezugsrahmen – Hoffnung und Zuversicht, Selbstidentität des aktuellen und zukünftigen Selbstbildes, Empowerment und persönliche Verantwortung, Bedeutung im Leben und Lebenszufriedenheit, sind für forensische Patienten genauso wichtig zu erreichen, wie für alle anderen auch. Nur ist es unter den gegebenen Umständen für sie schwerer. Die wachsende Aufmerksamkeit in Bezug auf persönliche Stärke und Wohlergehen für Menschen in forensischen Einrichtungen ist ein Paradigma, das mit Recovery und gleichzeitig mit der aktuellen Entwicklung des Risikomanagements, in dem auf schützende Faktoren der Fokus gelegt wird, zusammen trifft. Auf den ersten Blick macht es den Eindruck, dass Recovery ein Gegensatz zu den Sicherheitsaspekten in der forensischen Pflege ist, nicht zuletzt durch die vielen Beschränkungen. Doch es bietet die Möglichkeit des Brückenschlages durch Therapie und Sicherheit. Denn es ist erwiesen, dass man nicht ein wertvolles Leben führen kann und weiterhin gegen das Gesetz verstößt. Recovery ermöglicht das Arbeitsbündnis zu stärken und zu nutzen und

hilft die Stärken und schützenden Faktoren beim persönlichen Risikomanagement zu identifizieren (Simpson, Penney, 2011).

4.4 Definition Peer

Der Begriff Peer kommt aus dem englischen Sprachraum und bedeutet Ebenbürtige/ Gleichgestellte. In vielen gesundheitlichen und sozialen Bereichen ist die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene bekannt. Die Menschen, die mit besonderen Lebenslagen konfrontiert waren, sie durchlebt, durchlitten und bewältigt haben, bieten anderen Menschen in ähnlichen Situationen ihre Unterstützung an. Diese Form der Unterstützung wird als „Peer-Support“ bezeichnet und bedeutet ins Deutsche übertragen „Unterstützung durch Gleiche“. In der psychiatrischen Versorgung bedeutet dieses, dass Menschen die selbst psychische Krisen durchlebt und mit psychiatrischen Diensten und Kliniken Erfahrungen gemacht haben, aktiv werden. Hier steht der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern im Vordergrund und nicht die Anwendung professioneller Methoden (Utschakowski, 2013, S.14) Diese gemeinsamen Erfahrungen ermöglichen vom ersten Kontakt an einen anderen Zugang.

4.5 Peers und ihre Professionalisierung

Die Europäische Union hat in den Jahren 2005-2007 ein Pilotprojekt ins Leben gerufen, das Psychiatrieerfahrenen die Möglichkeit geben soll, ihre erlebten Erfahrungen weiterzugeben und mitzuteilen. Der Projektname „EX-IN“ steht für „Experienced Involvement“, übersetzt: Einbeziehung (Psychiatrie-)Erfahrener. Es entstand durch die Feststellung, dass es in verschiedenen europäischen Ländern psychiatrische Dienste gibt, die Psychiatrieerfahrene beteiligen. So sind Großbritannien und die Niederlande Länder mit einer langen Tradition und vielen Erfahrungen in dieser Arbeitsweise. Bei ihnen gehören Psychiatrieerfahrene als Qualitätsbeauftragte oder als Mitarbeiter in aufsuchenden psychiatrischen Gemeindediensten oder als Genesungsbegleiter zum Team. In den deutschsprachigen Ländern haben die Dialog- und Psychoseminare dazu beigetragen, dass sich Psychiatrieerfahrene und Professionelle und Angehörige als Experten auf gleicher Augenhöhe begegnen. Mit dem „EX-IN“ Projekt, an dem viele Organisationen beteiligt waren, wurde ein Curriculum entwickelt „mit neuen Lehr- und Lernmethoden, -materialien und -inhalten, die speziell dafür entwickelt wurden, die Entdeckung von Erfahrungswissen zu fördern“ (Utschakowski S.86). Wichtig ist hierbei, dass jeder Einzelne seine Erfahrungen reflektiert und strukturiert, sodass aus persönlicher Erfahrung Wissen werden kann, zunächst „Ich-Wissen“. Das bedeutet, die Teilneh-

mer an dem Kurs lernen ihre eigene seelische Erschütterung zu erklären und in ihre Lebensgeschichte einzuordnen und erkennen einen Sinn darin. Sie sollen verstehen lernen, welche Bedingungen und Strategien helfen, um Anforderungen, Krisen und Belastungen zu bewältigen. Diese Erfahrungen können dann genutzt werden, um hilfreiche Haltungen und Strukturen für andere Menschen zu entwickeln. Hinzu kommt, dass sie lernen sollen einen Standpunkt zu entwickeln, der von anderen nachvollzogen und auch geteilt werden kann. Durch dieses Mit-Teilen und die kritische Reflexion von anderen Teilnehmern wird aus der individuellen Erfahrung ein „Wir-Wissen“ entwickelt. Dieses „Wir-Wissen“ ist mehr als nur das gemeinsam Erfahrene, es ist auch das gemeinsam Verstandene und ist damit wichtig, um die eigene Erfahrung nicht vorschnell zu generalisieren und um zu verhindern, dass Wünsche und Sehnsüchte auf andere übertragen werden (ebenda S.87). Die Ausbildung zu einem Genesungsbegleiter umfasst 250 Stunden und ist nach den zwei Jahren Projektzeit und den beiden beteiligten Einrichtungen in Bremen und Hamburg auf ganz Deutschland ausgeweitet worden.

4.5.1 Peerarbeit und ihre Unterstützung

In vielen Bereichen der psychiatrischen und sozialen Dienstleistungen sind inzwischen Peers als Mitarbeiter tätig. In der stationären Psychiatrie, in denen die Betroffenen besonders stark mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung konfrontiert werden, wird der Einsatz von Peers als sehr bedeutungsvoll wertgeschätzt, da es das Zusammengehörigkeitsgefühl und das Erleben von Solidarität und Verständnis sichtbar werden lässt (Utschakowski S.14).

Die gleichen Erfahrungen, die häufig auch durch negative Erlebnisse in den Institutionen gemacht wurden, in denen sich viele unverstanden und falsch behandelt fühlten, führten zu Projekten, die von Psychiatrieerfahrenen initiiert wurden. Aufgrund von Kritik an den herkömmlichen Angeboten wurde nach Alternativen zu den oft als entmündigend und demoralisierenden empfundenen Hilfeleistungen gesucht. So ist das „Weglaufhaus“ in Berlin als ein antipsychiatrisches Gegenmodell zur traditionellen Psychiatrie entstanden (ebenda S.16). Das Haus bietet im Norden Berlins Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind, die Möglichkeit, sich dem psychiatrischen System zu entziehen und ihr Leben wieder in die eigenen Hände zu nehmen (www.weglaufhaus.de). Im deutschsprachigen Raum ist der Peer-Support noch ein junger Ansatz, sieht man diesen in Vergleich mit anderen Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien, Kanada, den USA, Australien und Neuseeland. Dort ist der Peer-

Support im Rahmen der psychiatrischen Angebote weit verbreitet und stellt einen Brückenschlag durch die Einbeziehung von „Experten durch Erfahrung“ dar. Dieser Ansatz folgt auch der Erkenntnis, dass es einer Neuorientierung in der Psychiatrie bedarf, wie oben beschrieben. Hierzu gehöre, sich mit dem individuellen Sinn psychischer Krisen auseinander zu setzen und die Betroffenen darin zu unterstützen, ihre Identität jenseits psychiatrischer Diagnosen zu erhalten. Hierbei ist das Expertenwissen, das durch die Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung erworben wurde, von zentraler Bedeutung. Eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist ohne Experten durch Erfahrung nicht möglich (ebenda S.16).

4.5.2 Erfahrungen mit Peers

In ersten Studien zu Einsätzen von geschulten und ausgebildeten Peers wurde nachgewiesen, dass es zu einer Reduzierung der Wiederaufnahmen gekommen ist und dass die Betroffenen länger im sozialen Umfeld verbleiben, bevor sie wieder in eine Klinik gehen. Ein großer Nutzen ist jedoch für die Peers selber identifiziert worden, da sie durch die erfahrene Wertschätzung mehr Selbstachtung und -vertrauen entwickeln, wie es in dem Review von Repper und Carter „A review of the literature on peer support in mental health services“ (2011) zu finden ist. Die Genesungsbegleiter, wie sie im deutschsprachigen Raum genannt werden, oder „peer support worker“(PSW), wie sie im englischsprachigen Raum heißen, haben ein exponentielles Wachstum in den vergangenen zehn Jahren erlebt. In Amerika habe sich die Anzahl der Peer geleiteten Gruppen, im Vergleich zu den traditionellen, von den professionellen Mitarbeitern, psychiatrisch geführten Gruppen, verdoppelt. Im Kontrast dazu habe sich die Anstellung der PSWs langsamer entwickelt, was weiterhin mit der negativen Annahme zusammen hänge, dass Menschen mit psychischen Problemen nicht die Fähigkeiten haben, andere zu unterstützen. So wäre es erst durch die Förderung der Recovery-fokussierten Methode in der Psychiatrie dazu gekommen, dass der Wert der Peer-Unterstützung von den gesetzlichen Dienstleistern verstanden wurde (ebenda).

In Studien wird immer wieder deutlich, dass das soziale Umfeld für die Betroffenen eine wichtige Rolle spielt. Bricht während einer Krise dieses auseinander, dann ist oft eine stationäre Aufnahme nicht vermeidbar. Dieses Feld wurde in den letzten Jahren von den Betroffenen genutzt und es entstanden in verschiedenen Städten Einrichtungen, die von ihnen geführt und geleitet werden. In Stuttgart existiert seit dem Jahr 2000 der Verein „Offene Herberge“, in dem Menschen, die selber eine seelische Krise erlebt haben, psychosoziale Hilfen gestalten und Arbeitgeber für Psychiatriefachkräfte sind. Sie

sind auch Träger zweier ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Das Besondere an den Betreuungsteams der Wohngemeinschaften ist, dass Psychiatererfahrene, Bürgerhelfer und psychiatrische Fachkräfte gleichberechtigt zusammenarbeiten. Die Grundidee der „Offenen Herberge“ war, dass Betroffene einen anderen Zugang zu den Problemen seelisch leidender Menschen haben und diesen eine besondere Art der Hilfe zukommen lassen können. Im gleichberechtigten Miteinander mit Fachkräften entstand so eine alternative Hilfeform.

Daraus entwickelte sich der Wunsch, eigene psychosoziale Einrichtungen aufzubauen, die mehrheitlich von Psychiatererfahrenen geführt werden sollten. Der Gedanke war, dass mit entsprechenden Angeboten eine Gruppe von psychisch erkrankten Menschen eine hilfreiche Alternative zu der traditionellen Psychiatrie, wo immer wieder traumatisierende Erfahrungen gemacht werden, erreicht und geholfen werden kann. Zu ihrer Philosophie gehört auch die Überzeugung, dass psychische Erkrankungen in einem größeren, sinnhaften Zusammenhang stehen und Geist, Seele und Körper über sehr große Selbstheilungsmöglichkeiten verfügen. Der Betroffene wird mit seiner jeweiligen Problematik ganzheitlich gesehen, mit seinen Defiziten, aber vor allem mit seinen Fähigkeiten, die immer parallel bestehen bleiben (Höflacher 2013, S.151) An diesem Beispiel wird deutlich, dass es vor der Einführung von Recovery in der deutschen Psychiatrie Projekte gab, die mit dem gleichen Anspruch arbeiteten. In England entstanden in den 1990'er Jahre einzelne Projekte, die durch die aktuelle Versorgungslage in der Psychiatrie nicht zufriedenstellend waren. So entstand in Birmingham, England – **Choice Alternatives for Growth Experience** (Wahlmöglichkeiten und alternativen, die zu Wachstum und Erfahrungen führen), der ein kleiner gemeinnütziger Verein ist. Er wurde gegründet, um eine Kooperation mit den vorhandenen psychiatrischen Diensten und vor allem mit dem Krisen- und Hausbehandlungsteams, den Menschen in Krisen eine Alternative zur stationären Aufnahme zu ermöglichen. Die größte Beachtung bekam der Verein durch die Beschäftigung von Menschen mit Psychiatererfahrung, das zu den Grundlagen aller Aktivitäten von CHANGE gehörte. Es machte deutlich, was alles erreicht werden kann, wenn die Ressourcen von Menschen mit eigener Psychiatererfahrung in der Zusammenarbeit mit Professionellen sowie die Kooperation von staatlichen und freien Trägern genutzt werden. Das Krisenhaus entstand in einer Zeit, in der die Krisen- und Hausbehandlungsteams der gemeindeorientierten psychiatrischen Dienste eine Alternative suchten. Es wurde häufig deutlich, dass die Betroffenen in eine stationäre Behandlung mussten, da das natürliche soziale Unterstützungssystem zu-

sammengebrochen war. Diese Einbeziehung der sozialen Situationen wurde damit zu einem Kernbestandteil der Arbeit. Zudem kam es immer wieder zu Situationen, in denen eine stationäre Behandlung nicht notwendig erschien, ein Verbleib in der eigenen Wohnung aber ebenfalls nicht möglich war. So wurde in der Folgezeit die Arbeit mit alternativen Anlaufstellen ausgebaut. Das Haus war keine medizinische Einrichtung, diese Arbeit wurde weiter von den professionellen Krisenteams geleistet. Psychiatrieerfahrene leiteten das Haus, wobei die persönlichen Erfahrungen Ausgangspunkte für die Organisation, die täglichen Abläufe, die räumliche Aufteilung und die Ausstattung waren sowie für die Unterstützungsangebote und für die Nutzer (Morris, Brayshaw 2013, S.194).

Während der zehn Jahre, die das Krisenhaus existierte, waren die beiden Leiterinnen psychiatrieeerfahren. Ihr Kompetenzbereich wurde mit der Zeit erweitert und in Zeiten, in denen Konflikte mit dem Vereinsvorstand zu klären waren, wurden sie nie eingeschränkt. Durch ihre kreativen und einfallsreichen Ideen zur Gestaltung des Hauses, wurde schon bei dem ersten Eindruck deutlich, dass es keine gewöhnliche Kriseneinrichtung war. Die Gäste wurden ermuntert, persönliche Gegenstände mitzubringen und sich an der Gestaltung der Räume zu beteiligen. Es gab kein spezielles Aktivitätsprogramm, aber es konnte mit den Mitarbeitern gesprochen werden und es gab die Möglichkeiten der Hausdiskussionen und die gemeinsame Aufgabe, das Haus in Ordnung zu halten. Der Schwerpunkt lag auf dem Miteinander, es gab nicht „die und wir“ und die Familienangehörigen wurden so viel wie möglich miteinbezogen (ebenda S.197) Für neue Mitarbeiter gab es ein einführendes Qualifizierungsprogramm, daneben wurden regelmäßige Fortbildungen für alle angeboten und zusätzliche Team- und Einzelsupervision durch einen externen Supervisor. Die Anzahl der Mitarbeiter stieg von zwei auf fünfzehn und führte damit zu einer großen Herausforderung in Bezug auf die Zusammenarbeit und die Kommunikation sowohl innerhalb des Teams als auch für CHANGE als Arbeitgeber. In der weiteren Entwicklung waren die Veröffentlichungen aus der Selbsthilfebewegung, insbesondere zu dem Thema Recovery, die Anknüpfungspunkte für die Mitarbeiter und ihre Arbeit. In der Praxis bedeutete das für die Häuser einerseits, die Gäste und deren Wohlbefinden und die Erholung in den Mittelpunkt zu stellen und andererseits sie durch einen ressourcenorientierten Ansatz dazu zu befähigen, einen neuen Umgang mit belastenden Herausforderungen und Gefühlen zu entwickeln (ebenda S.199). Das Krisenhaus ist ein Beispiel dafür, wie traditionelle und von Psychiatrieerfahrenen geleitete Dienste kooperieren und sich beeinflussen können. Die

Arbeit von CHANGE entwickelt sich weiter und ihre Aufgaben verändern sich, aber der Grundgedanke ist nie verändert worden und macht deutlich, wie Recovery in einem Unternehmen gelebt und praktiziert werden kann.

So gibt es aus dem In- und Ausland viele Beispiele aus der Allgemeinpsychiatrie, doch zu den forensischen Fachkliniken und den Einsatz von Peers, wie es in der Forschungsfrage formuliert wurde, fanden sich in der Recherche nur eine Studie und eine Masterarbeit aus Kanada, die nachfolgend vorgestellt werden sollen.

5 Ergebnisse

Zur Peer-Arbeit im Maßregelvollzug gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt nur wenig wissenschaftliche Literatur. Im deutschen Sprachraum konnte zu dem Thema nichts eruiert werden, sodass die Studien aus Kanada näher beleuchtet werden sollen.

Im Schneeballsystem wurde die Autorin auf ein Interview im Internet aufmerksam, das auf der Internetseite von ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change, <http://www.imroc.org>) zu finden ist. In drei kurzen Filmen berichtet ein forensischer Patient über seine Erfahrungen mit Peers (Making Recovery a Reality in Forensic Settings). ImROC ist eine gemeinsame Initiative des Centre for Mental Health und des Mental Health Network NHS Confederation in England, die sich im Jahr 2011 zusammengeschlossen haben, um das nationale Recovery-Unterstützungsprogramm zu leiten. Auf den Seiten finden sich viele Informationen, Veranstaltungen, Publikationen und Aktivitäten zum Thema Recovery und psychische Gesundheit und zur Implementierung von Recovery in forensischen Settings.

5.1 Vorstellung der Studie

Supporting Recovery by Improving Patient Engagement in a Forensic Mental Health Hospital: Results From a Demonstration Project

(Übersetzung durch die Autorin)

Die Studie wurde von Livingston, Nijdam-Jones, Lapsley, Calderwood und Brink in einer forensischen Klinik in Kanada durchgeführt. Die durchschnittliche tägliche Patientenzahl betrug 172 bei einer Größe von 190 Betten. Es wurde ein naturalistisches, prospektives, longitudinales Studiendesign gewählt, um die Intervention eines 19 monatigen Patientenengagements und deren Einfluss bewerten zu können. Die Patienten wurden dazu in einem wiederholenden Interview befragt, das zu Beginn mit der Baseline (T1) dokumentiert wurde und bei der zweiten Befragung mit dem Follow-up (T2). Gleich-

zeitig wurde zum Vergleich eine aufeinanderfolgende unabhängige Stichprobe mit zwei Gruppen von Mitarbeitern in der forensischen Klinik anhand eines Fragebogens befragt. Die Intervention enthielt drei Komponenten:

- a) Implementierung einer Auswahl verschiedener Strategien von Patientenengagements in einem forensischen Krankenhaus,
- b) Bewertung, inwieweit die Strategien die Erfahrungen in der Pflege zu verbessern sind und
- c) Evaluierung, ob die Strategien ein produktives und positives Ergebnis für die Patienten und für das Gesundheitssystem sind.

Die besonderen Komponenten waren die Implementierung eines Peer-Unterstützung-Programms, eines Patienten-Beratungs-Komitees und eines Patienten-Forschungs-Teams. Der Beginn der Studie war Anfang 2011, die Evaluation erfolgte nach 19 Monaten. Die Zielgruppe waren Patienten, die nach dem Gesetz schuldunfähig – „Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder“ – nicht freiwillig untergebracht waren und eine Behandlung erhielten. Die Teilnahme an der Studie und die damit verbundenen Angebote war eine freiwillige Entscheidung der Patienten.

Das **Peer-Support-Programm** wurde von einem Peer-Support-Worker (PSW), der sich in Recovery von einer psychischen Erkrankung und Substanzmissbrauch befand und eine Beratungsausbildung durchlaufen hatte, angeboten. Er wurde angestellt, um wöchentliche Gruppenstunden und Einzelgespräche (5-30Minuten) zu führen. Ihm wurde der Raum und die Zeit zur Verfügung gestellt, in seiner beratenden Tätigkeit eine vertrauensvolle und sichere Atmosphäre aufzubauen. Er berichtete aus seinen Leben und ließ sie an seinen Erfahrungen teilhaben. Dadurch konnte Vertrauen und Offenheit unter den Teilnehmern im gegenseitigen Austausch gefördert werden. Er war täglich erreichbar. Darüber hinaus unterschied sich der PSW auch in seinem Status als Behandler hierarchisch nicht von den anderen Patienten und erfüllte eine Art Modellfunktion. Innerhalb des Evaluierungszeitraumes wurden 127 Gruppenstunden bei Männern und Frauen durchgeführt. Ein durchschnittlicher Erscheinungswert waren 6.28 Patienten (SD = 1.73, MIN = 4, MAX = 12) in der Männergruppe und 3.42 Patienten (SD = 1.33; MIN = 1, MAX = 8) in der Frauengruppe. Es waren 101 Patienten, die an Einzelgespräche teilgenommen haben, mit einem Durchschnittswert von 6.31 Einzelsitzungen (SD = 7.07, MIN = 1, MAX = 46).

Das **Patienten-Beratungs-Komitee (Patient Advisory Committee PAC)** war die Auffrischung eines vorhandenen Komitees, welches seit mehreren Jahren existierte. Es bestand aus Patientenvertretern und Mitarbeitern der Klinik, die sich monatlich tra-

fen und über übergeordnete Krankenhaus-Angelegenheiten sprachen. Obwohl es das Komitee schon mehrere Jahre gab, bevor der Begriff des Patientenengagements überhaupt verwendet wurde, hatte das Interesse der Patienten abgenommen. Die Treffen fanden unregelmäßig statt und es bestanden keine Verbindungen zum Senior-Management. Die neue Gruppe wurde mit folgenden Verbesserungen umgestaltet:

- a) Sicherstellung der Teilnahme von Mitarbeitern aus dem Management an den monatlichen Treffen, sodass das Feedback der Patienten gehört und beachtet wird, das sie zu den organisatorischen Abläufen und anderen Begebenheiten gaben.
- b) Unterstützung der Mitarbeiter, die das Patientenengagement als sehr wichtig ansehen und dieses so auch vertreten und ihnen zusätzliche Hilfen für das Komitee bereitstellen.
- c) Entwicklung und Sicherstellung einer starken und gemischten Patientenrepräsentation im PAC.
- d) Festlegen von regelmäßigen Treffen zwischen den PAC Chair (Patienten) und den Vize-Präsidenten für medizinische Angelegenheiten.
- e) Etablierte Positionen für den PAC Chair in dem betriebswirtschaftlichen Komitee der forensischen Klinik festlegen.
- f) Die Kommunikation zwischen dem PAC und den neun Vertretern der Stationen in der Klinik stärken, insbesondere die fünf hoch gesicherten Stationen, auf denen 98 Patienten untergebracht sind.

Während des Evaluierungszeitraumes fanden 18 PAC-Treffen statt, an denen die Patiententeilnahme durchschnittlich 7.78 betrug (SD = 1.31, MIN = 5, MAX = 11). Das PAC hat sich zu einem wichtigen Ort für Patientenengagement entwickelt, in dem Entscheidungen für die gesamte forensische Klinik getroffen wurden. Dieses kann auf die verbesserte Beteiligung der Patienten zurückgeführt werden. Zum Beispiel erreichte das PAC, dass es am Morgen wieder Bohnenkaffee zum Frühstück gab. Dieses war über mehrere Jahre verboten gewesen, da die Mitarbeiter Koffein-Abusus befürchteten. Zusätzlich konnte eine Verlängerung der „Licht aus“ Regel für Wochenenden und Feiertage erreicht werden.

Das **Peer-Forschung-Team (PEER = Patient Empowered and Engaged as Researchers)** arbeitete mit einem partizipativen Aktionsforschung-Ansatz. Die Leitung des Teams hatte ein Patient. Das Team setzte sich zusammen aus Peer-Forschern, die mit einer psychischen Erkrankung lebten und die als nicht schuldfähige Patienten in einem forensischen Krankenhaus untergebracht waren. Der Prozess startete mit acht Patienten, von denen am Ende der Studie sechs noch weiterhin untergebracht waren. Eine Person

schied am Anfang aus, da es nicht ihren Vorstellungen und Interessen entsprach. Eine zweite Person schied aus, da sie sich mehr auf ihre Entlassung und die damit verbundenen Verpflichtungen, wie Arbeit, vorbereitete. Zusammen mit akademischen Forschern gab sich die Gruppe den Namen PEER. Sie planten, konstruierten und führten eine Studie durch, die sich mit dem Thema der Behandlungsplanung beschäftigte, welches durch ihre eigene Erfahrung mit der Pflege im forensischen Setting als ein kritisches Thema gesehen wurde. Es fanden 55 PEER Team-Treffen während der Zeit der Studie statt, mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 6.10 Patienten (SD = 0.00, MIN = 3, MAX = 8).

Die **Auswahl der Studienteilnehmer** unterlag folgenden Kriterien:

Die Patienten sollten mindestens

- a) 19 Jahre alt sein,
- b) Englisch sprechen,
- c) mindestens einen Monat in der Klinik behandelt worden sein,
- d) nach Ansicht des behandelnden Therapeuten in der Lage sein, an der Studie teilzunehmen.

Nötig war also die ausreichende kognitive Aufnahmefähigkeit, um die Forschungsfragen und informed consent zu verstehen und keine Gefahr für das Personal darzustellen. 30% von den geeigneten Patienten nahmen an der Studie teil. 30 Patienten hatten sich für das Baseline-Interview (T1) eingetragen, von denen 83.3% (n=25) an dem Follow-up (T2) Interview teilnahmen. In der Analyse fanden nur die 25 Teilnehmer Berücksichtigung, die an beiden Interviews teilgenommen hatten. Der männliche Anteil lag bei 80% und war mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer anderen psychotischen Störung sowie einen Substanzmissbrauch in der Vergangenheit diagnostiziert. Das Durchschnittsalter betrug 42 Jahre. Die mittlere Verweildauer im forensischen Krankenhaus lag bei 23 Monaten.

Die Mitarbeiter konnten an der Evaluations-Studie teilnehmen, mit der Voraussetzung, dass sie in einer therapeutischen Funktion für mindestens sechs Monate in der Klinik tätig waren. 28 Teilnehmer vom Personal nahmen am Baseline-Interview (T1) teil und 22 an dem ein Jahr später folgenden Follow-up (T2). Über die Hälfte der Teilnehmer waren Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 44 Jahren. Es war eine sehr gemischte, mit allen Berufsgruppen vertretene Auswahl, einschließlich Pflegende, Ergotherapeuten, Berater, Psychiater und Sozialarbeiter.

Die **Sammlung der Daten der Patienten** erfolgte anhand von halbstrukturierten Interviews, die in einem ruhigen privaten Raum durchgeführt wurden. Die Dauer betrug bis zu 60 Minuten. Baseline-Interviews (T1) wurden zu Beginn der Teilnahme, an denen sich die Patienten bei dem Interventionsprogramm engagierten (zwischen Mai und Juli 2011), geführt und das Follow-up Interview (T2) erfolgte nach einer durchschnittlichen Zeit von 8.44 Monaten (SD = 1.53) später. Ein neunmonatiger Zeitraum war gewählt worden, um zu verhindern, dass Daten nicht verwendet werden könnten, die durch Entlassungen von Patienten entstehen. Die Interviews enthielten standardisierte quantitative Messinstrumente.

Im T2 wurden die Patienten zusätzlich zu den Verbesserungen, die sie bewerten sollten befragt. Dazu gehörten verschiedene Themen, wie die Bewertung der Wahlmöglichkeiten des Patienten, die Einbeziehung des Patienten in seine Pflege, Unterstützung des eigenen Krankheitsmanagements und den Feedback-Möglichkeiten des Patienten. Hinzu kamen noch offene Fragen mit Bezug auf die drei Interventionskomponenten (Peer-Support, PAC und Team PEER). Die Interviews wurden mittels Tonaufzeichnung festgehalten und transkribiert. Die Patienten erhielten für ihre Teilnahme \$10 für jedes Interview.

Die **Mitarbeiterbefragung** erfolgte über anonymisierte Fragebögen. Die Baseline-Befragung (T1) wurde zu Beginn des Patientenengagement (Mai-Juli 2011) durchgeführt und die zweite Befragung (T2) erfolgte ein Jahr später (Mai-Juli 2012). Der Fragebogen enthielt standardisierte quantitative Messinstrumente für Recovery-orientierte Pflege und das therapeutische Milieu. Bei der T2 Befragung wurden die Mitarbeiter aufgefordert, die Veränderungen zu bewerten, die sie beobachtet hatten, die auf die Teilnahme der Patienten an dem Programm zurückzuführen sein könnten. Zusätzlich beantworteten die Mitarbeiter offene Fragen zu den Interventionskomponenten und ob sie Verbesserungen im Krankenhaus wahrgenommen hätten, die auf die Erfahrungen der Patienten, die an der Studie teilgenommen hatten, zu schließen seien. Die Teilnehmer an der Befragung konnten zur Belohnung an einer Verlosung teilnehmen. Der Gewinn war Literatur zu Recovery und Patientenzentrierte Pflege.

Durch die begrenzte vorhandene Literatur wurde die Hypothese erhoben, dass Patientenbeteiligung und Interventionen eine Reduzierung bei der persönlichen Stigmatisierung bringen würde und gleichzeitig die persönliche Gesundheit, Empowerment und Beteiligung an den Dienstleistungen mit Patienten verbessern würde.

Als **Messinstrumente** dienten verschiedene Testverfahren die nachfolgend kurz aufgeführt werden:

- a) der Mental Health Recovery Measure (MHRM) Test: Er besteht aus 30 Items zu der persönlichen Recovery
- b) die Singh O'Brien Level of Engagement Scale (SOLES) deren 16 Items das Engagement in psychiatrischen Dienstleistungen abfragt
- c) die Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) deren 29 Items Aspekte zu Diskriminierungserfahrungen beinhalten wie Entfremdung, sozialen Rückzug und Widerstand zur Stigmatisierung
- d) die Making Decisions Empowerment Scale (MDES) deren 28 Items in fünf Bereiche eingeteilt werden, wie das Selbstwertgefühl, die Macht/Ohnmacht, Aktivitäten in der Gemeinschaft, Optimismus
- e) Die Recovery Self Assessment Scale (RSA), in der 32 Items in fünf Bereiche eingeteilt sind zu denen Lebensziele, Dienstleistungs-Beteiligungen, unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten, Wahlmöglichkeiten und individuell zugeschnittene Dienstleistungen gehören. Die Patienten erhielten die Ausfertigung für „Personen in Recovery“ und das Personal erhielt die „Versorger“-Ausführung.
- f) Das therapeutische Milieu wurde mit der Essen Climate Evaluation Scale (EssenCES) abgefragt. Dieser Fragebogen ist für das Klientel in forensischen Kliniken entworfen worden und beinhaltet 15 Items die sich auf das Stationsklima, Sicherheit, therapeutischen Halt und Patientenzusammenhalt beziehen. Diese wurde ebenfalls Patienten und Personal vorgelegt.

Die **Ergebnisse in Bezug auf die Patienten zu der persönlichen Recovery** zeigten keine signifikanten Auswirkungen bei den Teilnehmern. Eine Ausnahme waren die Besuche der Peer-Support-Gruppe, die angaben, eine positive Auswirkung in ihrer persönlichen Recovery wahrgenommen zu haben. Bei den Ergebnissen zu den Dienstleistungen fanden sich keine signifikanten Ergebnisse in den verschiedenen Stufen des Services. Ebenso fanden sich keine signifikanten Auswirkungen bei der verinnerlichten Stigmatisierung. Eine Ausnahme bildeten die Patienten, die an der Peer-Support-Gruppe teilgenommen und die Einzelkontakte mit dem PSW hatten. Deren Ergebnis zeigte eine leichte Reduzierung für ihre persönliche Stigmatisierung. Für das persönliche Empowerment fand sich ebenfalls kein signifikanter Effekt in den verschiedenen Stufen der Skala. In den Ergebnissen zu den Strukturbereichen wurden insgesamt keine wesentlichen Auswirkungen gefunden. Zum therapeutischen Milieu fanden sich keine

signifikanten Auswirkungen. Zu den wahrgenommenen Veränderungen werden die quantitativen Ergebnisse angegeben. Die Mehrheit der Patienten bemerkten „irgend-einen“ Fortschritt während der Dauer der Studie im Hinblick auf das Patientenengagement in der forensischen Klinik. Die größte Verbesserung wurde in Bezug auf die Mitbestimmung und die Wertschätzung bei der Behandlung beobachtet, die in dem Jahresverlauf als „mäßige“ oder „extreme“ Verbesserung wahrgenommen wurde. Die geringste Verbesserung wurde in den Bereichen der Edukation, der Unterstützung in der Eigenverantwortung und Krankheitseinsicht sowie in der Möglichkeit regelmäßig Feedback zu den Dienstleistungen zu geben, wahrgenommen.

Verbesserungen wurden bei den Teilnehmern der PAC wahrgenommen, die größer waren, als bei denen, die nicht daran teilgenommen hatten. Ein ähnliches Ergebnis wurde bei den Personen gefunden, die an der Peer-Support-Gruppe teilgenommen oder nicht teilgenommen hatten. Die Patienten, die mehr als fünf Sitzungen erhalten hatten, haben eine größere Verbesserung im Bereich der Dienstleistungen wahrgenommen und die Möglichkeit genutzt, Probleme anzusprechen, Fragen zu stellen und Sorgen in Bezug auf die Unterbringung zu benennen.

Die qualitativen Ergebnisse ergeben zusammengefasst aus der Sicht der Patienten, dass der Peer-Support wirkungsvoll war. Indem sie ein positives Vorbild sahen, fanden sie zu mehr Offenheit und empfingen emotionale Unterstützung, die ihnen Hoffnung und Zuversicht gab.

In der Diskussion wird aufgezeigt, dass es sinnvoll ist, stationäre forensische Patienten anzuregen, sich bei den verschiedenen Aktivitäten zu beteiligen. Das betrifft Aktivitäten wie Peer-Unterstützung, Peer-Forschung und Patientenberatung. Um diese Bereiche in einer forensischen Klinik zu implementieren war eine sorgfältige Planung notwendig und eine fortlaufende Problemlösung, die durch ein Team, das aus Seniorleitungen und anderen Mitarbeitern in unterschiedlichen Positionen bestand, möglich war. Eine Erfahrung, die die Durchführenden als wichtig ansahen, war, ausreichend Personal als Ressource zu haben, um die Unterstützung in den unterschiedlichen Bereichen der Interventionen zu gewährleisten. Obwohl die Ergebnisse nur wenige signifikante positive Veränderungen bei den Messinstrumenten aufzeigten, haben die Interventionen Verbesserungen in der Pflege für die Patienten gebracht. Die Patienten erleben mehr Respekt und Wertschätzung im Bereich der Behandlung und sie schätzen, dass sie Wahlmöglichkeiten haben und bei den Dienstleistungen einbezogen werden. Ein wichtiger Aspekt für die Patienten war die Erfahrung, dass Gefühle von Hoffnung

und Empowerment aufkamen und eine Art von Kameradschaft. Diese Aussagen machen deutlich, dass die Interventionen einen wichtigen Einfluss hatten, der nicht in der qualitativen Auswertung Berücksichtigung fanden.

Die Studie kam zu den gleichen Ergebnissen, welche in den vorhandenen Forschungen mit dem Thema Peer-Unterstützungen aufgezeigt werden. Peer-Support bringt Verbesserungen in Zusammenhang mit Recovery-bezogenen Ergebnissen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Studie brachte neue Fragen zum persönlichen Empowerment und den wahrgenommenen Recovery-orientierten Serviceleistungen auf. Um eine bessere Aussagekraft zu haben, sind weitere Studien nötig, insbesondere im forensischen Setting. So sollten auch andere Möglichkeiten überprüft werden, die einen positiven Einfluss auf Stigmatisierung und die persönliche Recovery haben könnten. Weitere Forschung ist notwendig im Bereich der praktischen Beratung für die Anbieter der Dienstleistungen im Gesundheitssektor und Informationen zur Entwicklung von evidence-basierten Engagement Strategien. Livingston et al. kamen zu der Feststellung, dass die größte Herausforderung die Ausbildung und die Einbeziehung des Personals, insbesondere der Basis-Pflegekräfte, sei, um die Einstellung und die Bedeutung zu Recovery-orientierter Pflege und Patientenengagement umzusetzen. In forensischen Einrichtungen, wo gefährliche Situationen auftreten und Vorsicht und Wachsamkeit zur täglichen Arbeit zählen, mag sich das Personal schwerer auf Patientenpartizipation einlassen. Hierzu ist weitere Forschung notwendig, um besser verstehen zu können, welchen Einfluss Patientenengagement auf die Sicherheit in forensischen und anderen psychiatrischen Kontext hat. Die Schlussfolgerung ist jedoch, dass Patienten in gesicherten forensischen Kliniken in der Peer-Forschung, in Peer-Unterstützung und in der Patientenberatung eingesetzt werden können. Es sehe so aus, dass Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung leben und in ihrer Freiheit eingeschränkt sind, auf die Möglichkeit, mehr bei der eigenen Behandlung mitzuwirken, positiv reagieren. Patienten zu ermutigen, bei der Gestaltung, Ausführung und Evaluation der Leistungen in einem Krankenhaus mitzuwirken, könnte die Erfahrungen mit der Pflege verbessern. Weitere Forschung in diesem Bereich ist notwendig, um den Bedarf an der Menge, den Bereichen und die Wirkung von Patientenengagement in Bezug auf die Auswirkungen im forensischen System zu ermitteln.

5.2 Weitere Erkenntnisse

In einer zweiten kanadischen Studie, die als Masterarbeit von Frau Nijdam-Jones im Sommer 2012 mit dem Titel „Patient Narratives: Understanding „Recovery“ and Social

Bonding Theory in a Forensic Mental Health Hospital“ durchgeführt wurde, können die o. a. Ergebnisse wiedergefunden werden. Nijdam-Jones führte eine qualitative Studie mit halbstrukturierten Interviews und offenen Fragen durch, an der 30 Patienten teilnahmen. Die Voraussetzungen für die Teilnahme der Patienten sind identisch mit der vorab beschriebenen Studie. Das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. In dieser Studie wurden die Erfahrungen der Patienten und ihrem Verständnis von Recovery und der Social Bond Theory in einem forensischen Krankenhaus untersucht. In diesem Zusammenhang fand die Arbeit mit Peers einen wichtigen Aspekt, der in den Interviews immer wieder Erwähnung fand. So wurde die Unterstützung von Peers und auch vom Personal hervorgehoben und als wichtig bewertet. Hoffnung und Aufmunterung unterstütze den persönlichen Recovery-Prozess von der Erkrankung und helfe einen Umgang mit der Bearbeitung des Deliktes zu finden. In einer stationären Atmosphäre in der dazugehöre, fürsorglich zu pflegen und einen respektvollen Umgang zu praktizieren, könne das Selbstwertgefühl aufgebaut werden. Das forensische Setting habe einen Einfluss auf die Patienten und wie sie Recovery definieren. Für die Patienten habe eine „sichere“ Wiedereingliederung in die Gesellschaft und eine Rückkehr zum „normalen“ Verhalten einen hohen Stellenwert. Eine weitere Feststellung war dabei, dass in der forensischen Psychiatrie die Abstinenz von Alkohol und Drogen mehr betont werde, als in der Allgemeinpsychiatrie (Nijdam-Jones S.110).

Drennan und Alred schreiben in ihrem Buch „Secure Recovery“ über die Möglichkeiten Recovery-orientiert in forensischen gesicherten Krankenhäusern zu arbeiten. Sie zeigen die Veränderungen auf, die durch die Recovery-Politik im Gesundheitswesen des National Health System (NHS) in den letzten Jahren erfolgt ist. So wird in dem Zusammenhang auch der Einsatz von Peers beschrieben, die in den verschiedenen Ebenen des Systems vertreten sein sollten. Im Jahr 2003 wurde von der Regierung eine Kommission gegründet, die für Patienten und Bürgerbeteiligungen im Gesundheitswesen zuständig sein soll. Diese Kommission soll an Entscheidungen mitwirken, um die Arbeit von Dienstleistern im psychiatrischen Sektor zu verändern. Seit 1999 sicherte das National Service Framework for Mental Health den Betroffenen eine Beteiligung an Entscheidungen zu, da zu der Zeit schon die Wichtigkeit gesehen wurde, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Daraufhin wurden die Dienstleistungen modernisiert und es kam zu großen Veränderungen. Weiterhin ist es dennoch eine große Herausforderung für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die Betroffenen mit einzubeziehen. Die Partizipation von Betroffenen in ihrer Behandlung bedeute mehr, als nur die Unterschrift auf

einem Behandlungsplan. Es bedeutet eine kulturelle Veränderung für die in der Psychiatrie-Beschäftigten auf allen Ebenen.

Der Einsatz von Peers in Entwicklung, Planung und organisatorischen Angelegenheiten im Bereich der Entscheidungsträger, führe zu Veränderungen von Konzepten und eröffne neue Möglichkeiten. Die Betroffenen in der Forschung mit einzubeziehen, würde die Qualität der Dienstleistungen insgesamt verändern. Im betrieblichen Bereich stelle der Einsatz von Peers, speziell in der Forensik, eine große Herausforderung dar, da es Mitarbeiter gebe, die die Unterbringung eher als Haft ansehen und Recovery dadurch nicht ermöglichen. Erste Erfahrungen wurden in Ravenswood House im forensischen Setting mit Recovery gemacht, die eine deutliche Verbesserung aufzeigten, nachdem Betroffene mit einbezogen wurden. Die Patienten profitieren von der Recovery-orientierten Haltung. Sie bemerken, dass ihnen mehr Wertschätzung entgegen gebracht wird und entwickelten dadurch mehr Selbstvertrauen. Anhand der veränderten Durchführungsabläufe bei der Behandlungsplanung, wo jetzt der Patient von Anfang an dabei ist und nicht erst zum Ende dazu geholt wird, ist ein positives Beispiel und wurde von den Patienten so angegeben (Browser 2012).

6 Diskussion

In dieser Literasturstudie sollte herausgearbeitet werden, ob die Mitarbeit von Betroffenen Auswirkungen auf Patienten in forensischen Settings haben könnte. Denn die Patienten, die im Maßregelvollzug viele Jahre in verschiedenen Einrichtungen, zuerst in hochgesicherten und daran anschließend häufig in allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern, leben sind besonderen Anforderungen ausgesetzt. Sie haben eine rechtswidrige Tat in einem Zustand der Schuldunfähigkeit (§20 StGB), oder der verminderten Schuldunfähigkeit (§21 StGB) begangen, da sie aufgrund einer seelischen Krankheit die Tat nicht als Unrecht ansehen konnten.

Diese Kombination von Täter und Krankheit wirkt sich auf die Person aus. Viele werden erst durch die lange Zwangsunterbringung im Maßregelvollzug dazu motiviert, an Therapien teilzunehmen (Kolbe 2013). Gleichzeitig ist gerade die lange Verweildauer, die in den vergangenen Jahrzehnten erheblich angestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2014) auf der anderen Seite ein Grund, dass viele Patienten wenige Fortschritte machen und unmotiviert werden, da sie keine ausreichende und sinnvolle Beschäftigung im Krankenhausalltag erfahren (Nijdam-Jones 2012, S.110). In der Allgemeinpsychiatrie sind die Bettenzahlen und die Aufenthaltsdauer drastisch gesunken und es wird

seit mehreren Jahren mit dem Recovery-Konzept gearbeitet. Dazu fanden sich viele Studien und ebenfalls auch zu der Einbeziehung und Mitarbeit von Peers in psychiatrischen Kliniken und Diensten. Die positiven Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf das Erleben und die dadurch veränderte Einstellung zur Krankheit und dem Leben der Patienten. Die Wertschätzung und Anerkennung, die sie erfahren sind dabei die stützenden Faktoren. Das bessere Verstehen ihrer Symptome hilft ihnen den Aufenthalt in ihrem sozialen Umfeld zu verlängern und seltener einen stationären Aufenthalt in Anspruch zu nehmen.

Für Patienten und Mitarbeiter in forensischen Einrichtungen ist die Peer-Arbeit eine zusätzliche Herausforderung, denn die Sicherheitsaspekte und die Deliktbearbeitung müssen Berücksichtigung finden. Somit wird in Frage gestellt, ob es in den häufig sehr restriktiven Strukturen der Stationen möglich ist, Recovery-orientiert zu arbeiten und Peers einzusetzen. Denn Recovery ist kein Modell oder eine Technik oder eine neue Art von Therapie – die Dienstleister können keinen „recovern“ – sie können nur die Möglichkeiten und die Voraussetzungen für Unterstützung vorhalten und schaffen (Roberts 2011). Aber können in dieser Umgebung die Elemente wie Hoffnung, Eigenverantwortung und Mitbestimmung umgesetzt werden (ebenda).

Für die Mitarbeit von Peers in forensischen Einrichtungen und auf den verschiedenen Ebenen der Organisation stellen sich weitere Forschungsfragen. Repper und Carter haben in ihrem Review keine Unterschiede in den Ergebnissen von professionellen und von Peers geführten Dienstleistungen gefunden. Da aber bisher kaum Literatur vorhanden ist, sind sie zu dem Schluss gekommen, dass bei einer größeren Menge von Daten andere Ergebnisse gefunden werden könnten.

Peers seien eher in der Lage, die Hoffnung zu fördern und haben mehr Vertrauen in die Möglichkeiten des Recovery-Prozesses als professionelle Mitarbeiter. Die Arbeit als Peer fördere eigenes Selbstvertrauen und erhöhe die Chance auf eine weitere Anstellung und kontinuierliche Recovery. Fragen werden aufgeworfen zu den Grenzen von Peer-Arbeit und auch zu den Belastungen, die Peers erleben und den Folgen, die daraus entstehen könnten (Repper, Carter 2011).

In der ersten kanadischen Studie mit Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem zur Implementierung von Recovery wurde herausgefunden, dass häufig nur die Begriffe von Recovery benutzt würden und dass viele Anbieter von psychiatrischen Dienstleistungen nicht wirklich die Vision übernehmen und umsetzen. Es wurde als Überraschung gesehen, dass die Führungskräfte Recovery nicht mit einem Kranken-

haus-Setting in Verbindung bringen. Die andere erstaunliche Feststellung sei, dass sich die Führungskräfte nicht als diejenigen sehen, die das System verändern könnten (Piat, Sabetti, Bloom 2010). Diese Erkenntnisse weisen auf die Schwierigkeiten einer Veränderung in den oberen Bereichen des Systems hin. In Großbritannien sieht die Einbeziehung von Betroffenen durch das Nationale Gesundheitssystem (NHS) anders aus. Dort sind Peers in der Forschung erwünscht. In Schottland gibt es seit 2004 das Schottische Recovery Netzwerk (SRN), deren Mitarbeiter der Überzeugung sind, dass Recovery ein Thema ist, das jeden angeht. Ihr Anliegen ist es, mit Gemeinden und verschiedenen Interessengruppen, Betroffenen, Freunden, Angehörigen, Professionellen und verschiedenen Einrichtungen zusammenzuarbeiten und eine breite Öffentlichkeit zu erreichen (Amering, Schmolke 2012, S.37).

So zeigen die positiven Entwicklungen in der Allgemeinpsychiatrie, die durch das Recovery-orientierte Arbeiten entstanden sind, dass Veränderungen weg vom traditionellen paternalistischen Handeln hin zum partizipatorischen Miteinander die richtigen Schritte sind, um Benachteiligungen bei psychisch erkrankten Menschen zu reduzieren. Im forensischen Bereich sind bis zum heutigen Zeitpunkt nur einzelne Kliniken zu finden, die das Neue wagen und Peer-Arbeit implementieren. Der Sicherheitsaspekt scheint für viele Mitarbeiter ein Hemmnis zu sein. Dass Peers im forensischen Setting die Zukunft der Patienten positiv verändern könnten, zeigen die ersten Studien. Die Auswirkungen auf lange Sicht im ökonomischen, politischen und individuellen Bereich bedarf der weiteren Forschung.

7 Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurde erstmalig die Arbeit mit Peers im forensischen Setting beschrieben. Da es im deutschen Sprachraum noch keine Erfahrungen und Forschungsergebnisse gibt, wurde auf internationale Erfahrungen zurückgegriffen. In dem Zusammenhang wurde deutlich, dass auch die politischen Voraussetzungen verändert werden müssen. In Großbritannien haben die Verantwortlichen und Gesetzgeber des nationalen Gesundheitssystems die UN-Behindertenrechtskonvention von 2008 anscheinend im Alltag integriert, denn sie haben Strategien mit Recovery-Orientierung für die Arbeit im Mental Health Sektor entwickelt, die in den verschiedenen Bereichen und Hierarchien-Stufen eine Betroffenenbeteiligung ermöglicht.

Im deutschen Gesundheitssystem sind die Strukturen anders. So gibt es vereinzelte Projekte in der Allgemeinpsychiatrie in verschiedenen Bundesländern, doch im

Maßregelvollzug ist die Recovery-orientierte Behandlung noch nicht angekommen. Hier bedarf es einer großen Anstrengung, denn es reicht nicht aus, nur das Pflegepersonal weiterzubilden und die Organisation verändert sich selber nicht. Recovery muss das gesamte System einschließen und das ist im Maßregelvollzug mit den unterschiedlichen Beteiligten eine besondere Aufgabe.

Wie die Studien zeigen, sind die Pflegenden für die Zeit der Unterbringung wichtige Bezugspersonen, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann und die dann auch die Hoffnung, die in der gesicherten Einrichtung nicht leicht zu entwickeln ist, fördern können. Sie sind das soziale Umfeld in der Klinik (Nijdam-Jones 2012). Peers könnten den Patienten gerade hier die Hoffnung, die zu Veränderung führt, durch ihre Präsenz fördern. Es ist eine Herausforderung, sich in forensischen Settings mit Recovery und den dazugehörigen Modifikationen auseinander zu setzen. Die angloamerikanischen Länder haben durch die Förderung der Peers, die dort schon viel früher stattgefunden hat und zu einer „Professionalisierung“ der Peer-Arbeit führte, einen Vorsprung im holistischen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Die neue Art mit dem Patienten auf Augenhöhe zu kommunizieren und ihn als den Experten für seine Lebensgeschichte zu sehen, erfordert im forensischen Setting eine Auseinandersetzung mit den Werten und Zielen der Behandlung und der Sicherung. Die positiven Auswirkungen für die Patienten und die damit zusammenhängenden Folgen auf das System und die Gesellschaft sind zukünftige Forschungsfragen, die in der Grundlagen- und Anwendungsforschung bearbeitet werden müssen.

Aus Sicht der Autorin werden noch einige Jahre vergehen, da hier in Deutschland in den letzten Jahren die Sicherheit in den Mittelpunkt gerückt ist und der Mensch und sein Anspruch auf Würde und Freiheit und Teilhabe an der Gesellschaft im Maßregelvollzug kaum mehr Berücksichtigung findet. Der wirtschaftliche Faktor im Maßregelvollzug darf hierbei nicht unterschätzt werden.

Aus pflegerischer Sicht ist die Einbeziehung von Peers eine positive und sinnvolle Ergänzung und sollte für die Zukunft angestrebt werden. Die Rekrutierung von Peers im forensischen Bereich ist dabei ebenfalls eine große Herausforderung.

Literaturverzeichnis

Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2012) *Recovery-Das Ende der Unheilbarkeit* (5.Auflage) Bonn: Psychiatrie-Verlag.

ASJ-Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen (2012) Beschlussbuch der ASJ-Bundeskonferenz vom 15.-16.September 2012 in Berlin. pdf **Zugriff 19.12.2014 21.07h.**

Barker, Richard (2012) *Recovery and risk: acceptance the complexity* In: Drennan, Gerard; Alred, Deborah (Hrsg.) *Secure Recovery.Approaches to recovery in forensic mental health settings* (1.Auflage) London und New York: Routledge.

Brown, Kathleen M. (2012) From Nurse Ratched to modern forensic mental health nursing. In: *Journal of Psychiatrie&Law* 40 (1) S. 93-104.

Browser, Anita (2012) „Nothing for us without us either“- Forensic service user involvement In: Drennan, G.; Alred,D. (Hrsg.) *Secure Recovery.Approaches to recovery in forensic mental health settings* (1.Auflage) London und New York: Routledge.

Drennan, Gerard; Alred, Deborah (2012) *Secure Recovery.Approaches to recovery in forensic mental health settings* (1.Auflage) London und New York: Routledge.

Farkas,Marianne (2007): The vision of recovery today: what it is and what it means for services. In:*World Psychiatry* 6 (2) S.68-74.

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. In:*American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735 In: Nijdam-Jones, Alicia (2012) Patient Narratives: Understanding „Recovery“ and Social Bonding Theory in a Forensic Mental Health Hospital *Research Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts* in the School of Criminology Faculty of Arts and Social Sciences Simon Fraser University.

Higgins, Chris; Weisberg, Sheri; Gug, Oana (2013) The Changing Landscape of the Forensic System in Ontario, Forensic Mental Health Section, Ministry of Mental Health and Long Term Care pdf. **Zugriff 29.01.2014 9.50h.**

Höflacher, Rainer (2013) *Psychiatrieerfahrene gestalten psychosoziale Hilfen* In: Utschakowski, Jörg; Sielaff,Gyöngyver; Bock,Thomas (Hrsg.) *Vom Erfahrenen zum Experten Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5.Auflage) Köln: Psychiatrie-Verlag.

International Council of Nurses: Ethikkodex für Pflegende- Übersetzung des DBfK in der Version von 2005.

Kammeier, Heinz (2013): Die Pflege strafrechtlich nach §63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachter Personen. Eine juristische Betrachtung. In: *Pflege und Gesellschaft*, 18 (2), S.117-137.

Kasel, Daniel (2014) Einarbeitung von Pflegenden in der forensischen Psychiatrie in Deutschland –Eine Analyse zentraler Faktoren in Einarbeitungskonzepten *Qualifikationsarbeit im Rahmen des Studiums „Innovative Praxis“ (Bachelor of Arts)* Private Universität Witten/Herdecke Department für Pflegewissenschaft.

Knuf, Andreas (2013) *Recovery, Empowerment und Peer –Arbeit* In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hrsg.) *Vom Erfahrenen zum Experten Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5. Auflage) Köln: Psychiatrie-Verlag.

Kolbe, Harald (2013): Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. Motor für gesellschaftliche Innovation In: *Pflege & Gesellschaft* 18 (2) S. 101-137.

Kummetz, Barbara (2014) *Der pflegerische Beitrag zur therapeutischen Behandlung und Sicherung in der forensischen Psychiatrie* (1. Auflage) Hamburg: Diplomatica Verlag.

Lehmann, Peter (2013) *Recovery: Ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie* In: Burr, Christian; Schulz, Michael; Winter, Andréa; Zuaboni, Gianfranco (Hrsg.) *Recovery in der Praxis Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* Köln: Psychiatrie Verlag.

Moers, Martin; Schaeffer, Doris (2011): *Pflegetheorien* In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus *Handbuch Pflegewissenschaft* (Neuausgabe) Weinheim und München: Juventa.

Nieuwenhuizen, Chijs van; Nijam, Henk (2009) Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients In: *International Journal of Forensic Mental Health* 8 (1) S. 9-15.

Morris, Nervyn; Brayshaw, Matt (2013) *CHANGE: Ein psychiatrischer Dienst von Psychiatrieerfahrenen in England* In: Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyver; Bock, Thomas (Hrsg.) *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5. Auflage) Köln: Psychiatrie-Verlag.

Nijdam-Jones, Alicia (2012) Patient Narratives: Understanding “Recovery“ and Social Bonding Theory in a Forensic Mental Health Hospital *Research Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Masters of Art in the School of Criminology, Faculty of Arts and Social Sciences, Simon Fraser University pdf.*
Zugriff 23.11.2014 22.18h.

Piat, Myra; Sabetti, Judith; Bloom, David (2010) The Transformation of Mental Health Services To a Recovery-Orientated System of Care: Canadian Decision Maker Perspectives In: *International Journal of Social Psychiatry* 56 (2) S.168-177.

Repper, Julie; Carter, Tim (2011) A review of the literature on peer support in mental health services In: *Journal of Mental Health*, 20 (4), S.392-411.

Roberts, Glenn (2011) „Forensic service user“: Transitional identity or life sentence? In: *Advances in psychiatric treatment* (17) S.188-190.

Sauter, Dorothea; Abderhalden Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan (2006) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (2. Auflage) Bern: Huber.

Scherm, Petra (2007) *Beziehungspflege in der Forensik* (1.Auflage) Unterostendorf: ibicura.

Schmidt-Quernheim, Friedhelm; Hax-Schappenorst, Thomas (2008) *Professionelle forensische Psychiatrie* Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug (2.Auflage) Bern: Huber.

Slade, Mike (2013) 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Schulz,Michael; Zuaboni,Gianfranco;Löhr,Michael; Abderhalden,Christoph (Hrsg.) Bielefeld:Fachhochschule der Diakonie.

Simpson, Alexander; Penney, Stephanie (2011) The recovery paradigm in forensic mental health services In: *Criminal Behavior and mental Health* 21, S.299-306 pdf. **Zugriff 29.11.2014 11.10h.**

Statistisches Bundesamt (2014) Strafvollzugsstatistik Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterliche Anordnung Untergebrachte 2012/2013 pdf. **Zugriff 10.12.2014 13.51h.**

Utschakowski,Jörg(1) (2013) *Peer Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen* In: Utschakowski,Jörg; Sielaff,Gyöngyver; Bock,Thomas (Hrsg.) *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5.Auflage) Köln: Physiatrie-Verlag.

Utschakowski,Jörg (2) (2013) *Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt Ex-In* In: Utschakowski,Jörg; Sielaff,Gyöngyver; Bock,Thomas (Hrsg.) *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5.Auflage) Köln: Psychiatrie-Verlag.

Voss, Frank (2010) Herausfordernde und schwer nachvollziehbare Verhaltens- und Interaktionsmuster. *Psychiatrische Pflege*, 16, S. 178-183.

WHO Weltgesundheitsorganisation (2006) Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit Helsinki, Finnland Januar 2005 pdf. **Zugriff 21.01.2015 17.38h.**

WHO Weltgesundheitsorganisation (2010) User empowerment in mental health-a statement by the WHO Regional Office for Europe pdf. **Zugriff 02.12.2014 20.38h.**

Internetquellen

Gabler Wirtschaftslexikon:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/forensik.html>

Zugriff 06.01.2015 11.06h

www.lwl.org:

http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/Massregelvollzug/MRV_Inhalte

Zugriff 06.01.2015 11.39h

Maßregelvollzugsgesetz Nordrhein Westfalen (1999):

https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2128&bes_id=4635&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#det221383

Zugriff 06.01.2015 11.52h

Statistisches Bundesamt:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/KrankenhausMassregelvollzugPDF_5243202.pdf?__blob=publicationFile

Zugriff 06.01.2015 12.08h

www. forensik.de:

<http://forensik.de/fachausschusses-forensik.html>

Zugriff 16.01.2015 20.00h

Nützliche Internet- Adressen

www.ex-in.info

www.imroc.org

www.mentalhealthcommision.ca

www.mentalhealth.org.uk

www.scottishrecovery.net

www.weglaufhaus.de

Erklärung des Eides statt

Hiermit versichere ich, *Christel Nolan*, dass ich meine Arbeit „Arbeiten mit Peers im forensischen Setting - Wie wirkt sich die Mitarbeit von Betroffenen auf die Patienten aus?“ selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Hilfsmittel benutzt habe.

Paderborn, 13.02.2015

Christel Nolan